Organizadoras
Daniele Vasconcelos Fernandes Vieira
Ivana Cristina Vieira de Lima Maia
Jeania Lima Oliveira
Marcélid Berto da Costa

Gestão Pública em Saúde:

**conexões entre experiência,
pesquisa e assistência**

Gestão pública em Saúde: conexões entre
experiência, pesquisa e assistência

Organizadoras
Daniele Vasconcelos Fernandes Vieira
Ivana Cristina Vieira de Lima Maia
Jeania Lima Oliveira
Marcélid Berto da Costa

Gestão Pública em Saúde:

**conexões entre experiência,
pesquisa e assistência**

Daniele Vasconcelos Fernandes Vieira; Ivana Cristina Vieira de Lima Maia;
Jeania Lima Oliveira e Marcélio Berto da Costa

Ficha Catalográfica

G393 Gestão pública em Saúde: conexões entre experiência, pesquisa e assistência / organizadoras Daniele Vasconcelos Fernandes Vieira ... [et al.]. – Fortaleza : IMAC, 2021.
237 p. : il.

ISBN 978-65-995347-4-4

1. Saúde. 2. Gestão Pública em Saúde. I. Vieira, Daniele Vasconcelos Fernandes. II. Maia, Ivana Cristina Vieira de Lima. III. Oliveira, Jeania Lima. IV. Costa, Marcélio Berto da.

CDD: 610

Editora IMAC

E-mail:

contato@editoraimac.com.br

Site:

www.editoraimac.com.br

Direção Editorial

Ivana Cristina Vieira de Lima Maia

Conselho Editorial

Prof.^a Dra. Cláudia Patrícia Mourão Lima Fontes

Prof.^a Dra. Ivana Cristina Vieira de Lima Maia

Prof.^a M.^a Daniele Vasconcelos Fernandes Vieira

Prof. M.^e Francisco Regis da Silva

Prof.^a Dra. Greicy Coelho Arraes

Prof. Dr. Helder Levi Silva Lima

Prof.^a M.^a Isabelle Cerqueira Sousa

Prof.^a M.^a Juliana Barbosa de Faria

Prof.^a Dra. Julyana Gomes Freitas

Prof.^a M.^a Malena Gadelha Cavalcante

Prof.^a Dra. Niédila Nascimento Alves

Prof.^a M.^a Paula Pinheiro da Nóbrega

Prof.^a Dra. Samyla Citó Pedrosa

Prof.^a Dra. Vanessa da Frota Santos

Prof.^a Dra. Virna Luiza de Farias

Normalização Bibliográfica

Paula Pinheiro da Nóbrega (CRB-3/717)

Diagramação e Capa

Hugo Nata Maia

Como citar esta obra:

VIEIRA, Daniele Vasconcelos Fernandes; MAIA, Ivana Cristina Vieira de Lima; OLIVEIRA, Jeania Lima; COSTA, Marcélio Berto da (org.). **Gestão pública em Saúde**: conexões entre experiência, pesquisa e assistência. Fortaleza: IMAC, 2021. 237 p.

Organizadora

Prof.ª M.ª

Daniele Vasconcelos Fernandes Vieira

Enfermeira. Graduação pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em Terapias Holísticas e Complementares pela Faculdade IEducare. Mestra em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pelo Programa de Pós-Graduação de Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS) da Universidade Estadual do Ceará. Interesse de pesquisa e estudos na área de Ciências da Saúde, com as temáticas de Promoção da Saúde; Bem-estar e Qualidade de Vida, com enfoque em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no Sistema Único de Saúde (PICS-SUS); Espiritualidade e Saúde; Linguagem, Cuidado e Comunicação na Saúde; Realidade Fractal e Ciência da Complexidade. Na área de Educação em Saúde com ênfase na formação do profissional de nível técnico e superior; Formação Profissional em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Atua na coordenação, qualificação e capacitação de cursos de Terapias Holísticas/Integrativas e Complementares, na qualidade de especialidades e/ou aperfeiçoamentos. Atua na Coordenação de grupos de estudos, pesquisa e de práticas sobre essas temáticas. Membro da Associação dos Jovens de Irajá (AJIR) nos anos de 2010 a 2014. Membro do Conselho Fiscal da Associação Brasileira de Enfermagem (Aben)-Seção Ceará (2017-2019). Membro da Comissão de Práticas Integrativas em Saúde do Conselho Federal de Enfermagem Cpics-Cofen (2018-2020). Atualmente, contribui como avaliadora de Cursos Técnicos Profissionalizantes do Conselho Estadual de Educação do Ceará (início em 2017) e como avaliadora do Banco de Avaliadores (BASis) do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes) (início em 2018). Ocupa o cargo de professora temporária da Faculdade Veterinária da Universidade Estadual do Ceará (FAVET- UECE).

E-mail: daniele.vieira@uece.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3649870369145728>

Organizadora

Prof.ª Dra.

Ivana Cristina Vieira de Lima

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2009), mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2011) e doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2017). Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (2011) e em Educação a Distância pelo SENAC (2012). Atuou como professora temporária do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará (UECE), no período de 2018 a 2020. Foi membro do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UECE (2018-2020). Atuou como orientadora da Liga de Anestesia (LIANCE), vinculada ao Curso de Medicina da UECE (2019-2020). É editora de sessão da Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (RENE). Proprietária da empresa Ivana Maia Assessoria Científica (IMAC). Atua, principalmente, nos seguintes temas: Saúde Coletiva; HIV; Cuidados de Enfermagem às Pessoas com HIV; Infecções Sexualmente Transmissíveis; Adesão ao Tratamento e Diagnóstico do HIV; Educação a Distância em Saúde; Uso de Tecnologias de Informação e Comunicação na Saúde; Fotografia e Comunicação e Metodologia Científica. Possui experiência na supervisão em estágios curriculares de alunos de nível técnico e de graduação em Enfermagem na área de Saúde Pública e Hospitalar. Atualmente é membro colaborador do Núcleo de Estudos em HIV/AIDS e Doenças Associadas (NEAIDS), vinculado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Possui uma ampla variedade de publicações científicas em revistas nacionais e internacionais renomadas. É parecerista de revistas científicas nacionais na área de Enfermagem.

E-mail: assessoria.ivana@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1424271304230759>

Organizadora

Prof.ª Especialista

Jeania Lima Oliveira

Profissional de Educação Física (Licenciatura Plena). Especialista em Atividade Física: Aspectos Fisiológicos, Patológicos e Farmacológicos pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Atualmente, tem interesse de estudos com Libras, Esportes e Práticas Integrativas e Complementares.

E-mail: jeania.lima@uece.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1679835263644460>

Organizadora

Prof.ª M.ª

Marcélid Berto da Costa

Bacharel em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR) (2007). Mestra em Ensino na Saúde (UECE). Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em Educação Profissional, científica e tecnológica (IFCE). Possui experiência profissional nas áreas de ensino (Gestão, Preceptoria e Docência) e na prática assistencial de Enfermagem (Clínica Médica e Cirúrgica). Atua como coordenadora e docente do Curso Técnico de Enfermagem da Escola Estadual de Educação Profissional Ícaro de Sousa Moreira e integrou a equipe de apoio pedagógico do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec)/Fundação Universidade Estadual do Ceará (Funece) nos anos de 2016 a 2018.

E-mail: marcelidberto@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8160103683997296>

Sumário

Apresentação

1 Atuação do Controle Social na Gestão do Sistema Único de Saúde: uma revisão integrativa da literatura	11
2 Gestão da Rede de Atenção à Urgência e Emergência no Sertão Central cearense com base nos atendimentos do SAMU aos casos de infarto agudo do miocárdio: ênfase nos cuidados de enfermagem	34
3 Matriciamento na Atenção Primária à Saúde: relato de experiência em relação aos desafios e possibilidades da gestão em Saúde	57
4 Práticas e intervenções do psicólogo no Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF): uma revisão integrativa da literatura	73
5 A importância da gestão de saúde pública no tratamento do alcoolista do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas Modalidade III	106
6 Conhecendo o controle social na gestão do SUS	158
7 Planejamento estratégico na saúde bucal no âmbito da atenção primária à saúde: uma revisão integrativa da literatura	180
8 Gestão da Política Nacional de Humanização na atenção básica	208
9 A Gestão em saúde pública com o enfoque em gestão de pessoas	223

Apresentação

Com imensa satisfação temos o prazer de compartilhar com profissionais de Saúde que atuam no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) uma obra escrita pelos egressos do Curso de Especialização a Distância em Gestão Pública em Saúde da Universidade Estadual do Ceará e Universidade Aberta do Brasil.

O e-book é composto de nove capítulos que abordam a Gestão Pública em Saúde sob diferentes óticas, a partir de estudos de revisão, relatos de experiência e pesquisas de campo envolvendo temas, como: Participação e Controle Social no SUS (Capítulos 1 e 6); Gestão Pública no Cenário da Rede de Atenção à Urgência e Emergência (Capítulo 2) e na Rede de Atenção Psicossocial (Capítulos 3 e 5); Gestão da Política Nacional de Humanização na Atenção Básica (Capítulo 8) e Gestão Pública e Gestão de Pessoas (Capítulo 9). Também há ênfase à atuação com enfoque na Gestão em Saúde de categorias profissionais que compõem a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), como cirurgião-dentista (Capítulo 7) e psicólogo (Capítulo 4).

Desejamos aos leitores uma agradável leitura! Esperamos que as informações compartilhadas possam ampliar o conhecimento dos profissionais de Saúde que se interessam pela Gestão Pública em Saúde no âmbito do SUS, fornecendo subsídios para a melhoria do processo de trabalho nesse cenário.

Ivana Cristina Vieira de Lima Maia
Editora Chefe da IMAC

Capítulo 1

ATUAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

César Augusto Rodrigues Parente
Daniele Vasconcelos Fernandes Vieira
Regina Claudia Farias de Almeida
Bruna Stênia Queiroz Melo
Luan Layzon Souza Silva
Carlos André Moura Arruda

1 Atuação do controle social na gestão do Sistema Único de Saúde: uma revisão integrativa da literatura

César Augusto Rodrigues Parente
Daniele Vasconcelos Fernandes Vieira
Regina Claudia Farias de Almeida
Bruna Stênia Queiroz Melo
Luan Layzon Souza Silva
Carlos André Moura Arruda

Resumo

Introdução: Os conselhos de saúde estão assegurados através da Lei 8.142/90 de 28 de dezembro de 1990 e são espaços institucionais de participação ativa onde os representantes de usuários e trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) podem deliberar assuntos ligados a esse sistema, desde o planejamento até aprovação ou não de prestações de contas, aplicando plenamente o exercício da cidadania. Objetivou-se descrever a atuação do controle social na gestão do SUS.

Método: O levantamento de dados foi realizado nas bases de dados: Pubmed e Lilacs. Foram utilizados os seguintes descritores: Participação da Comunidade (*Community Participation*), Saúde (*Health*) e Sistema Único de Saúde (*Unified Health System*). **Resultados:** Foram identificados 76 artigos, e após as etapas de triagem e elegibilidade, restaram nove artigos, que foram incluídos nesse estudo. Observa-se que a atuação dos conselheiros de saúde ainda se mostra passiva, eles apresentam insegurança quanto ao seu importante papel deliberativo. Embora as formações existam, mostram-se deficientes e necessita-se de formações continuadas para preparar efetivamente essas figuras institucionais. Os Conselhos Locais de Saúde, assim como todos os outros conselhos municipais, apresentam contribuição significativa para o fortalecimento da gestão. Por fim, as ouvidorias, como espaço de participação individual, conseguem dar voz a todas as pessoas que de alguma forma querem ser ouvidas. **Considerações finais:** Faz-se necessário ampliar esses espaços legítimos de debate, e fortalecer a formação continuada para os representantes da comunidade, para efetivar suas ações frente aos conselhos.

Palavras-chave: Controle Social. Ouvidoria. Conhecimento.

Introdução

No presente momento, ações de planejamento, controle, monitoramento, avaliação, regulação e aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS) perpassam por usuários, trabalhadores e gestores deste. Vale salientar que nem sempre ocorreu desta forma, uma vez que anterior a consolidação desse sistema universal, equânime e integral, pouco ouvia-se sobre reivindicações da sociedade civil organizada (GONÇALVES, 2014).

Dois marcos históricos merecem ser citados como ponto de partida a garantir a criação do SUS e essa participação ativa do controle social, sendo eles a oitava Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986 e a Constituição Federal de 1988, conhecida popularmente como Constituição Cidadã. No ano de 1990 através das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, sendo as mesmas, leis Orgânica da Saúde, consolidou-se esse sistema de saúde universal (MARTINS; SANTOS, 2012).

Historicamente o Brasil foi palco de grandes desigualdades sociais, porém, nas últimas décadas, foram vivenciadas importantes transformações que remetem a avanços significativos em diversos aspectos, dentre eles a democracia. Na década de 1980, através dos movimentos sociais organizados, aprovou-se a Constituição Federal de 1988, sendo um modelo democrático que assegurou a participação da sociedade civil na tomada de decisões acerca da gestão pública (controle social) através da atuação ativa nas conferências e ganho de assento nos conselhos (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

As reuniões dos conselhos de saúde nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), assim como os conselhos locais inserem em suas pautas assuntos relevantes ao funcionamento, avanços e gestão do SUS. Outro mecanismo existente que assegura a participação ativa do controle social são as Conferências de Saúde, que ocorrem a cada quatro anos e abordam diretrizes e metas mais abrangentes que assegurem mais avanços e conquistas para o sistema. Essas conferências puderam levantar assuntos sobre iniquidades em saúde, onde criaram-se políticas nacionais de

saúde para garantir equidade a populações específicas como negros, quilombolas, indígenas, LGBT, pacientes com necessidades especiais, dentre outros (MARTINS; SANTOS, 2012).

O controle social constitui visibilidade aos movimentos de saúde e assegura participação direta no planejamento, execução e avaliação dos serviços de saúde. Por meio deste, busca-se denunciar as ausências e omissões das atividades desempenhadas por este sistema, bem como o avanço na luta de novas conquistas no setor saúde. O controle social enquanto conselho tem sua formação paritária entre usuários, trabalhadores e dirigentes do Sistema Único de Saúde (SUS) (SPOSATI; LOBO, 1992).

De modo geral, o papel do controle social seria lutar pela conquista dos desejos da população, podendo ser visto como uma avançada forma de democracia, estabelecendo uma estreita relação entre o Estado e a sociedade, uma vez que as decisões sobre as ações e serviços de saúde devem passar por uma negociação com os representantes da sociedade, por estes conhecerem a realidade da saúde das comunidades (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

Os membros dos Conselhos de Saúde devem ser pessoas atuantes na comunidade e que detenham um poder de liderança frente a população. Associado a isso, existem cartilhas direcionadas aos conselheiros que buscam explorar seu poder crítico, bem como oferecer o conhecimento técnico necessário, assim, acredita-se que os conselheiros estão realmente cientes de suas atribuições e responsabilidades.

Em meio a diversas tentativas de mudanças na formatação atual do modelo do SUS, e tendo em vista o enorme poder regulador e deliberativo do controle social em todas as esferas de governo, faz-se necessário aprofundar os estudos sobre o controle social e participação popular na tomada de decisão junto aos gestores. Os estudos sobre o tema ainda são poucos, embora mereçam um olhar especial. Deste modo, justifica-se realizar uma revisão integrativa sobre este tema tão relevante, para que olhares sejam direcionados para o fundamental papel do controle social no enfrentamento das iniquidades e desafios no SUS. Então este

trabalho propõe coletar dados acerca das atribuições, conquistas e relatos presentes na literatura existente, através de uma revisão integrativa.

Em um período de avanços no sistema de oferta universal de serviços de saúde, o controle social veio com um órgão regulador e de deliberação das ações e serviços de saúde. De que forma o controle social desempenha seu papel no SUS

Objetivo

Descrever a atuação do controle social na gestão do Sistema Único de Saúde.

Métodos

O presente trabalho consiste em uma Revisão Integrativa da Literatura, com abordagem qualitativa. Vale salientar que a revisão integrativa é um método de pesquisa que nos oportuniza a busca, avaliação crítica e síntese das evidências que estão disponíveis sobre o tema investigado, podendo ter ao final da mesma, o estado atual do conhecimento sobre a abordagem temática pretendida, possibilitando implementar intervenções efetivas na assistência à saúde, assim como identificar lacunas que podem direcionar a realização de pesquisas futuras (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Na realização deste estudo, foram percorridas as seguintes etapas de pesquisa: foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão; identificados os tipos de estudos adequados que foram considerados na construção dessa revisão; agrupados os estudos selecionados com base em suas características comuns; construído o fichamento dos artigos inclusos; realizada a análise qualitativa; e por fim, apresentados os resultados obtidos.

A busca dos trabalhos foi realizada nas bases de dados eletrônicas PubMed e LILACS.

Para realizar as consultas em cada base de dados foram empregados os seguintes descritores: Participação da Comunidade (*Community Participation*), Saúde (*Health*) e Sistema Único de Saúde (*Unified Health System*). A área selecionada foi Ciências da Saúde, onde foram empregados os descritores anteriormente citados, combinados com o operador booleano “AND” (e), formando a *string* de buscas, e foram utilizados como filtros na disponibilidade de textos, os textos completos grátis; sobre a data de publicação, dos últimos cinco anos; no filtro língua, foi marcado inglês, espanhol e português.

Os trabalhos foram selecionados seguindo a sequência: título, resumo ou *abstract*, conclusão e resultados de acordo com os critérios de inclusão previamente definidos. Definimos como exceção nas regras de inclusão, trabalhos que apresentaram alta relevância e correspondência com o intuito desta pesquisa.

Os critérios de inclusão adotados foram baseados na linguagem escrita dos trabalhos que, no proposto trabalho, restringiram-se ao português, espanhol e inglês. Outro critério de inclusão tratou do tipo de trabalhos em questão, compondo a pesquisa artigos de periódicos e artigos de conferências.

Como critério de exclusão foram adotados a estratificação dos trabalhos, onde, baseou-se em excluir trabalhos que não apresentaram relevância científica para esta revisão, trabalhos que não estavam disponíveis na íntegra, e trabalhos com mais de cinco anos de publicação. Ainda tratando de critérios acerca da relevância científica, subteme-se que trabalhos encontrados em bases consolidadas na comunidade acadêmica, que se encarregam de filtrar os trabalhos, são adequados a esta pesquisa.

O material bibliográfico selecionado com base no do tratamento metodológico será analisado através da técnica de análise de conteúdo sugerida por Bardin (1979), seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Para uma disposição mais organizada dos resultados obtidos, será elaborada uma

tabela com a síntese dos resultados obtidos e interpretação, que se estenderá à discussão.

Resultados e Discussão

Após realizar as buscas nas plataformas, foram encontrados quatro artigos no Pubmed, e setenta e dois no LILACS. O Fluxograma 1 apresentará de forma sintética as etapas para seleção e inclusão dos artigos. Em seguida, será detalhado o passo a passo.

Fluxograma 1 - Etapas de seleção e inclusão dos artigos

Fonte: Elaboração dos autores.

Quando lidos os títulos, do Pubmed foram mantidos dois artigos, e do LILACS, dezenove. Foi percebido a presença de artigos duplicados, então realizou-se a exclusão deles, mantendo-se dezenove. Iniciou-se a leitura dos resumos e a quantidade de artigos que comporiam a pesquisa seriam dez, mas ao abrir o texto completo, um deles dava erro, e assim, compõem essa revisão integrativa, nove artigos, conforme o Quadro 1. Com relação aos anos de publicação, essa revisão conta com um artigo do ano de 2017, dois de 2016, três de 2015 e três do ano de 2014. Não foram encontrados artigos de 2018 que apresentassem relevância para esse estudo.

Quadro 1 - Apresentação dos resultados obtidos após leitura dos artigos

Autores/ano de publicação	Título do artigo	Objetivo	Desenho metodológico	Principais resultados	Observações
Fernandes; Spagnuolo e Bassetto, (2017) ⁽¹⁾	A participação comunitária no Sistema Único de Saúde: revisão integrativa da literatura	Revisar, na literatura, a participação comunitária no Sistema Único de Saúde.	Revisão Integrativa de literatura, com busca nas bases de dados BDNF, LILACS e SciELO com os descritores "participação comunitária", "Sistema Único de Saúde" e "saúde" no período de 1988 a 2016, onde foram selecionados 28 artigos.	Evidenciou a crescente incorporação na prática cotidiana dos conselheiros locais e municipais no campo da saúde coletiva; Em algumas situações, os conselheiros não se percebem como parte da construção das políticas de saúde.	Nos conselhos locais, adversidades como o desconhecimento do seu papel, ou até mesmo dificuldade em utilizar computador e internet podem reduzir o interesse dos usuários nesse espaço de participação; Os conselheiros que representam a sociedade civil devem se identificar com as demandas da saúde, visando o bem coletivo e não os benefícios individuais, não podendo aprovar ações propostas pela gestão sem a devida reflexão
Silva et al. (2016) ⁽²⁾	O pensamento dos gestores municipais sobre a ouvidoria como um potencial instrumento de gestão participativa do SUS	Compreender o pensamento dos gestores municipais de saúde sobre a ouvidoria como instrumento de gestão participativa do SUS, e como ela pode ser utilizada na tomada de decisão na gestão municipal.	Estudo qualitativo realizado através de entrevista por critério de conveniência com roteiro semiestruturado aplicado a doze secretários municipais de saúde.	A ouvidoria é entendida como um canal de comunicação institucional entre a gestão e a população e promoção da cidadania; Essa participação social é a forma de avaliação, que permite repensar condutas e redefinir os serviços;	De acordo com a pesquisa, os gestores veem a ouvidoria como um mecanismo de participação da comunidade, onde a participação da comunidade também pode ser vista em sua individualidade. Esse instrumento de gestão ainda se apresenta de maneira tímida aos usuários, precisando ampliar seus canais de

					acesso.
Costa et al. (2016) ⁽³⁾	Secretária municipal da saúde e São Paulo aberta: Novas ferramentas para o fortalecimento da participação pública e do controle social.	Relato de experiência de programa que tinha objetivava propiciar formação para os Conselheiros Regionais de Saúde e bolsistas do "Jovem SUS".	Através de edital de chamada pública, o programa selecionou 48 projetos de cursos e oficinas que perpassavam pelos temas de Gestão, Transparência e Comunicação, para formar Conselheiros Regionais de Saúde e integrantes do Jovem SUS de seis Coordenadorias Regionais de Saúde.	A parceria entre a SMS e o programa vem contribuindo na propagação dos temas debatidos, estabelecendo uma cultura de governo aberto na cidade; Foi possível levar formação para toda a cidade, de forma territorializada, além de atender demandas expressivas da população.	Essas práticas facilitam a interlocução entre os conselheiros e os demais participantes da gestão; Iniciativa moderna e transformadora que contribui positivamente para o fortalecimento da transparência, integridade, participação social e inovação tecnológica.
Barbosa et al. (2015) ⁽⁴⁾	Fórum permanente de educação popular em saúde: construindo estratégias de diálogos e participação popular	Sistematizar a experiência dos extensionistas do PEPST, evidenciando potencialidades e fragilidades, e conhecimentos produzidos nos debates educativos para a formação estudantil e fortalecimento da participação popular na transformação social em Paraíba.	Relato de experiência a partir de ações desenvolvidas em 13 edições de encontros que visavam o debate e educação popular. Contavam com a presença de diversos segmentos.	Após os debates realizados, o estudo aponta maior sensibilização sobre a importância da participação popular na construção coletiva sobre direitos e cidadania no setor saúde.	O caminho para comprometer a comunidade com o SUS é aproximá-la deste, necessitando ampliar o debate, englobando gestores, de modo a confrontar opiniões e encaminhas soluções concretas.
Prado; Sarmento e Costa (2015) ⁽⁵⁾	O diálogo como estratégia de promoção de participação	Promover o diálogo entre a população e trabalhadores e contribuir com a	Relato de experiência que parte de um diálogo em uma cidade da região metropolitana de Salvador, em três	Aproximação entre profissionais e comunidade, ambos estando juntos nas limitações e possibilidades;	Importância de escutar e depois disso reformular posturas e processos assistenciais, e viabilizar a intersectorialidade para

	popular no SUS	participação popular e o controle social, mesmo não sendo através de um conselho.	comunidades rurais, com média de 500 famílias cada uma. A metodologia se dava através da escuta, e os encontros não levavam matérias prontas, se davam de acordo com a demanda da população. Ocorria o debate entre profissionais de saúde e a comunidade.	A importância da escuta, na partilha de informações e ideias.	que exista uma atenção básica abrangente.
Delamuta et al. (2015) ⁽⁶⁾	Em defesa do sistema único de saúde: discursos de vereadores, conselheiros e profissionais de saúde	Avaliar as percepções de conselheiros municipais de saúde, profissionais da atenção primária e vereadores sobre conhecimento teórico-práticos sobre SUS e PNAB.	Estudo de abordagem qualitativa, descritivo e exploratório, realizado em Londrina-PR. A população composta por vereadores (N=08), profissionais de saúde (N=10) e conselheiros de saúde (N=10), que foram indagados sobre assuntos como SUS e PNAB.	Os conselheiros de saúde, de forma geral, não conseguiam falar sobre o SUS e a PNAB com clareza. Expunham opiniões pessoais, de forma superficial.	Desarticulação entre legislativo, serviços de saúde e controle social.
Chaves et al. (2014) ⁽⁷⁾	Curso "Participação popular, movimentos sociais e direito à saúde": uma experiência de educação popular em Saúde na Bahia a partir do MobilizaSUS	Possibilitar a construção de espaços de interlocução entre os movimentos sociais, refletindo sobre os desafios de conformação de redes de movimentos sociais no âmbito da luta pelo direito à saúde.	Foram ofertadas duas turmas de um curso dividido em cinco módulos de encontros presenciais (80 hrs) e vivências (16 hrs) constituídas por ações e atividades realizadas pelos militantes. Ao final de cada módulo, relatórios eram criados para aferir os resultados.	Possibilidade de construção de um diálogo permanente com os sujeitos coletivos, estimulando e fortalecendo os movimentos sociais na arena política da saúde; O debate pode provocar novas práticas individuais e coletivas para construir estratégias de participação e controle social;	Os participantes demonstraram maior aproximação com o campo da saúde, com instrumentos de gestão e planejamento, organização do sistema e conhecimento dos espaços institucionais de participação e controle social no SUS; Notou-se a necessidade de diálogo e articulação dos diversos movimentos

					<p>sociais, de modo que a luta de uns é a luta de todos;</p> <p>Esses encontros são capazes de mobilizar sujeitos, os encorajando a continuar lutando.</p>
<p>Jurberg; Oliveira e Oliveira (2014)⁽⁸⁾</p>	<p>Capacitação para quê? O que pensam conselheiros de saúde da região Sudeste</p>	<p>Identificar junto aos conselheiros de saúde da região Sudeste se o uso de uma Comunidade de Prática poderia contribuir com os processos de capacitação e aprendizagem através de compartilhamento de experiências na utilização de sistemas de informações para o controle social da saúde.</p>	<p>Foi aplicado um formulário qualitativo sobre informação e capacitação nos Conselhos de Saúde através do Google Docs com questões de múltipla escolha e envio por e-mail. Os e-mails foram localizados pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Foram enviados e-mails a 25.683 conselheiros dos estados de São Paulo, Minas Gerais, Espírito Santo e Rio de Janeiro. Obtiveram respostas de 108 questionários de 63 municípios diferentes.</p>	<p>77 entre 84 conselheiros acreditam que a falta de conhecimento dificulta a capacidade do conselho de exercer seu papel social. Dentre estes 77 conselheiros, 12 acreditam que a falta de conhecimento acaba provocando um atrelamento ao gestor, e 13 afirmam que isso dificulta ou atrasa o debate para as prestações de contas dos gestores ou de algum projeto do interesse do município; 49% dos conselheiros que responderam à pesquisa afirmavam que participavam de algum grupo de estudos; Sobre a participação de algum fórum virtual, 36,7% afirmaram que sim, e ressaltaram que isso causou uma melhoria no conhecimento.</p>	<p>Dos conselheiros entrevistados, ao serem indagados sobre as dificuldades caso fosse implantado um grupo de estudo entre eles, 45% informaram ter dificuldades com uso da tecnologia e 43% informaram ter dificuldade de acesso a computadores; Os conselheiros entrevistados sentem a necessidade de capacitação; 53,8% dos entrevistados afirmaram já ter participado de algum curso formador, e destes, a maioria apontou aproveitamento intermediário.</p>
<p>Silva; Pedroso e Zucchi</p>	<p>Ouvidorias públicas de</p>	<p>Analisar o papel da ouvidoria e sua</p>	<p>Pesquisa qualitativa, estudo de caso, descritivo</p>	<p>Os cidadãos aprovam a atuação da ouvidoria;</p>	<p>Os conselheiros acreditam que antes de procurar a</p>

(2014) ⁽⁹⁾ .	saúde: estudo de caso em ouvidoria municipal de saúde	contribuição para a gestão de saúde pública segundo usuários do sistema de Saúde e de conselheiros municípios de saúde.	e transversa. Estudo de natureza observacional com dados coletados em entrevistas com população dividida em dois grupos: usuários e conselheiros de saúde, com uma população total de 44 entrevistados.	Os usuários elencam como principais funções da ouvidoria: ajudar a solucionar problemas de saúde e ouvir e esclarecer sobre o funcionamento do SUS; Ouvidoria como instrumento de poder e de acesso ao SUS; Deve assegurar a justiça na efetivação da política de saúde, e desempenhar papel de mediação entre Conselho de Saúde, cidadãos e gestores.	ouvidoria, os usuários devem dialogar com os funcionários, e buscar ajuda no Conselho de Saúde.
-------------------------	---	---	---	--	---

Fonte: Elaboração dos autores.

Observa-se, a partir dos artigos incluídos nesta Revisão que os conselheiros de saúde são representantes da comunidade que tem como atribuições planejar, fiscalizar, regular e aprovar. Suas competências e habilidades são bem especificadas nos manuais governamentais. Contudo, uma parcela significativa dos conselheiros sente dificuldade em desempenhar suas funções por notarem-se despreparados para tanto. É o que mostra uma pesquisa de Jurberg; Oliveira e Oliveira (2014) em que 84 conselheiros foram entrevistados, e 77 deles acreditaram que a falta de conhecimento dificulta a capacidade do conselho em exercer seu papel social, e 20% destes relataram que a falta de conhecimento pode vincular suas deliberações ao gestor. Conhecedores do seu papel, os conselheiros devem adotar posturas coletivas, buscando diálogo e articulação dos diversos movimentos sociais, de modo que a luta de uns seja a luta de todos (CHAVES et al., 2014).

Um estudo de Martins e Santos (2012) corrobora com o que constatarem os autores acima, uma vez que uma pesquisa através de entrevistas com enfermeiros que atuam em Unidades Básicas de Saúde em Juiz de Fora descobriu que eles resistem ao desempenho de suas funções fiscalizadoras, justificando que se sentem despreparados e não possuem clareza de como deveria ser sua atuação

Essas limitações apresentadas pelos conselheiros têm repercussão negativa, visto que enquanto representantes dos usuários e sociedade civil em geral, tais pessoas precisam estar munidas de conhecimento suficiente para assegurar que as necessidades do povo serão atendidas sempre que possível.

Vista a tamanha complexidade e abrangência do nosso Sistema Único de Saúde, a capacitação dos conselheiros deve ser algo contínuo, por conta das mudanças frequentes que aprimoram esse sistema. Embora os conselhos recebam cursos de capacitação, ainda perdura a dúvida sobre assuntos diretamente relacionados com as funções realizadas por eles, como SUS e PNAB, onde Delamuta et al. (2015) em sua pesquisa, constataram que de forma unânime, os conselheiros não conseguiram abordar esses assuntos

com clareza, e seguiu o trabalho afirmando que além da carência de capacitações com potencial capacidade de qualificar os conselheiros, os mesmos demonstram desinteresse em apropriar-se de conteúdos teóricos como o marco legal e a história do SUS. Havendo ainda relatos de conselheiros que não se percebem como atores inseridos na construção de políticas públicas alegando falta de autonomia, conhecimento e capacidade transformadora frente as dificuldades da gestão (FERNANDES; SPAGNUOLO; BASSETTO, 2017).

Outros acreditam que uma eficiente divulgação de eventos relacionados a capacitação da população pode assegurar uma participação ativa deles, e que a quantidade de participantes aumenta quando a estrutura permite. Esses encontros proporcionam uma gama de conhecimentos, e que a flexibilidade dos temas abordados, de acordo com a sugestão dos participantes ao final de cada encontro enriquece o debate, por oferecer conhecimento de acordo com as dúvidas mais frequentes do público, embasado nas sugestões que partem deles (BARBOSA et al., 2015).

Percebendo essa deficiência, diversas iniciativas objetivaram promover discussão acerca de temas como Atenção Primária, fortalecimento da participação popular, desafios e lutas pelo direito à saúde, dentre outros, visando a remodelar a visão de atores sociais que lutam por melhorias do SUS, fortalecendo seu papel de participante ativo na criação, acompanhamento, avaliação e validação de ações e serviços de saúde, fortalecendo a gestão e ampliando os horizontes da comunidade, assegurando o conhecimento necessário para debater assuntos pertinentes a comunidade, principalmente nos âmbitos municipais (CHAVES et al., 2014; BARBOSA et al., 2015; PRADO; SARMENTO; COSTA et al., 2016).

Após realização da partilha de informações e conhecimentos através dos debates, percebe-se uma maior sensibilização sobre a importância da participação da comunidade na construção coletiva sobre direitos e cidadania no setor saúde (BARBOSA et al., 2015). Espera-se esse resultado na grande maioria dos estudos, uma vez que munidos do conhecimento necessário, tanto conselheiros quanto sociedade civil estão

aptos a reivindicarem direitos e propor melhorias na oferta de ações e serviços, focado nas demandas específicas de cada comunidade. A literatura relata ainda que o debate pode estimular novas práticas individuais e coletivas na construção de estratégias de participação da comunidade e controle social (RIBEIRO et al., 2014).

Ainda sobre os direitos e cidadania, essa última pode ser entendida como sendo o ato de empoderar-se enquanto agente político como um sujeito de transformação da sociedade, tanto na sua história pessoal de vida, como em comunidade (SÃO PAULO, 2018).

Um estudo realizado por Silva; Pedroso e Zucchi (2014) na cidade de Fortaleza reforça a importância do controle social e explica que o desconhecimento do seu papel por parte dos conselheiros, assim como o desconhecimento da legislação que embasa o funcionamento dos conselhos de saúde tem limitado a atuação dos mesmos, prejudicando diretamente a atuação dos conselhos de saúde, que na prática devem ser uma força indispensável para que seja garantido na prática todas as conquistas alcançadas desde a reforma sanitária, como direitos garantidos através de lutas travadas incansavelmente pela sociedade civil organizada, agora assegurada no controle social.

Dáí trazemos a importância de viabilizar a implementação dos conselhos locais, situados nas Unidades Básicas de Saúde, por tratar-se de um olhar ainda mais específico nas demandas daquela comunidade. Ressalta-se uma dificuldade ainda maior por parte desses membros, por muitas vezes apresentarem limitações quanto ao uso de computador e internet, ou conhecimento sobre um sistema tão complexo (FERNANDES; SPAGNUOLO; BASSETTO, 2017), mas cabe a gestão dar apoio técnico para que estes representantes da comunidade possam apropriar-se do poder de transformação pertencente a esse conselho, aumentando seu interesse a compor este espaço representativo.

Os conselhos locais de saúde são entidades mais específicas que aproximam a comunicação entre a comunidade e os serviços de saúde e as demais organizações do bairro. Estão entre seu leque de atribuições propor

medidas de melhoria na organização e funcionamento do centro de saúde, fiscalizar e acompanhar as ações e serviços de saúde, e estimular a participação da comunidade na manutenção e controle dos serviços ali ofertados (BRASIL, 2013; MARTINS; SANTOS, 2012). Para que esses organismos de controle se façam atuantes, antes de tudo eles precisam de preparação técnica e articulação eficaz.

Assim, a implementação de mecanismos que possibilitem o engajamento destes atores como parte da gestão do SUS mostram-se como meios eficientes. A escuta dos usuários, por parte da gestão e dos trabalhadores, abre espaço para que a participação da comunidade contribua positivamente para o planejamento de ações e deliberação das decisões tomadas. Essa escuta pode criar um elo entre profissionais e usuários, para que os dois lados se percebam juntos nas limitações e possibilidades (PRADO; SARMENTO; COSTA, 2015). Nesse sentido, a parceria entre os gestores de saúde e programas de capacitação mostram-se positivas na preparação de conselheiros e demais membros da comunidade, de modo que eles possam propagar a carga teórica que absorveram e assegurar uma maior participação ativa em suas atribuições, compondo uma gestão mais forte e exercendo a cidadania (COSTA et al., 2016).

Jurberg; Oliveira e Oliveira (2014), porém, afirmam que a capacitação ocorre de forma incipiente, e a cidadania, assim como toda a gama de oportunidades disponíveis aos conselhos não podem ser entendidas de um dia para o outro, fazendo-se necessário uma educação permanente aos representantes da comunidade, para eleger dentre estes, os mais preparados para ocupar assentos dos Conselhos Municipais de Saúde. Percebe-se neste estudo que os conselheiros confirmam desconhecer a fundo suas próprias atribuições, e justificam essa deficiência pela falta de educação básica, ausência de educação para a cidadania e por pouca legitimidade dos próprios conselheiros, que na maioria das vezes são indicados a compor o Conselho pela sua entidade, sem identificar-se

com uma função tão importante na luta por suprir as demandas da saúde (FERNANDES; SPAGNUOLO; BASSETTO, 2017).

Não foram encontrados estudos nas bases de dados pesquisadas que apresentassem artigos que afirmassem que conselheiros de saúde apresentaram o conhecimento necessário para exercer suas funções junto ao conselho, sem deficiências ou dúvidas. Isso pode se dar pela pequena quantidade de estudos sobre o tema. Contudo, algo que se mostrava como um outro instrumento de gestão que atraia a participação da comunidade e representa um avanço no campo da gestão democrática, de forma individual e sem necessitar de assento assegurado em conselhos são as ouvidorias (SILVA et al., 2016; SILVA; PEDROSO; ZUCCHI, 2014).

Quando se implanta a Ouvidoria do SUS no município, ela atua como garantia de um canal institucional de comunicação entre a administração e a população, possibilitando repensar condutas e redefinir serviços. Nesse estudo, os gestores visualizam as ouvidorias como um mecanismo legítimo de participação da comunidade de forma individual. Contudo, esse mecanismo ainda necessita de difusão, para ampliar quantitativamente seus canais de acesso (SILVA et al., 2016).

Na ótica dos cidadãos e conselheiros de saúde, a ouvidoria deve ajudar a solucionar problemas de saúde e ouvir e esclarecer sobre o funcionamento do SUS. Ela é um instrumento de poder e de acesso ao SUS. Deve garantir a justiça e intervir na efetivação da política de saúde, desempenhando um papel de mediação entre Conselho de Saúde, cidadãos e gestores. Os cidadãos e conselheiros municipais de saúde que participaram dessa pesquisa avaliam de forma positiva a atuação da ouvidoria (SILVA; PEDROSO; ZUCCHI, 2014).

Os conselheiros de saúde acreditam ainda que antes de procurar a ouvidoria, os usuários devem dialogar com os funcionários, e buscar ajuda no Conselho de Saúde (SILVA; PEDROSO; ZUCCHI, 2014). Essa visão contrapõe o entendimento dos gestores que julgam que a ouvidoria deve ser um canal aberto aos usuários de saúde (SILVA et al., 2016).

Silva; Pedroso e Zucchi (2014), constataram que as ouvidorias podem ser entendidas como um órgão que pode viabilizar a correção de iniquidades ocorridas dentro do SUS, praticando a justiça e garantindo a equidade nesse sistema. Os entrevistados elencaram atividades/funções vinculadas às ouvidorias como: (1) um caráter executivo, que direciona; (2) desempenha o papel de mediador de conflitos; (3) deve ser um órgão confiável; (4) deve acolher e escutar os cidadãos.

Considerações Finais

Com o presente trabalho, pode-se concluir que as capacitações para conselheiros de saúde e representantes dos segmentos sociais, embora existentes, mostram-se insuficientes para a formação plena deles, tornando frágil suas ações frente a gestão. A formulação de metodologias como rodas de conversa, debates e formações continuadas em parcerias com universidades e organizações, visando atrair a atenção e engajamento da comunidade possibilita o fortalecimento da gestão e maior eficácia na oferta de ações e serviços em saúde.

Os Conselhos Locais de Saúde podem ser percebidos como artefatos de base, tanto para aprimoramento e modificações das ações e serviços ofertados, como na preparação de conselheiros para atuar frente a situações tão complexas e pertinentes ao SUS.

Não menos importante, as ouvidorias possibilitam a participação de usuários que buscam ser ouvidos sem precisar manifestar-se publicamente, fazendo-se possível o direito de participação individual por parte dos cidadãos. A literatura estudada não apresenta de forma consistente a relevância das ouvidorias para as Secretarias Municipais de Saúde.

Contudo, sugere-se a realização de mais trabalhos acerca da temática, uma vez que apenas nove artigos foram encontrados e essa quantidade insipiente não pode mensurar a participação de conselheiros e comunidade, em um sistema tão complexo que assiste um país de dimensões continentais.

Referências

BARBOSA, A. M. *et al.* Fórum permanente de educação popular em saúde: construindo estratégias de diálogos e participação popular. **Revista de APS**, v. 18, n. 4, p. 554-559, 2015.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselhos de saúde**: a responsabilidade do controle social democrático do SUS. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

CHAVES, Luciana *et al.* Curso "Participação Popular, Movimentos Sociais e Direito à Saúde": uma experiência de educação popular em saúde na Bahia a partir do MobilizaSUS. **Comunicação Saúde – Educação**, v. 18, p. 1507-1512, 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **A gestão do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2015.

COSTA, D. C. *et al.* **Secretaria Municipal da Saúde e São Paulo aberta**: novas ferramentas para o fortalecimento da participação pública e do controle social: SUS e o direito à Saúde: política pública com qualidade e sustentabilidade. [S.l.: s.n.], 2016. p. 571-572.

DELAMUTA, Karly Garcia *et al.* Em defesa do Sistema Único de Saúde: discurso de vereadores, conselheiros e profissionais de saúde. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**. v. 36, n. 1, p. 137-148, 2015.

FERNANDES, Violeta Campolina; SPAGNUOLO, Regina Stella; BASSETTO, Jamile Gabriela Bronzato. A participação comunitária no Sistema Único de Saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira em Promoção em Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 1, p. 125-134, 2017.

GONÇALVES, Márcio Augusto. **Organização e funcionamento do SUS**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

JURBERG, Claudia; OLIVEIRA, Eloy Macchiute de; OLIVEIRA, Eloiza da Silva Gomes de. Capacitação para quê? O que pensam conselheiros de saúde da região Sudeste. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 19, n. 11, p. 4513-4523, 2014.

MARQUES, Heitor Romero *et al.* **Metodologia da pesquisa e do trabalho científico**. Campo Grande: UCDB, 2006.

MARTINS, Amanda de Lucas Xavier; SANTOS, Sueli Maria dos Reis. O exercício do controle social no Sistema Único de Saúde: a ótica do enfermeiro como membro do Conselho Local de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, p. 199-209, maio 2012.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008.

PRADO, Ernande Valentin; SARMENTO, Darlle Soares; COSTA, Luana Jesus de Almeida. O diálogo como estratégia de promoção de participação popular no SUS. **Revista de APS**, v. 18, n. 4, p. 424-429, 2015.

RIBEIRO, Jamilly *et al.* MobilizaSUS: estratégias para o fortalecimento do controle social e gestão democrática e participativa do SUS/BA. In. SOLLA, Jorge José Santos Pereira. **Estratégias da política de gestão do trabalho e educação na saúde**: experiências da Bahia. Salvador: UDUFBA, 2014. p. 93-104.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, 2013.

SANTOS, Adriano Maia dos; GIOVANELLA, Ligia. Regional governance: strategies and disputes in health region management. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1729- 1736, jun. 2018.

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde. **Adolescência e saúde 4**: construindo saberes, unindo forças, consolidando direitos. São Paulo: Instituto de Saúde, 2018.

SILVA, Raelma Paz *et al.* O pensamento dos gestores municipais sobre a ouvidoria como um potencial instrumento de gestão participativa do SUS. **Saúde Debate**, v. 40, n. 110, p. 81-94, jul./set. 2016.

SILVA, Rita de Cássia Costa da; PEDROSO, Marcelo Caldeira; ZUCCHI, Paola. Ouvidorias públicas de saúde: estudo de caso em ouvidoria municipal de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 134-141, 2014.

SOUZA, Renilson Rehem de. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001.

SPOSATI, Aldaíza; LOBO, Elza. Controle social e políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 366-378, dez. 1992.

Capítulo 2

**GESTÃO DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
NO SERTÃO CENTRAL CEARENSE COM BASE NOS
ATENDIMENTOS DO SAMU AOS CASOS DE INFARTO
AGUDO DO MIOCÁRDIO: ÊNFASE NOS CUIDADOS
DE ENFERMAGEM**

**Evandir Florencio Medeiros
Carlos André Moura Arruda
Regina Claudia Farias de Almeida
Alessandra Luiza Alves do Nascimento Celedônio
Anna Karina de Freitas Loiola
Daniele Vasconcelos Fernandes Vieira**

2 Gestão da Rede de Atenção à Urgência e Emergência no Sertão Central cearense com base nos atendimentos do SAMU aos casos de infarto agudo do miocárdio: ênfase nos cuidados de enfermagem

Evandir Florencio Medeiros
Carlos André Moura Arruda
Regina Claudia Farias De Almeida
Alessandra Luiza Alves Do Nascimento Celedônio
Anna Karina De Freitas Loiola
Daniele Vasconcelos Fernandes Vieira

Resumo

Introdução: A Rede de Urgência e Emergência surge da necessidade de atender o aumento da demanda nos serviços de emergência médica. **Objetivo:** analisar na literatura como funciona a gestão da rede de atenção a urgências e emergências no sertão central cearense com base nos atendimentos do Serviço de Atendimento Médico de Urgência aos casos de infarto agudo do miocárdio (IAM), tendo como ênfase os cuidados de enfermagem. **Método:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de abordagem quantitativa sobre o funcionamento da Rede de Urgência e Emergência para o atendimento de casos de Infarto Agudo do Miocárdio, traçando uma comparação à estruturação da Rede de Urgência e Emergência do município de Quixeramobim, estado do Ceará, para essas ocorrências clínicas, com ênfase nos cuidados de enfermagem. Utilizaram-se as bases de dados LILACS e Medline. Os artigos foram selecionados a partir dos descritores: "Cuidados de Enfermagem", "Serviços Médicos de Urgência", "Infarto do Miocárdio" e "Cardiologia". Foram incluídos artigos sobre os cuidados de enfermagem no IAM no ambiente pré-hospitalar, publicados na língua portuguesa no período de 2010 a 2018, texto completo disponível, gratuito e em português, país Brasil. Identificaram-se 08 artigos. A análise ocorreu mediante leituras analítica e interpretativa. Além disso, foi feita uma análise do número de óbitos por IAM em Quixeramobim-CE dos últimos 10 anos (2006-2016) a partir dos dados do DATASUS, sendo registrados 405 óbitos. **Resultados:** Observou-se que a RUE no município de Quixeramobim-CE apresenta lacunas que devem ser corrigidas, uma vez que, o número elevado de mortes por IAM reflete a qualidade dos serviços de saúde e os hábitos de vida da população. **Considerações finais:** Conclui-se que o número de óbitos por IAM no município apresenta-se expressivo dentro do período analisado. Além da necessidade de uma RUE mais consistente para o atendimento imediato dessas vítimas.

Palavras-chave: Infarto do Miocárdio. Enfermagem. Rede de Urgência.

Introdução

As redes de atenção à saúde (RAS) são um arranjo de um conjunto de serviços de saúde organizados e pactuados em formato de uma rede regional com diversos pontos de atenção articulados entre si. O objetivo é garantir uma atenção contínua, integral, de qualidade e com maior resolutividade a uma determinada população, ordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS) e composta por equipamentos de diferentes níveis de complexidade. Essas redes consideram que os pontos de atenção são igualmente importantes e que se relacionam horizontalmente com possibilidade de ofertar à população um cuidado contínuo e integral (OLIVEIRA, 2016; MENDES, 2010).

Na rede integrada de serviços de saúde a Atenção Primária à Saúde é a ordenadora do cuidado. Dessa forma, todos os indivíduos assistidos nessa rede devem ter na sua unidade de referência o direcionamento para que seja garantida a integralidade da assistência em todos os níveis de atenção à saúde, incluindo-se o atendimento pré-hospitalar (NAGAI, 2017).

Dentre as Redes de Atenção à Saúde destaca-se, aqui, a Rede de Urgência e Emergência (RUE), que surge da necessidade de atender o aumento da demanda nos serviços de emergência médica. Neste momento aparecem várias portarias que regulamentam a atenção às urgências no SUS e ganham força com a instituição da Política Nacional de Atendimento às Urgências (PNAU) no ano de 2003 (NAGAI, 2017). A implantação da PNAU caracterizou-se pela expansão de serviços específicos, marcada por três momentos: 1998-2002 – regulamentação inicial; 2003-2008 – ênfase nos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); e em 2009 – as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) (MACHADO; SALVADOR, 2011; O'DWYER et al., 2013).

A RUE são pontos de atendimento de urgências e emergências com estrutura hospitalar para atendimentos de maior complexidade como sala de emergência com estrutura de atendimento rápido para politraumatizados e pacientes em estado grave, equipes de especialistas

disponíveis de forma contínua, bloco cirúrgico, terapia intensiva etc. O controle do fluxo desses pacientes deve ser feito de forma organizada de acordo com a pactuação com o sistema local de regulação da Rede de Urgência e Emergência (OLIVEIRA, 2016).

A organização da RUE nos sistemas de saúde é relevante para a redução da morbimortalidade associada às condições que requerem atendimento imediato. Tal processo envolve a coordenação de diferentes tipos de serviços de saúde com alto grau de interdependência, preparados para atender a uma diversidade de condições, de variada gravidade, em distintos grupos etários (NARAD, 1998 apud MACHADO et al., 2016).

São integrantes assistenciais da RUE: os componentes pré-hospitalares (atenção básica, salas de estabilização, SAMU e a UPA), o componente hospitalar e a atenção domiciliar (BRASIL, 2011b). Vale ressaltar que o SAMU-192 (doravante referido apenas como SAMU) foi escolhido como o modelo de atendimento móvel de urgência a ser implantado no país, portanto, representa o componente móvel de urgência normativamente instituído (BRASIL, 2012).

É um serviço de socorro pré-hospitalar móvel, em que o usuário solicita atendimento por intermédio do acesso telefônico gratuito pelo número 192. Tem um componente regulador (Central Médica de Regulação) e um componente assistencial (equipe das ambulâncias). Na central de regulação, todas as etapas dos atendimentos devem ser registradas no computador e gravadas. As chamadas são atendidas por telefonista que identifica o paciente e o local da chamada, e transfere o atendimento para o regulador médico que pode orientar o paciente por telefone ou acionar a equipe assistencial (O'DWYER et al., 2013).

Para a assistência ao paciente as ambulâncias são de dois tipos: Unidades de Suporte Básico (USB), com técnico de enfermagem na equipe de saúde; e Unidade de Suporte Avançado (USA), ambulância com mais recursos tecnológicos e com médico e enfermeiro na equipe. Além disso, compõem a frota em função de necessidades regionais as motolâncias, ambulanchas ou embarcações e o aeromédico, composto por helicóptero

ou avião. O SAMU potencializa e organiza o acesso aos serviços de urgência hospitalar e ao leito hospitalar, tornando-se uma nova porta de entrada no sistema, capaz de salvar vidas (WANG et al., 2016; MINAYO et al., 2008).

Conforme Araújo (2011) o SAMU difere dos outros serviços de saúde devido à movimentação dos profissionais por meio de ambulâncias, garantindo a cobertura assistencial no local em que o usuário se encontra, ou seja, o serviço de saúde vai ao encontro do usuário para atendê-lo de acordo com suas necessidades, após avaliação do regulador. Entende-se que a APS aciona o serviço quando o atendimento requer uma complexidade maior, depois de esgotadas todas as possibilidades diagnósticas e terapêuticas disponíveis nesse nível de atenção.

Assim, a relevância deste estudo parte do pressuposto de identificar as fragilidades da RUE no atendimento aos pacientes de IAM no Sertão Central Cearense com base no atendimento do SAMU, buscando reconhecer as dificuldades na integração dos equipamentos de saúde com o intuito de ampliar e qualificar o acesso humanizado ao usuário em situação de urgência/emergência no serviço de saúde, de forma ágil e oportuna.

A predileção pelo SAMU está diretamente relacionada ao fato de que esse serviço se articula com todos os pontos da rede em seus diferentes níveis de complexidade (atenção primária, secundária, terciária e serviços de apoio) e pode ser utilizado como ferramenta de gestão, pois consegue identificar os pontos que possuem alguma fragilidade para o atendimento.

Diante do exposto, pergunta-se como é realizada a gestão da rede de atenção a urgências e emergências no sertão central cearense com base nos atendimentos do SAMU aos casos de infarto agudo do miocárdio, com ênfase nos cuidados de enfermagem?

A escolha deste tema para o estudo, não se deve apenas à satisfação de uma curiosidade percebida durante o ofício de enfermeiro no atendimento pré-hospitalar a pessoa vítima de infarto, e sim na tentativa de reduzir os índices de mortalidade em consequência deste agravo, com a medida de detecção precoce criando estratégias de educação e saúde,

sensibilizando os profissionais de enfermagem, alertando para redução da mortalidade com o início do tratamento o mais rápido possível além do transporte para uma unidade de referência. Vale ressaltar que as doenças do aparelho circulatório (DAC) correspondem um dos importantes agravos e uma das principais dificuldades existentes na nossa área de abrangência pré-hospitalar.

A relevância da pesquisa está em conhecer e compreender problemas no âmbito do seu objeto, possibilitando por seu turno planejar e desenvolver ações que visem conscientizar e preparar os profissionais buscando a melhoria da assistência, aos pacientes de DAC, pois produzirá uma visão ampla e direcionada sobre o perfil epidemiológico, hábitos de vida e problemas de saúde que estão contribuindo para o risco cardíaco da população pesquisada. Acreditamos que prover informações sobre a fragilidade ocasionada no atendimento desse agravo e deficiência no arranjo da rede, entre outros, pode contribuir significativamente na assistência desta enfermidade. Além disso, é fundamental estimular e promover mudanças de hábitos e atitudes para prevenir os problemas de saúde.

Objetivo

Analisar na literatura como funciona a gestão da rede de atenção a urgências e emergências no sertão central cearense com base nos atendimentos do SAMU aos casos de infarto agudo do miocárdio, tendo como ênfase os cuidados de enfermagem.

Método

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de abordagem quantitativa que busca analisar na literatura como funciona a gestão da rede de atenção a urgências e emergências no sertão central cearense

com base nos atendimentos do SAMU aos casos de infarto agudo do miocárdio, tendo como ênfase os cuidados de enfermagem.

Conforme Fregoneze et al. (2014), a pesquisa bibliográfica é a fase do estudo na qual se identificam os autores que estudaram ou estão estudando o tema em questão, para depois elaborar uma revisão bibliográfica. Além disso, é necessário observar algumas etapas que devem ser criteriosamente seguidas. Antes de mais nada deve-se estudar o assunto para definir os termos de busca, em seguida delimitar o período a ser levantado, idioma e outras delimitações necessárias e por fim definir termos e/ou descritores para a busca.

A pesquisa quantitativa é aquela em que se coletam e analisam dados quantitativos sobre variáveis. Dessa forma, este tipo de pesquisa é capaz de identificar a natureza profunda das realidades, seu sistema de relações, sua estrutura dinâmica. Ela também pode determinar a força de associação ou correlação entre variáveis, a generalização e objetivação dos resultados através de uma mostra que faz inferência a uma população. Além do estudo da associação ou correlação, a pesquisa quantitativa também pode, ao seu tempo, fazer inferências causais que explicam por que as coisas acontecem ou não de uma forma determinada (PITA FERNÁNDEZ et al., 2002).

Para o levantamento dos artigos, realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line* (Medline). Os artigos foram selecionados a partir dos descritores: "Cuidados de Enfermagem", "Serviços Médicos de Urgência", "Infarto do Miocárdio" e "Cardiologia", seguindo a terminologia do DeCS, da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS).

A pesquisa foi norteada pela seguinte pergunta: como é realizada a gestão da rede de atenção a urgências e emergências no sertão central cearense com base nos atendimentos do SAMU aos casos de infarto agudo do miocárdio, tendo a ênfase nos cuidados de enfermagem?

Foram incluídos artigos que tivessem como participantes enfermeiros (as) ou equipe de Enfermagem, sobre os cuidados de enfermagem no IAM no ambiente pré-hospitalar, publicados na língua portuguesa no período de 2010 a 2018, texto completo disponível, gratuito e em português, país Brasil. Foram excluídos artigos que não se enquadraram nos critérios anteriormente citados. No final foram selecionados 10 artigos científicos sobre a temática.

Após a seleção dos artigos foi feita uma correlação da literatura com as mortes causadas por IAM em Quixeramobim-CE. Para o levantamento do número de óbitos por infarto no município, utilizou-se informações provenientes do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) dos últimos dez (10) anos (2006-2016), sendo adquiridas através dos dados de Informações em Saúde (TabNet).

Foram incluídos todos os óbitos por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) que ocorreram no município de Quixeramobim-CE, no período mencionado. As seleções utilizadas no TabNet foram: óbitos por ocorrência durante o ano, município de Quixeramobim-CE, Capítulo Classificação Estatística Internacional das Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10 X) doenças do aparelho circulatório, Categoria CID-10: I21 Infarto Agudo do Miocárdio e período de 2006 a 2016.

A princípio, foi realizado fichamento de todos os artigos encontrados; posteriormente, foi feita análise temática, buscando-se responder à pergunta da pesquisa.

Resultados e Discussão

Identificaram-se inicialmente 10 estudos a partir da busca nas bases de dados. Destes apenas 8 preencheram os critérios de inclusão, uma vez que, um artigo se repetiu e outro periódico não abriu.

Os temas mais recorrentes nos estudos analisados foram: a busca pela assistência após o infarto, intervenções nos hábitos de vida e cuidados de enfermagem ao paciente vítima de infarto. A maioria dos periódicos

foram ensaios clínicos sobre o risco cardíaco e os cuidados de enfermagem. Predominaram metodologias transversais, descritivas, observacionais e quantitativas. Os estudos envolveram ambos os gêneros (feminino e masculino). Muitos autores analisaram hábitos de vida na relação do risco cardiovascular.

Ainda com relação aos autores, todos eram enfermeiros com titulação de mestre e doutor. Como os profissionais de enfermagem, têm relação de maior proximidade com os pacientes, são mais ágeis em identificar comorbidades, fatores de risco e alterações fisiológicas com mais prontidão, estes aspectos tornam o estudo ainda mais relevante, uma vez que, há uma maior riqueza nas informações e na descrição dos cuidados.

Quadro 1 - Sistematização dos Dados

Título	Autores	Ano	Delineamento Metodológico	Síntese dos Resultados
1. Evidência de Melhora na Qualidade do Cuidado Assistencial no Infarto Agudo do Miocárdio	Rocha et al.	2010	Estudo transversal e comparativa.	A taxa de angioplastia primária foi 8,47% maior em 2007 (97,3%) do que em 2006 (89,7%), mas esta diferença não alcançou significado estatístico ($p = 0,35$). Também não houve diferença estatística no tempo de hospitalização (4 vs 5 dias, $p = 0,15$) e na mortalidade intra-hospitalar (7,8% vs 5,1%, $p = 0,67$) entre 2007 e 2006, respectivamente.
2. Intervenção nos Hábitos de Vida em Instituição Pública.	Scherr et al.	2010	Estudo transversal.	Colesterol, LDL, triglicérides, índice de massa corpórea, índices de Castelli I e II e medida da cintura apresentaram diminuição significativa, mesmo nos pacientes sem hipolipemiante. Na avaliação do impacto em relação à dieta, verificou-se que 72% dos que não faziam dieta passaram a fazê-la. Atividade física: dos 55% sedentários, 71% passaram a exercitar-se três ou mais vezes/semana.
3. Atuação do Enfermeiro em um serviço de atendimento Pré-Hospitalar Privado.	Peres et al.	2018	Estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa.	Os enfermeiros desenvolvem ações gerenciais e assistenciais requerendo conhecimento técnico científico, habilidade, e trabalho em equipe. A autonomia, bom relacionamento e conhecimento científico foram apontados como fatores que facilitam o trabalho. No entanto, a falta de conhecimento, dificuldades de relacionamento e as intempéries climáticas são fatores que dificultam o trabalho.
4. Equipe de enfermagem de emergência: riscos ocupacionais e medidas de autoproteção	Martins et al.	2014	Estudo de abordagem qualitativa.	Identificaram-se três categorias: vivenciando os riscos no trabalho de materialidade externa, vivenciando os riscos de materialidade interna e medidas de autoproteção aos riscos do trabalho.
5. Violência sob o olhar e o agir de quem socorre: representações dos profissionais do atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência	Albuquerque	2010	Estudo quantitativo.	Destacou-se a maior vitimização masculina, de jovens e negros, além da maior frequência de eventos durante os finais de semana. Foram encontradas, ainda, relações significativas entre eventos envolvendo projeteis de armas de fogo com lesões penetrantes em crânio e tórax,

				também com o desfecho para óbito. Para análise do perfil e condições de trabalho dos sujeitos – bombeiros militares – a base de comparação foi estudo recente e similar realizado com policiais no Rio de Janeiro. Com relação às representações e experiências, destacaram-se a presença cotidiana da violência na vida e no trabalho dos profissionais estudados.
6. Cuidados de enfermagem a mulheres com infarto do miocárdio: promoção do conforto sociocultural pela pesquisa-cuidado	Ponte e Silva	2014	Estudo qualitativo, do tipo pesquisa-cuidado.	O cuidado de enfermagem voltado para o conforto sociocultural caracterizou-se como: mostrar-se disponível para cuidar, promover carinho, estabelecer vínculo e confiança; instigar momentos de encontro com as famílias; favorecer interação e bom relacionamento com os profissionais do hospital; e acomodar o cuidado à cultura das pesquisadas-cuidadas.
7. Perfil epidemiológico de pacientes internados com infarto agudo do miocárdio - estudo retrospectivo.	Mamaniyujra e Avelar	2012	Estudo Quantitativo.	Dos pacientes estudados, 81% saíram com alta hospitalar, 12% foram a óbito e 7% foram transferidos para outro hospital. A cada oito pacientes internados, um foi para óbito. Mais de 50% dos prontuários não apresentavam informações completas sobre o nível de escolaridade, uso de drogas ilícitas, obesidade, sedentarismo e antecedentes familiares.
8. Evidências para o cuidado de enfermagem na avaliação do risco coronariano em pacientes hospitalizados	Rosa et al.	2016	Estudo descritivo de corte transversal	Foi verificado que 42,5% dos hospitalizados apresentam um alto risco para desenvolver infarto agudo do miocárdio nos próximos 10 anos.

Fonte: Elaboração dos autores.

Após análise no banco de dados DATASUS, observou-se um número expressivo de óbitos por IAM no município pesquisado. Identificou-se no período de 2006 a 2016, 405 óbitos por IAM em Quixeramobim-CE. No Gráfico 1 estão expostos os dados notificados por ano.

Gráfico 1 – Número de óbitos ocorridos por Infarto Agudo do Miocárdio no município de Quixeramobim no período de 2006 a 2016 – Quixeramobim-CE, 2018

P
E
S
S
O
A
S
A
C
O
M
E
T
I
D
A
S
P
E
L
O
A
G
R
A
V
O

Fonte: DATASUS (2018).

O estudo revelou que no ano de 2013 houve um total de 24 mortes por IAM correspondendo a menor ocorrência no período analisado, contrapondo-se aos achados nos anos de 2014 e 2015, que representam as maiores incidências de óbitos por IAM sendo 44 e 54 casos, respectivamente. No ano de 2016 observa-se uma redução no número de vítimas fatais de IAM (35 mortes).

No estudo de Santos et al. (2018), as alterações na evolução das taxas de mortalidade refletem mudanças na exposição aos fatores de risco (ambientais e de estilo de vida), bem como melhorias no diagnóstico, tratamento, verificação e certificação dos óbitos por IAM. Tais modificações podem ocorrer de maneira desigual, o que pode explicar as diferenças na evolução das taxas de mortalidade no decorrer dos anos evidenciadas neste estudo.

A ideia equivocada de que os fatores de risco cardiovascular (FRCV) e as cardiopatias estejam presentes em idades mais avançadas colabora para a existência destes em fases precoces (MOREIRA; GOMES; SANTOS, 2010). No estudo de Morais et al. (2018) realizado com 329

universitários sobre os fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), identificou-se que 13,7% dos acadêmicos possuíam DCNT diagnosticadas. Destas, as mais prevalentes foram as do trato respiratório, renal e cardiovascular. De acordo com Paim; Azzolin e Moraes (2012), dentre as doenças cardiovasculares, a doença arterial coronariana (DAC) é uma das mais prevalentes, a qual compreende o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e a Angina Instável.

Dentre as principais causas das doenças cardiovasculares e o desenvolvimento de diversas DCNT, está o maior consumo de alimentos industrializados, somado ao também crescente sedentarismo (BARROS, 2008). Todos esses fatores podem estar relacionados ao número de IAM no município investigado. Com isso os determinantes sociais (DS) e os fatores de risco cardiovascular estão diretamente interligados. Os DS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde na população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

No Ceará, as doenças do aparelho circulatório constituem a primeira causa de mortalidade, em segundo lugar estão as causas externas, apresentando uma proporção de óbitos em torno de 10% com relação ao total. As neoplasias também mostraram um aumento na sua mortalidade proporcional (FORTALEZA, 2018).

Esse perfil é semelhante ao do País, com crescimento crescente para doenças circulatórias, diabetes, câncer e doenças respiratórias. Fortaleza se insere no cenário nacional, apresentando modificações no padrão demográfico e no perfil de morbimortalidade, apresentando em sua estrutura etária redução na proporção de crianças e adultos jovens e consequente aumento na proporção de idosos e sua maior expectativa de vida. O perfil de morbimortalidade vem apresentando declínio das doenças infecciosas e ascensão contínua das DCNT (BOLETIM..., 2017).

Com relação ao município de Quixeramobim-CE mesmo após a implantação do SAMU no ano de 2014, os casos de IAM ainda permaneceram elevados, embora tenha havido uma melhora na

perspectiva de vida e no atendimento a essas vítimas pelas equipes do SAMU-192. O município ainda conta com um Hospital Regional de grande porte, que estar apto a atender essas vítimas, além de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), sendo esta não funcionante. Some-se a isso um Hospital Secundário e as UBS que também fazem parte da Rede de Atenção às Urgências.

Vale ressaltar que as portas de urgência e emergência são importantes marcadores de qualidade da condição de saúde da população, bem como, a atuação do sistema de saúde. Também por meio delas, podem-se identificar os agravos inusitados à saúde da população ou os agravos recorrentes, como por exemplo, uma alta incidência de IAM numa determinada região, dentre outros (BRASIL, 2006).

A assistência aos pacientes vítimas de IAM devem contemplar medidas eficazes e eficientes desde a suspeita diagnóstica até a minimização dos riscos impostos à vitalidade deles. Em virtude disso, o enfermeiro, profissional que está presente na assistência aos pacientes de forma diferenciada, deve voltar-se para um cuidar integral, visando atender as suas necessidades no processo saúde-doença (MARTINS et al., 2017).

O enfermeiro pode contribuir para a redução e controle dos agravos gerados pelo IAM através do conhecimento e da adesão às políticas públicas de saúde. Assim como, no planejamento e implantação de ações que promovam hábitos de vida saudáveis e conscientização sobre a redução da exposição aos fatores de risco para a comunidade. Tais como: estímulo à prática de atividade física, alimentação saudável e diminuição do consumo de álcool e tabaco (SILVA et al., 2009; SANTOS et al., 2014).

O Gráfico 2 mostra o total de óbitos por infarto registrados por sexo. Sendo 217 mortes por IAM no público masculino e 188 no público feminino no período de 2006 a 2016.

Gráfico 2 – Número de óbitos notificados conforme o sexo por Infarto Agudo do Miocárdio no município de Quixeramobim no período de 2006 a 2016. Quixeramobim-CE, 2018

Fonte: DATASUS (2018).

A mortalidade foi maior no sexo masculino, principalmente nos anos de 2014 e 2015, sendo 27 e 31 óbitos notificados, respectivamente. O período que houve a menor ocorrência de mortes por IAM foi no ano de 2013, sendo 11 óbitos do sexo feminino e 13 do sexo masculino.

Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Medeiros et al. (2018) sobre a mortalidade por IAM nas cinco regiões geográficas do Brasil, onde o sexo masculino apresentou maior quantidade de mortes notificadas sendo 13.587 óbitos enquanto o sexo feminino apresentou 7.811 mortes. Entre esses óbitos, houve maior incidência na faixa etária de 50 a 59 anos, tanto no sexo masculino como feminino.

Um dos possíveis motivos que influenciam o maior número de óbitos masculinos é a tendência de os homens cuidarem menos da saúde, unido a menor procura aos cuidados básicos, o que acarreta a descoberta tardia das patologias (LIMA et al., 2018). A estratégia essencial para à crise de doenças crônicas está na prevenção primária, única abordagem capaz de garantir que as gerações futuras não corram o risco de morrer de forma prematura por causa dessas doenças (GOULART, 2011).

Faz-se necessário uma atuação mais eficiente da Atenção Primária de Saúde (APS) para a redução desse agravo. Conforme o Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica declara que para a efetuação da prática na atenção primária é necessária, entre outras condições, a garantia de infraestrutura apropriada, com disponibilidade de equipamentos adequados, de recursos humanos capacitados e de materiais e insumos suficientes à assistência prestada (BRASIL, 2006).

Deste modo, pode-se falar em uma distância real existente entre as diretrizes oficiais preconizadas pelo SUS e as vivências cotidianas dos trabalhadores da área da saúde que requerem destes uma adequação às situações recorrentes de emergência, abrindo espaço para uma dinâmica readequação organizacional, exigindo, igualmente, uma capacidade de trabalhar sob forte tensão e com as mais diversas possibilidades de respostas às demandas que se apresentam (MARQUES, 2013).

Assim é necessário um serviço de atendimento às urgências que funcione, que seja hábil e eficaz no atendimento a essas vítimas. Como visto, essa rede apresenta lacunas no município de Quixeramobim-CE, uma vez que, o número elevado de mortes por IAM reflete a qualidade dos serviços de saúde e os hábitos de vida da população; some-se a isso a inobservância entre o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, Diretrizes e Protocolos e a realidade prática dos profissionais assistenciais, atuando muitas vezes em ambientes insalubres e com tecnologias leveduras e duras insuficientes.

Ressalta-se a importância de o Serviço Móvel de Urgência ter aparatos tecnológicos eficientes no atendimento as essas vítimas. Com destaque para a administração da terapia fibrinolítica. Uma vez que, o salvamento máximo do miocárdio ocorre quando a aplicação de fibrinolítico é feita em curto espaço de tempo após o início dos sintomas, permitindo o retorno ao fluxo normal em 54% dos casos tratados com t-PA acelerado e heparina e em 33% dos casos tratados com estreptoquinase (SPK). A fibrinólise pode limitar o tamanho do infarto, preservar a função do VE e reduzir a mortalidade (ALVES, 2006).

Nesse sentido, os resultados desse estudo apontam para a necessidade imediata de prevenção e controle do IAM, com destaque para as ações executadas na atenção primária, de prevenção, promoção e vigilância de agravos, além de uma rede de atenção às urgências mais integral. Além de mudanças no estilo de vida da população como a prática de atividade física, alimentação adequada, redução do tabagismo, etilismo, dentre outros fatores.

Considerações Finais

Conclui-se que o número de óbitos por IAM no município de Quixeramobim-CE apresenta-se expressivo dentro do período analisado, o que reflete a necessidade de uma intervenção rápida, tendo em vista que é uma patologia passível de prevenção, diagnóstico e tratamento.

O estilo de vida das pessoas, as patologias pregressas e os determinantes sociais podem estar relacionado com o aumento desses óbitos no município investigado. Além desses fatores talvez haja uma escassez de recursos humanos necessários para colocarem em prática as ações de promoção e prevenção de saúde no município, ainda uma rede de atenção mais consistente para o atendimento imediato dessas vítimas.

Dessa maneira, é urgente intensificar esforços para melhorar as condições de vida, a prevenção e o controle dos fatores de risco para essa doença, bem como o acesso aos serviços de saúde, desde a atenção primária até a terciária. Fica evidente a importância da atenção e redução das DCNT e da realização de outros estudos voltados para essa temática.

Sobre os cuidados de enfermagem, aos pacientes vítimas de IAM, os estudos reforçaram que a agilidade e o conhecimento técnico-científico dos profissionais de enfermagem são imprescindíveis no prognóstico do cliente. Além disso, os autores salientaram que o atendimento pré-hospitalar pode ser essencial na abordagem do IAM, uma vez que, como dito, a fibrilação ventricular (FV) é o mecanismo mais comum de morte nas primeiras horas do infarto e que pode ser evitado se os profissionais foram

hábeis na assistência ao cliente. Assim, como administração de fibrinolítico e Tenecteplase (TNK), cuidados estes, que podem ser prestados pela APH. Todos estes cuidados auxiliam na sobrevivência dos pacientes e na continuidade da assistência interdisciplinar.

Observou-se que a RUE no município apresenta lacunas, pois a cidade conta com uma Unidade de Pronto Atendimento edificada, contudo, devido burocracias há 02 anos não estar funcionando. As equipes de UBS necessitam passar por capacitações para prestar uma adequada assistência a população, visto que, o número de IAM estar expressivo, e uma das funções da Atenção Primária é educação e prevenção de agravos. No entanto, vale ressaltar, que o município conta com o suporte de um Hospital de grande porte que também faz parte da rede de urgência, além de um hospital de nível secundário, sendo, portanto, pontos positivos.

Por fim, para uma melhor análise da rede de atenção às urgências em Quixeramobim-CE estudos mais aprofundados sobre o tema fazem-se necessários, para que se estabeleça uma avaliação mais precisa e criteriosa e que expresse com mais exatidão a realidade da RUE na cidade.

Referências

ABBAS, Abul K. *et al.* **Robbins e Cotran**: patologia: bases patológicas das doenças. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

ALBUQUERQUE, Verônica Santos. **Violência sob o olhar e o agir de quem socorre**: representações dos profissionais do atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência. 2010. 195 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

ALVES, Marco Stephan Lofrano. **Protocolo de atendimento inicial no IAM com supradesnível de ST**. Brasília, DF: [s.n.], 2006.

ARAÚJO, Daniele Fernanda *et al.* Clinical and epidemiological profile of patient with acute coronary syndrome. **Revista Enfermagem UFPI**, v. 3, n. 2, p. 78-84, 2014.

BARROS, Rodrigo Ribeiro. **Consumo de alimentos industrializados e fatores associados em adultos e idosos residentes no município de São Paulo**. 2008. 176 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado, 2017. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/boletim_doencas_cronicas_nao_transmissiv eis_20_11_2017.pdf. Acesso em: 9 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulação médica das urgências**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 30 dez. 2010. Disponível em: http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/legis/portaria_4279_2010_diretrizes_rede_as.pdf. Acesso em: 6 out. 2018.

BRASIL. Portaria nº 10, de 3 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, p. 34, 4 jan. 2017.

BRASIL. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 31 out. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012**. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html. Acesso em: 31 out. 2021.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CASAGRANDE, Denise; STAMM, Bruna; LEITE, Marinês Tambara. Perfil dos atendimentos realizados por uma Unidade de Suporte Avançado do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Rio Grande do Sul. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 23, n. 3, p.149-155, jul./set. 2013.

CEARÁ. Secretária da Saúde do Estado. **Diagnóstico e tratamento do infarto agudo do miocárdio**. Fortaleza: Secretária da Saúde do Estado, 2017. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/noticias/48037-samu-treina-profissionais-para-tratamento-de-infarto-do-miocardio>. Acesso em: 6 out. 2018.

FORTALEZA. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano municipal de saúde de Fortaleza**: 2018-2021. Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde, 2017.

FREGONEZE, Gisleine Bartolomei *et al.* **Metodologia científica**. Londrina: Distribuidora Educacional, 2014.

GOULART, Flavio A. de Alencar. **Doenças crônicas não transmissíveis**: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde: Ministério da Saúde, 2011.

LIBBY, Peter *et al.* (ed.). **Braunwald's heartdisease**: a textbook of cardiovascular medicine. 8th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2008.

LIMA, Adriano de Carvalho; COSTA, José Lucivaldo de Jesus. **Atuação da enfermagem do infarto agudo do miocárdio**. 2017. 19 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Tiradentes, Aracaju, 2017.

LIMA, Aristotelys Euden Ferraz *et al.* Perfil na mortalidade do infarto agudo do miocárdio por idade e sexo no município de Paulo Afonso no estado da Bahia. **Revista Rios Saúde**, v. 1, n. 3, p. 26-37, 2018.

LIMA, William Alves; GLANER, Maria Fátima. Principais fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares. **Revista Brasileira Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 8, n. 1, p. 96-104, 2006.

MACHADO, Cristiani Vieira *et al.* Gestão do trabalho nas unidades de pronto atendimento: estratégias governamentais e perfil dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 1-14, 2016.

MACHADO, Cristiani Vieira; SALVADOR, Fernanda Gonçalves Ferreira; O'DWYER, Gisele. Serviço de atendimento móvel de urgência: análise da política brasileira. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, p. 519-28, 2011.

MAMANIYUJRA, Cibele Margue; AVELAR, Maria do Carmo Querido. Perfil epidemiológico de pacientes internados com infarto agudo do miocárdio: estudo retrospectivo. **Revista Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 22, n. 4, p. 7-11, 2012. Suplemento A.

MARQUES, Ana Paula Almeida. **Condições e Organização do Trabalho das Equipes do SAMU/RMF: riscos e agravos daqueles que trabalham contra o tempo**. 2013. 168 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Sociedade) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

MARTINS, Idel de Oliveira *et al.* A conduta de enfermagem no atendimento de emergência ao paciente com infarto agudo do miocárdio. **Revista Científica FacMais**, v. 11, n. 4, p. 12-27, 2017.

MARTINS, Júlia Trevisan *et al.* Equipe de enfermagem de emergência: riscos ocupacionais e medidas de autoproteção. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 334-340, maio/jun. 2014.

MEDEIROS, Tatiana Laís Fonsêca de *et al.* Mortalidade por infarto agudo do miocárdio. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 12, n. 2, p. 565-572, 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 1877-1886, 2008.

MORAIS, Huana Carolina Cândido *et al.* Fatores de risco modificáveis para doenças crônicas não transmissíveis entre estudantes universitários. **Rev Rene**, v. 19, n. 5, p. 1-8, 2018. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/33858/pdf_1. Acesso em: 31 out. 2021.

MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; GOMES, Emiliana Bezerra; SANTOS, Jênifa Cavalcante dos. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 4, p. 662-669, dez. 2010.

NAGAI, Daniela Kuromoto. **Diretriz de integração do SAMU com os componentes APS e UPA na Rede de Urgência e Emergência**: pesquisa-ação. 2017. 111 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

NARAD, R. A. Coordination of the EMS system: an organizational theory approach. **Prehosp Emerg Care**, v. 2, p. 145-152, 1998.

O'DWYER, Gisele *et al.* The current scenario of emergency care policies in Brazil. **BMC Health Services Research**, v. 2, n. 1, p. 1-10, 2013.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. **Blackbook**: enfermagem. Belo Horizonte: Black Book, 2016.

PAIM, Crislaine Padilha; AZZOLIN, Karina de Oliveira; MORAES, Maria Antonieta Pereira de. Dor torácica no infarto agudo do miocárdio entre pacientes diabéticos e não diabéticos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 65, n. 1, p. 77-82, fev. 2012.

PERES, Paulo Sergio Quevedo *et al.* Atuação do enfermeiro em um serviço de atendimento pré-hospitalar privado. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 2, p. 413-22, 2018.

PITA FERNÁNDEZ, Salvador; PÉRTEGAS-DÍAZ, Sonia. Investigación cuantitativa y cualitativa. **Cadernos de Atención Primaria**, v. 9, n. 2, p. 76-78, 2002.

PONTE, Keila Maria de Azevedo; SILVA, Lúcia de Fátima da. Cuidados de enfermagem a mulheres com infarto do miocárdio: promoção do conforto sociocultural pela pesquisa-cuidado. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 6, p. 808-814, 2014.

ROCHA, Antônio Sérgio Cordeiro da *et al.* Evidência de melhora na qualidade do cuidado assistencial no infarto agudo do miocárdio. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 94, n. 6, p. 726-729, 2010.

ROCHA, Ricardo Mourilhe; MARTINS, Wolney de Andrade. **Manual de prevenção cardiovascular**. São Paulo: Planmark; Rio de Janeiro: SOCERJ, 2017.

ROGER, Véronique L. *et al.* Heart disease and stroke statistics: update. **Circulation**, v. 123, n. 1, p. 18-209, 2011.

ROSA, Randson Souza *et al.* Evidências para o cuidado de enfermagem na avaliação do risco coronariano em pacientes hospitalizados. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 2, p. 4460-71, 2016.

Disponível em:

http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/4647/pdf_1900.

Acesso em: 1 dez. 2021.

SANTOS, Juliano dos *et al.* Mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Brasil e suas regiões geográficas: análise do efeito da idade-período-coorte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 5, p. 1621-1634, maio 2018.

SANTOS, Leianny Rodrigues dos *et al.* Análise do sedentarismo em estudantes universitários. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 416-421, 2014.

SCARPELINI, Sandro. A organização do atendimento às urgências e trauma. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 40, n. 3, p. 315-320, 2007.

SCHERR, Carlos *et al.* Intervenção nos hábitos de vida em instituição pública. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 94, n. 6, p. 730-737, 2010.

SILVA, Ana Roberta Vilarouca da *et al.* Hábitos alimentares de adolescentes de escolas públicas de Fortaleza, CE, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 1, p. 18-24, jan./fev. 2009.

SILVA, Schana Shirley. **Análise da gestão da Rede de Atenção às Urgências e Emergências na 14ª Coordenadoria Regional de Saúde**. 2014. 56 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2014.

WANG, Henry E. *et al.* National characteristics of emergency medical services in frontier and remote areas. **Prehospital Emergency Care**, v. 20, n. 2, p. 191-199, 2016.

Capítulo 3

MATRICIAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM RELAÇÃO AOS DESAFIOS E POSSIBILIDADES DA GESTÃO EM SAÚDE

**Bruna Stênia Queiroz Melo
Carlos André Moura Arruda
Cadidja Caldas Silva
Andrezza Martins do Nascimento
Anna Karina de Freitas Loiola
Daniele Vasconcelos Fernandes Vieira**

3

Matriciamento na Atenção Primária à Saúde: relato de experiência em relação aos desafios e possibilidades da gestão em Saúde

Bruna Stênia Queiroz Melo
Carlos André Moura Arruda
Cadidja Caldas Silva
Andrezza Martins do Nascimento
Anna Karina de Freitas Loiola
Daniele Vasconcelos Fernandes Vieira

Resumo

Introdução: Esse relato de experiência refere-se às atividades desenvolvidas junto as unidades primárias de saúde (UAPS), no contexto da Psicologia, dentro do Núcleo Ampliado de Saúde da Família na Saúde. Neste trabalho foi relatada a utilização da ferramenta do Apoio Matricial e as contribuições que foram possibilitadas aos usuários dos serviços de saúde mental e a seus familiares que se encontravam em estado de indefensibilidade, no qual se pode desenvolver ações que perpassam o cuidado, proporcionando uma inter-relação usuário/sistema/trabalhador de saúde, amenizando o desgaste físico e emocional associado ao tempo de espera por atendimento, que pode gerar no cliente: ansiedade, angústia, revolta e tensão; além de humanizar, na maioria das vezes, os burocratizados serviços prestados. **Objetivo:** relatar a experiência de atuação da equipe multidisciplinar de profissionais de saúde em relação às práticas desenvolvidas para a saúde mental a partir do matriciamento, sob a perspectiva da psicóloga. **Método:** Trata-se de estudo de natureza descritiva, com abordagem qualitativa e delineamento de um relato de experiência, realizado em um município localizado na região do Sertão Central no Estado do Ceará, no período que compreendeu janeiro de 2017 a fevereiro de 2018. Para tanto, utilizou-se uma análise qualitativa das intervenções realizadas que foram registradas em ata, em boletins de atendimento e fichas de acompanhamento da evolução dos usuários. **Resultados:** o Apoio Matricial é de fundamental importância para potencializar os fluxos e vínculos entre os serviços, o entendimento, a integração de saberes e práticas dentro de uma perspectiva interdisciplinar na qual todos os profissionais são corresponsáveis pelo indivíduo e suas necessidades. **Considerações finais:** Dessa forma, consideramos que o apoio matricial é imprescindível no processo de efetivação para uma prática integral ao usuário, sendo a gestão em saúde municipal corresponsável para a efetivação desse processo.

Palavras-chave: Apoio Matricial. Psicologia. Atenção Primária à Saúde.

Introdução

Falar de saúde mental e das práticas de cuidado que cingem as políticas voltadas para essa temática é montar um quebra-cabeça com fragmentos de uma história marcada por grandes transformações; sejam conceituais, práticas, ideológicas e/ou políticas.

A loucura não é um fenômeno social recente. Corroborando com Gonçalves e Sena (2001, p. 49), “a loucura sempre existiu, bem como o lugar para se tratar dos loucos: templos, domicílios e instituições [...]”. Contudo, as significações e caracterizações que a definem foram sendo modificadas; da idade média, sob rótulos de bêbados, homens sem razão, mendigos e/ou quaisquer outros que distorciam a noção de ordem social ao portador de uma doença mental legitimando práticas hospitalocêntricas a partir do século XVIII.

A partir de lutas empenhadas em prol da desinstitucionalização da loucura e das reformas psiquiátricas ocorridas em diversos países, rebenta no Brasil o modelo biopsicossocial de atenção à saúde mental, que tira o foco da doença e volta-se para o sujeito em sua contextualização no meio social.

Os cuidados em saúde mental sofreram grandes transformações e avanços nas últimas décadas, pois foram reformuladas ações referentes a essa área a partir da reforma psiquiátrica, que almejava a desospitalização do indivíduo visando um novo olhar que contemplasse todo o sofrimento psíquico, contribuindo para a não marginalização e exclusão humana.

Desse modo, a Reforma Psiquiátrica foi um marco para a saúde mental, tendo seu início com o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) na década de 70, propondo novos meios para assistência aos portadores de transtornos mentais, visando o bem-estar do usuário, e defendendo o direito deste de ser inserido no meio social e familiar. (MACHADO; CAMATTA, 2013).

Parafraseando Amarante (2018), podemos afirmar que a Reforma Psiquiátrica foi um período de construção de grandes transformações para a saúde mental, que veio propondo estratégias para uma assistência

diferenciada, oferecendo uma rede de serviços abertos à assistência ao portador de sofrimento mental, tais como: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Convivência, Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), Residências terapêuticas e outros serviços, que tinham como objetivo propor estratégias para mudanças e fazer emergir um novo paradigma para a psiquiatria, almejando o bem-estar dos usuários.

Propor um modelo de saúde que tenha como seu fim a produção de autonomia e liberdade de quem o utiliza é um desafio vasto, sobretudo por todo o histórico de produção de cuidado que vigorou em décadas passadas, com protagonismos profissionais e ideológicos que, em sua extensão foram eficazes à população, mostrando uma resolubilidade imediatista, porém silenciadora.

A partir de tudo o que fora dito outrora, esse trabalho propõe-se a relatar, via relato de experiência, como vem-se configurando as práticas de saúde mental na atenção primária, o matriciamento, almejando novas reflexões referentes a essa temática.

Perceber sobre a atuação dos profissionais de saúde na APS em um município da região do Sertão Central no Estado do Ceará em relação as práticas desenvolvidas pelos mesmos para a prevenção, promoção ou reabilitação da saúde mental dos usuários, compreendendo que é na atenção básica que ocorrem as práticas em vigilância da saúde no modelo de atenção preconizado pela legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo exercida pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

Portanto, a partir dessa temática proposta para o estudo, questionamos se os profissionais que atuam na APS do município desenvolvem práticas voltadas para a saúde mental dos usuários na APS, buscando compreender o modelo que é utilizado, ou seja, se ainda é voltado para o modelo hospitalocêntrico.

Acredito que o estudo poderá revelar os desafios de se fazer saúde mental na atenção primária por uma concepção dos profissionais de que esta, só pode ser realizada na atenção especializada. A dificuldade de realizar matriciamento também é outra característica da atenção primária.

A necessidade da realização do presente estudo é baseada na observância de que a metodologia do apoio matricial, enquanto tecnologia incorporada recentemente na APS para a gestão do cuidado em saúde, desafia a atuação dos profissionais através da busca pela integralidade na atenção prestada e a superação de barreiras relacionadas ao processo formativo na graduação, fazendo-se necessário a identificação de percepções acerca dessa metodologia e as formas de sua execução nos processos de trabalho.

As vivências pessoais como psicóloga no Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), contribuíram para o desejo em realizar esse estudo. As dificuldades encontradas nos serviços de saúde para a superação da lógica da assistência fragmentada e do modelo de encaminhamento levantam questionamentos a respeito dos caminhos a serem percorridos em busca do apoio matricial.

Destarte, propõe-se este relato a responder o seguinte questionamento: Quais são os desafios e as possibilidades da gestão em saúde quanto ao matriciamento na Atenção Primária à Saúde?

Objetivo

Relatar a experiência de atuação da equipe multidisciplinar de profissionais de saúde em relação às práticas desenvolvidas para a saúde mental a partir do matriciamento, sob a perspectiva da psicóloga.

Método

Trata-se de estudo de natureza descritiva, com abordagem qualitativa e delineamento de um relato de experiência, realizado em um município localizado na região do Sertão Central no Estado do Ceará. A escolha pelo método qualitativo deve-se por este oferecer ao pesquisador a oportunidade de compreender o fenômeno em seu contexto real. Este permite acesso à experiência vivida pelos sujeitos (CÂMARA, 2013).

No período em que a experiência foi realizada, de janeiro de 2017 a fevereiro de 2018, o município possuía uma população estimada de 87.116 habitantes e contava com 21 Equipes de Saúde da Família (ESF) distribuídas na zona urbana e zona rural e 4 equipes de NASF. As equipes de ESF são formadas por agentes comunitários, um médico (a), um enfermeiro (a), um dentista (a) podendo haver, também, dois auxiliares de enfermagem e/ou auxiliares de saúde bucal, de acordo com a equipe. As equipes NASF são formadas por profissionais psicólogos, fisioterapeutas, nutricionista, profissional de educação física e assistente social.

O estudo foi realizado pela psicóloga profissional do Núcleo Ampliado de Saúde da Família, envolvendo o seu cotidiano com a utilização do Apoio Matricial (AM) junto a 11 Equipes de Saúde da Família, distribuídas em 11 Unidades.

A inserção para o AM acontecia por meio de reuniões com as Equipes de Saúde da Família (ESF), após a seleção realizada pela ESF de um caso que necessitava da atuação do NASF objetivando uma resolubilidade. Normalmente participavam das reuniões de apoio matricial profissionais do NASF com núcleos específicos e de diferentes saberes, os profissionais da ESF como a enfermeira, o médico e as agentes comunitárias de saúde (ACS) que acompanhavam o usuário, cujo caso seria matriciado.

O principal objetivo das reuniões de matriciamento é de contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolubilidade da saúde da equipe primariamente responsável pelo caso. Além disso, proporciona uma retaguarda assistencial e um suporte técnico-pedagógico (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

A reunião matricial acontecia com cada equipe ESF, a cada dois meses, objetivando a discussão do caso e se configurando como um espaço de construção de momentos relacionais, no qual existe uma troca de saberes entre profissionais de diversas áreas e serviços de atenção à saúde com o foco primordial no cuidado com os usuários. Outro objetivo é de estabelecer responsabilidades pelas ações desencadeadas, bem como a integralidade da atenção em todo o sistema de saúde (QUIXADÁ, 2017).

Técnica de Coleta dos Dados

Todas as reuniões eram registradas em ATA. Foram realizadas 77 reuniões de matriciamento. Nessas reuniões era utilizado um instrumento para triagem do caso que seria matriciado e em seguida eram definidas as primeiras intervenções que seriam realizadas. Dentre as intervenções realizadas, apontamos a visita domiciliar, o atendimento ao paciente e a construção do PTS. Para avaliação dos casos matriciados utilizamos como instrumento a ficha de evolução do paciente.

Os dados coletados na experiência foram analisados à luz da literatura vigente sobre o Apoio Matricial na Atenção primária à Saúde, sob a reflexão da Psicóloga da equipe.

Resultados e Discussão

A experiência com apoio matricial compreendeu o período de janeiro de 2017 a fevereiro de 2018 enquanto atuava como profissional do NASF.

A profissional psicóloga do NASF participava das reuniões de matriciamento com as equipes de ESF para assegurar assistência às equipes e aos usuários da área com a abordagem de atuação da psicologia.

Foram percebidos alguns revezes e algumas competências, que foram concebidas como de extrema valia para o cuidado a esses usuários a partir da ferramenta do apoio matricial.

Quanto aos revezes, observou-se a existência de obstáculos no que se refere ao modo de como as unidades básicas de saúde (UBS) vêm se estruturando, que conspiram contra o modelo interdisciplinar e dialógico de se operar. Por exemplo, a necessidade que as equipes de ESF compreendam que o matriciamento é uma metodologia de trabalho, uma forma de organizar e realizar a gestão da atenção em saúde, a gestão do cuidado e concomitantemente um arranjo organizacional que almeja a diminuição

entre a fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento.

No tocante às competências, destaca-se a resolubilidade dos casos que são matriciados pela ESF e o NASF, no território de abrangência dos usuários e com isso evitamos ou minimizamos a lógica do encaminhamento. O matriciamento promove a aproximação e o diálogo entre as equipes, compartilhando informações territoriais, demandas clínicas e de procedimentos, bem como amplia seu potencial resolutivo em face de casos clínicos (CHIAVERINI et al., 2011; PINTO et al., 2012).

Para que a interdisciplinaridade ocorra de fato e contribua para aumentar a eficácia das intervenções, é importante não somente se facilitar a comunicação entre distintos profissionais, como também possibilitar a formação de um sistema que produza um compartilhamento sincrônico e diacrônico de responsabilidades pelos casos e pela ação prática e sistemática, conforme cada projeto terapêutico específico.

Um desafio identificado se refere à comunicação entre a ESF e o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), que se faz imprescindível. Percebe-se como sendo de fundamental importância que ocorra essa articulação para o fortalecimento de ações na Rede de Atenção à Saúde Mental (RAS) almejando a operacionalização dessa rede através da gestão do cuidado como sendo de todos que fazem parte do território no qual o usuário está inserido.

Outro ponto observado que merece destaque refere-se à habilidade ou até mesmo aptidão dos profissionais da Atenção Básica em Saúde Mental. É sempre um desafio no contexto da saúde, seja pela carência de conhecimentos sobre o manejo de crises ou pela adesão de condutas que se encontram articuladas em conformidade com os modelos tradicionais de atendimento, de caráter biomédico sempre focado na limitação e na doença (BRASIL, 2010; BÜCHELE et al., 2006).

Tal fato justifica a supervalorização dos serviços especializados em detrimento daqueles serviços em que o cardápio de ofertas vai ao encontro das necessidades da comunidade, do território e o cuidado de estar mais

próximo do contexto de vida das pessoas, como é o caso das ESF, uma vez que essas equipes que desenvolvem o cuidado longitudinal de seus pacientes, sendo a gestão do cuidado de sua responsabilidade.

As atribuições de cada instância, de cada profissional, devem ser bem definidas. Algum profissional que esteja apto a desenvolver suas funções enquanto categoria deve incumbir-se do cuidado longitudinal e pela construção de uma lógica que busque integrar a colaboração dos vários serviços, instituições de saúde e profissionais. De modo geral, esse papel concerne a integrantes da equipe de referência. Indubitavelmente, não é essa a prática de funcionamento adotada nos serviços de saúde. Deparamo-nos em nosso cotidiano com práticas executadas nos serviços de saúde, na APS que predomina a lógica da fragmentação do cuidado em áreas inclinadas para a assistência ao usuário.

Outra fragilidade encontrada foi a falta de disponibilidade dos profissionais que compõem as ESF em realizar as reuniões de matriciamento. Muitas vezes se percebia a falta de entendimento de alguns profissionais referente à conceituação do apoio matricial, como o mesmo deve ocorrer e quais benefícios oferece tanto para o usuário como para a equipe. A não compreensão dessa ferramenta dificultava o processo de trabalho de algumas equipes ESF com a equipe NASF.

Em relação às potencialidades, podemos apontar os resultados positivos que angariávamos quando o matriciamento era realizado. Como a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que era elaborado para cada usuário, conseguíamos vislumbrar a resolubilidade do caso de forma objetiva e eficaz.

De acordo com a literatura, os benefícios alcançados pelo matriciamento, como a clínica ampliada, é uma ferramenta eficaz para a ampliação do escopo de trabalho da ESF. Para além do biológico, a clínica ampliada é um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular. É assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde, buscar ajuda em outros setores, ao que se dá o nome de intersetorialidade. É ainda reconhecer os limites dos conhecimentos dos profissionais de saúde e

das tecnologias por eles empregadas, buscar outros conhecimentos em diferentes setores e assumir um compromisso ético profundo que aponte para a perspectiva da transformação da atenção individual e coletiva, que possibilita que outros aspectos do sujeito possam ser compreendidos e trabalhados pelos profissionais de saúde (CUNHA, 2010).

Assim, a integração de saberes e práticas dentro de uma perspectiva interdisciplinar na qual todos os profissionais são corresponsáveis pelo indivíduo e suas necessidades é fundamental no processo de efetivação para uma prática integral ao usuário.

Destacamos aqui que os profissionais quando se reúnem com um objetivo comum, possibilita a democratização das relações pela atuação em cogestão. Sentem-se pertencentes a um coletivo operativo para a produção de saúde em que vivificam e pactuam interesses, desejos e necessidades (CAMPOS, 2000).

Outro ponto que merece destaque é o envolvimento da gestão em saúde do município de apoiar e dar subsídios para que o matriciamento ocorresse. Foi notório que no cotidiano de trabalho do NASF se percebiam inúmeros desafios para se efetivar a prática do matriciamento e introduzir de fato essa lógica de trabalho nas equipes. Um dos fatores que contribuíram foi a falta de disponibilidade da ESF em realizar discussões e reflexões referentes ao AM, uma vez que se tinha uma demanda incalculável da população por atendimentos individuais e práticas ambulatoriais.

Para a consolidação do diálogo e pactuação de ações que fossem consensuais a atender as demandas das equipes e contemplar as singularidades dos sujeitos em seus respectivos territórios, a atual secretária de saúde estabeleceu que a lógica do AM deveria ser seguida embasada nos respectivos documentos norteadores para essa prática.

A gestão em saúde constata como potencialidade, a partir do matriciamento, a possibilidade da ampliação e compreensão dos profissionais relacionadas à complexidade dos casos e por conseguinte à efetividade e resolubilidade deles, ampliando o escopo das ações desenvolvidas.

Percebe-se, nesta experiência, que o apoio matricial é de fundamental importância para potencializar os fluxos e vínculos entre os serviços e o entendimento, a compreensão ampliada sobre o sofrimento, as limitações, a doença, o indivíduo em seus diversos contextos de vida.

Essa constatação foi possibilitada por um processo avaliativo durante o cuidado longitudinal oferecido aos pacientes matriciados. Eles verbalizaram que se sentiram mais assistidos em suas necessidades de saúde.

A partir da utilização da estratégia do apoio matricial, foi possível perceber e identificar as necessidades prioritárias dos usuários e definir a conduta terapêutica que seria adotada.

Sobre o processo avaliativo, organizamos da seguinte forma como descrito no Fluxograma 1:

Fonte: Elaboração dos autores.

O fluxograma aponta todo o percurso metodológico percorrido para a avaliação das práticas interventivas a partir do apoio matricial. A sistematização da avaliação da evolução do usuário e da resolubilidade das intervenções eram registradas na ficha que se encontram-se no apêndice E.

Considerações Finais

Considera-se assim, dada as intempéries que dificultam a efetividade de um serviço ou de uma ferramenta de trabalho, de gestão que possibilita a integração, que é necessário o debate, atualizações teóricas e práticas e novos espaços para o delineamento de uma assistência condizente para que se efetive o matriciamento.

A Atenção Primária à Saúde no município observado apresenta uma dualidade; se por um lado em alguns aspectos reconhece qual a real interdisciplinaridade como protagonista de um novo modelo de fazer propósito do Apoio Matricial, por outro, da perspectiva funcionalista, curativa, ainda está impregnada na percepção dos profissionais. Embora, perceba-se saúde, que ainda não consegue se consolidar na prática.

A partir deste relato de experiência, elencamos como principal desafio a destreza dos profissionais atuantes na APS para o atendimento ao indivíduo que apresenta sofrimento psíquico e o diálogo fragilizado entre o CAPS e a ESF. Tal desafio pode ser superado com a educação permanente e as ações de matriciamento, aproximando as relações entre o CAPS e a ESF. Essa comunicação e aproximação dos serviços entre si, contribui positivamente para a qualidade no atendimento ofertado aos usuários que se encontram em sofrimento psíquico no seu próprio território, rompendo com a lógica do encaminhamento, da desresponsabilização e iniquidade.

Faz-se necessário desenvolver educação permanente com os profissionais, ampliar a discussão referente à atuação do psicólogo na APS, principalmente no apoio matricial, bem como quais casos devem ser matriciados, superando as dificuldades e maximizando as potencialidades.

É notório que este profissional exerce diversas funções que contribuem para uma construção de saberes e um aprimoramento na saúde pública, enfatizando o cuidado humanizado, longitudinal e integral.

No âmbito dessa experiência, constatamos que a prática do profissional de psicologia inclui acolher o que se constitui na existência do ser, nas relações, em tudo que pode e deve ser cuidado na pessoa humana. Assim, o ato de clinicar perpassa pela acolhida ao usuário, ao seu sofrimento, percebendo o mesmo através de um olhar que contemple e alcance sua singularidade, considerando sua subjetividade, não esquecendo de analisar criticamente a realidade social, política, econômica e cultural.

Para tal, faz-se necessário que o psicólogo esteja existencialmente apto e comprometido com sua prática, que tenha conhecimento teórico e seja capacitado a atuar junto a seus pacientes e familiares, com discernimento, ética e profissionalismo, garantindo que essas pessoas tenham o desenvolvimento adequado e o exercício da cidadania.

Fica evidenciado que é essencial esse olhar de comprometimento social com o outro a quem acolhemos, criando alternativas para obter resultados significativos em relação ao paciente. É indispensável um maior envolvimento da sociedade junto às autoridades e aos órgãos competentes com o objetivo de propiciar condições favoráveis a esse atendimento dentro das instituições públicas.

A equipe multidisciplinar é fundamental para a recuperação e reabilitação dos usuários e apesar das inúmeras dificuldades sociais e físicas que são encontradas, que dificultam o atendimento e bom desenvolvimento da prática do psicólogo, não devemos desistir ou nos acomodar, pois temos um compromisso ético e profissional com esses usuários.

Diante do exposto, evidencia-se que não é fácil ser psicólogo, principalmente dentro de instituições públicas que, na maioria das vezes, são tão precárias, mas devemos insistir e acreditar, tendo em vista que as pessoas que ali estão podem ser significativamente beneficiadas se atuarmos com profissionalismo, responsabilidade, comprometimento e ética.

Compreendendo ainda que a saúde primária acolhe e direciona, promove educação em saúde e prevenção de doenças, deparamo-nos também com os desafios vividos por todos aqueles que trabalham na APS, mas, mais que isso, buscamos formas de realizar o trabalho mesmo diante das intempéries em atender o público daquele lugar.

Visando sempre uma boa formação profissional e o oferecimento de um trabalho de qualidade para a sociedade, temos certeza de que a área da saúde com suas demandas não está desamparada, no tocante aos conhecimentos teórico-metodológicos, no qual a Psicologia, voltada para a saúde primária, pode sim ser uma prática ativa em meio ao contexto que se apresenta, contribuindo para promoção/cuidados em saúde.

Referências

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica**: Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conceitos e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleos de Apoio à Saúde da Família**: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. (Caderno de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. v. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BÜCHELE, Fátima *et al.* A interface da saúde mental na atenção básica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 3, p. 226-233, set./dez. 2006.

CÂMARA, Rosana Hoffman. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações gerais. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, Brasília, DF, v. 6, n. 2, p. 179-191, jul./dez. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-82202013000200003. Acesso em: 21 out. 2018.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VkBG59Yh4g3t6n8yjdMRCQj/?lang=pt>. Acesso em: 28 set. 2018.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e cogestão de coletivos**: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Hucitec, 2010. (Série Saúde em Debate, n. 162).

CHIAVERINI, Dulce Helena (org.) *et al.* **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_sa_udemental.pdf. Acesso em: 28 nov. 2021.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 48-55, 2001.

MACHADO, Dana Karine de Sousa; CAMATTA, Marcio Wagner. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Primária à Saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 224-232, 2013.

PINTO, Antonio Germane Alves *et al.* Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 653-660, mar. 2012.

QUIXADÁ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**: 2018. Quixadá: Secretaria Municipal de Saúde, [2017].

Capítulo 4

PRÁTICAS E INTERVENÇÕES DO PSICÓLOGO NO NÚCLEO DE APOIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF): UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

**Mirella Nayra de Oliveira Cavalcante
Daniele Vasconcelos Fernandes Vieira
Francisco das Chagas da Silva
Manuel Bandeira dos Santos Neto
Tobias Junior do Bomfim Ferreira
Carlos André Moura Arruda**

4 Práticas e intervenções do psicólogo no Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF): uma revisão integrativa da literatura

Mirella Nayra de Oliveira Cavalcante
Daniele Vasconcelos Fernandes Vieira
Francisco das Chagas da Silva
Manuel Bandeira dos Santos Neto
Tobias Junior do Bomfim Ferreira
Carlos André Moura Arruda

Resumo

Objetivo: descrever as práticas e intervenções do psicólogo inserido no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio de uma pesquisa de revisão integrativa. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada nos meses de julho a novembro de 2018 nas bases de dados Google Acadêmico e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) através das bases de dados de Psicologia (BVS – Psi) a partir da questão norteadora da pesquisa com utilização de descritores. Após a aplicação do material de inclusão e exclusão obteve-se 08 artigos para a composição da amostra dessa revisão. **Resultados:** o psicólogo ainda executa ações voltadas para o desenvolvimento de uma perspectiva clínico assistencial, desconsiderando os vários fatores que envolvem o processo de saúde –doença do indivíduo. Através desse estudo espera-se fomentar ainda mais reflexões sobre a temática dessa pesquisa e evidenciar que o psicólogo necessita de uma mudança de paradigma na sua prática através de um olhar diferenciado nas suas intervenções, inserido no campo da saúde pública com ações voltadas para a coletividade, visando a promoção e prevenção de saúde. **Considerações finais:** estas experiências apontam para as possibilidades e desafios da atuação do psicólogo no campo das políticas públicas de saúde, a partir das ideias de interdisciplinaridade e intersetorialidade e em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Psicologia. Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Introdução

Abordaremos sobre Sistema Único de Saúde (SUS) previsto na Constituição de 1988 que é de caráter público e gratuito garantindo que a saúde é dever do Estado e direito de todos, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo e sob o controle do usuário possibilitando maior conhecimento dos problemas de saúde da população (BRASIL, 1988).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 indica os caminhos e os mecanismos para se alcançar o objetivo de transformar o perfil de saúde do país. Destaca-se desta lei, o capítulo III, art. 8º que descreve

as ações e serviços de saúde, executados pelo SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada de níveis de complexidade crescente (BRASIL, 1990).

Os princípios norteadores do SUS, universalidade, equidade e integralidade têm o intuito de garantir uma qualidade na assistência à saúde com resolutividade em todos os níveis de atenção são tema de grande relevância, haja vista que a regulação da assistência vem sendo utilizada para facilitar a operacionalização do acesso da população a consultas, exames e outros procedimentos (BRASIL, 1990).

A vida da população aumenta de acordo com a expectativa de cada membro que o envolve. Todavia, diante dos investimentos de melhoria que são implementados na saúde, busca-se proporcionar novas possibilidades de tratamento de doenças. Esse fato deve ser preocupação de todos os gestores de saúde, uma vez que o aumento das necessidades seja acompanhado e assistido (SOUSA, 2006).

A atenção básica é a porta de entrada do indivíduo no Sistema Único de Saúde (SUS) que irá atuar na resolução dos problemas de saúde na população através de determinantes e condicionantes de saúde e da coletividade em um dado território. Essas ações são serão funcionalizadas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) que tem como suporte

organizacional os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para compartilhar as práticas e saberes em saúde contribuindo para a resolutividade das demandas em saúde trazidas pela população (ROCHA; ALMEIDA; FERREIRA, 2016).

O Plano Nacional de Atenção Básica aprovado em 2006, através da Portaria nº 648 do Ministério da Saúde que tem o Programa de Saúde da Família (PSF) na sua composição estabelece a Estratégia de Saúde da Família (ESF) para reorganização da atenção básica. A partir disso a proposta organizativa do PSF de um programa que se baseava na questão de ter tempo determinado, começa a ser referenciado como estratégia que é permanente e contínua, carregando os mesmos princípios do SUS e da atenção básica junto com as suas próprias diretrizes já existentes (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. O principal objetivo foi o de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde (BRASIL, 2009).

O debate acerca da importância da inserção do psicólogo nos serviços públicos de saúde vem ganhando importância nos últimos anos. Dimenstein (1998) fala sobre as cartilhas que tratam da atuação do psicólogo na atenção primária e os desafios da profissão ao se adentrar nesse nível de saúde. Descreve alguns que são: a formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde; o ideário individualista que a psicologia carrega com influência no modelo clínico tradicional; as dificuldades no estabelecimento das atividades de matriciamento e articulação da rede de serviços, dentre outras.

A partir do panorama desse estudo, busca-se compreender as práticas e intervenções do psicólogo no NASF, através de um estudo de revisão integrativa com abordagem qualitativa, buscando mostrar através

de literatura científica em livros, artigos e revistas eletrônicas essa temática.

A relevância do tema perpassa pela questão de considerar que o psicólogo na atenção básica tem que buscar fazer uma prática diferenciada do modelo tradicional clínico da psicologia, atuando no NASF que se apresenta como uma estratégia de apoio às equipes de saúde da família, em que esse profissional inserido nesse campo contribui para a integralidade do cuidado do indivíduo e uma mudança de um novo paradigma no campo da saúde. Assim, fortalece a rede de serviços à saúde com o propósito de fornecer apoio matricial de modo compartilhado nos territórios para as equipes de referência de saúde da família, os NASF podem se tornar um dispositivo para reforçar e fortalecer a rede de serviços em saúde.

Contudo, esse trabalho contribui para a reflexão de um novo paradigma de atuação do psicólogo inserido no NASF que requer um olhar para o coletivo centrando suas ações na proteção, promoção e prevenção de saúde para garantir o indivíduo um cuidado integral, com possibilidades e desafios de um trabalho interdisciplinar compartilhado em equipe.

Objetivo

Descrever as práticas e intervenções do psicólogo atuando no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Metodologia

O presente trabalho trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura referente às práticas e intervenções do psicólogo da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Essa pesquisa concede possibilidades de identificar e refletir sobre essa temática do ponto de vista teórico conceitual fazendo uma análise sobre publicações pertinentes que trazem uma discussão sobre o assunto.

A revisão integrativa se refere a uma análise de muitas literaturas que possibilitarão estudos e reflexões para responder os questionamentos da pesquisa estabelecida, em que os dados coletados serão analisados e interpretados para poder formular as conclusões. É necessário seguir todo um traço metodológico para dar clareza aos resultados encontrados para que o leitor entenda o intuito da pesquisa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Assim foram colhidos dados constituídos de material já elaborados, o que implica dizer que esta pesquisa descreve análises das referências bibliográficas consultadas de diversos autores que abordam o assunto, caracterizando os dados obtidos através de livros, artigos científicos e revistas eletrônicas da internet. De acordo com Gil (2010), a pesquisa bibliográfica é constituída pelo conjunto de materiais que já foram publicados, tais como: livros, artigos científicos e outros documentos encontrados na internet.

A pesquisa tem caráter descritivo já que seu objetivo é descrever e investigar as relações e interações de acordo com o a determinação do objetivo da pesquisa para poder ter a compreensão precisa sobre o fenômeno escolhido (BIROCHI, 2015).

A pesquisa terá abordagem qualitativa que é um método particular e muito empregado nas Ciências Sociais, e não quantifica os dados, em outras palavras, utiliza-se do universo dos significados que motivam as crenças e valores bem como atitudes (MINAYO, 2010).

A pesquisa englobou artigos publicados em um intervalo de dez anos (2008 a 2018), para a busca dos artigos foi consultada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) através das bases de dados de Psicologia (BVS-Psi), Google Acadêmico, a partir da questão norteadora da pesquisa entre os meses de julho a novembro de 2018. Os descritores utilizados foram psicologia (*Psychology*) e atenção primária em saúde (*Primary health care*), com associações do operador booleano "and" para a seleção dos artigos inseridos nesse tratamento metodológico na base de dados Medline. Foram filtrados apenas artigos disponíveis da base de dados Medline, que tinham como assunto principal a Atenção Primária em Saúde. Nos limites foi marcado a opção Humanos. Os idiomas selecionados foram inglês, espanhol

e português. Em seguida, realizou uma busca direta, utilizando a palavra-chave Psicologia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família como elemento norteador da pesquisa.

Os critérios de inclusão foram adotados com artigos em língua portuguesa e que se encontravam disponíveis na íntegra em periódicos ou revistas eletrônicas. Já o critério de exclusão foi definido através da seleção daqueles artigos que não estavam completos e que não estavam no intervalo de dez anos, sendo que no caso de artigos externos a esse tratamento metodológico pode ser incluso, quando reconhecida sua ampla relevância para a pesquisa.

Os textos coletados foram analisados através da investigação qualitativa com abordagem descritiva se utilizando do método de revisão integrativa dos dados, a fim de descrever e refletir sobre os objetivos gerais e específicos propostos pela pesquisa.

O material coletado que foi utilizado para a categorização da questão norteadora da pesquisa foi analisado a partir da análise temática colocado por Minayo (2010) que indica o tema como conceito central que pode ser apresentado por uma palavra, frase ou resumo buscando mostrar os núcleos de sentidos para o objetivo da pesquisa. A autora cita maneiras de analisar os conteúdos, descreve a categorização, inferência, descrição e interpretação.

As informações foram organizadas em um quadro com os artigos selecionados para responder aos questionamentos propostos pela pesquisa, na qual, evidenciou a categorização da discussão central do trabalho.

Resultados e Discussão

Após realizar as buscas pelos descritores foram encontrados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) dois mil e quinhentos e vinte e dois artigos, em que boa parte não tratavam dos assuntos pretendidos nesse estudo. Na seleção pelo título foram selecionados cento e oitenta artigos, após a leitura do resumo selecionou-se cinquenta artigos e quando lido na íntegra foram

selecionados quatro artigos que compõe esse estudo. E no Google Acadêmico foram encontrados treze mil e quarenta e sete artigos e como o número de trabalhos eram muito altos foi escolhido logo escolhidos nas três primeiras páginas três artigos que estivessem dentro dos critérios de interesse da pesquisa de acordo com o procedimento da pesquisa. E foi escolhido um artigo fora do tratamento metodológico estabelecido da pesquisa, mas que tinha relevância para o estudo e poderia ser incluído de acordo com o critério citado, sendo retirado da fonte de pesquisa BVS.

Figura 1 - Fluxograma da amostra final dos artigos (n=8) selecionados, atendendo aos critérios PRISMA

Fonte: Elaboração dos autores.

Quadro 1 - Distribuição de artigos de acordo com base de dados, título e ano e autor(s)

	BASE DE DADOS	TÍTULO/ANO	AUTOR(S)
A-1	Google acadêmico	Entre o potencial e o precário: a inserção in(tensa) de profissionais da psicologia nos núcleos de apoio à saúde da família (2016).	Santos e Mandelbaum
A-2	Google Acadêmico	Entre o especialismo e o apoio: psicólogos no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (2015).	Sousa; Oliveira e Costa
A-3	BVS (Biblioteca Virtual de Saúde)	Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Belo Horizonte (2013).	Azevedo e Kind
A-4	Google Acadêmico	A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (2013).	Leite; Andrade e Bosi
A-5	BVS (Biblioteca Virtual de Saúde)	O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações (2015).	Cela e Oliveira
A-6	Fora do tratamento metodológico, mas foi encontrado na BVS.	A atuação do psicólogo nos NASF: desafios e perspectivas na atenção básica. (2017)	Oliveira <i>et al.</i>
A-7	BVS (Biblioteca Virtual de Saúde)	A experiência da Psicologia no NASF: capturas, embates e invenções (2015).	Perrella
A-8	BVS (Biblioteca A Virtual de Saúde)	O Cotidiano do psicólogo em um Núcleo de Apoio à Família: relato de uma experiência (2017).	Perrella

Fonte: Elaboração dos autores.

Quadro 2 - Distribuição de artigos de acordo com objetivo, metodologia, resultados e observações

	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS	OBSERVAÇÕES
A-1	Compreender as práticas e o trabalho interdisciplinar de profissionais da psicologia atuantes em Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Feira de Santana/Bahia.	Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas com seis psicólogas e acompanhamento etnográfico com duas profissionais.	As psicólogas enfrentam diversas formas de precarização de trabalho relacionado ao vínculo empregatício informal, condições de trabalho precárias e falta de capacitação para atuar no NASF. Suas ações eram prioritariamente clínico-assistenciais, com poucas intervenções técnico-pedagógicas, reproduzindo uma lógica ambulatorial da clínica tradicional atuando de forma isolado com o usuário através de atividades como: acolhimento inicial, triagem, psicoterapia, referência para as RAS/RAPS e diziam estar realizando matriciamento. Assim, com poucas inovações e com reduzida articulação com a Rede de Atenção Psicossocial. É importante ressaltar que, uma psicóloga deu uma resposta coerente com a proposta do apoio matricial.	A prática do psicólogo no NASF é desenvolvida através de um enfoque de trabalho em um modelo clínico assistencial. A questão da vinculação informal, falta de recursos para fazer o trabalho e a falta de experiência dos psicólogos são apresentadas como aspectos que comprometem a prática do psicólogo no NASF. Percebe-se uma ação dos psicólogos apresenta uma visão deturpada ou parcial do processo de organização de apoio matricial, já que estabelece uma construção de uma rede de conhecimentos entre os saberes de forma interdisciplinar e não isolada.
A-2	O objetivo é analisar o processo de implantação do NASF e a prática dos psicólogos em dois municípios do estado do Rio Grande do Norte.	Utilizou-se análise de documentos oficiais e roteiros de entrevistas semiestruturadas distintos, para os psicólogos e coordenadores de cada município.	Observa-se que a práticas e intervenções do psicólogo no NASF em um dos municípios focaliza a maior parte de suas atividades para realizar atendimento individual, como também, outras ações como visitas domiciliares e atividades coletivas de forma reduzida na perspectiva de especialidade, já que	Percebe-se na prática dos psicólogos uma preponderância na sua prática focado em uma perspectiva clínica assistencial e não de forma compartilhada com os outros profissionais. Dessa forma, os processos de organização dos NASF que são: apoio matricial, clínica ampliada e projeto

			<p>não reconhecem importância de uma atuação conjunta. Sendo que, no outro município também existe o atendimento individual e acontece de forma reduzida, com desenvolvimento de atividades coletivas, grupos, atividades lúdicas e projetos intersetoriais também atuando nesse foco de especialidade. Apesar de que, ambos os municípios o matriciamento se desenvolve de forma fragmentada, como também existe um distanciamento no processo de construção de uma clínica ampliada, pois, reduz o usuário a uma atenção especializada focalizada em sua doença, deixando de lado os aspectos de promoção e prevenção em saúde, como também apareceu ausente o projeto terapêutico singular.</p> <p>Essa organização da atuação psicológica enfoca modelos tradicionais clínicos e se deu principalmente pelo processo de implantação dos NASF.</p>	<p>terapêutico singular (PTS) aparecem de forma fragmentada.</p>
A-3	<p>Tem como objetivo conhecer a atuação dos psicólogos nos NASF de Belo Horizonte, acompanhando seu processo de implantação.</p>	<p>Utilizou o método qualitativo de pesquisa, tendo sido realizadas revisão de literaturas e documentos governamentais afins à temática do estudo e entrevistas semiestruturadas com sete</p>	<p>De acordo com as psicólogas entrevistadas desenvolvem seu trabalho a partir de atendimento individual sem foco clínico, trabalho coletivo com grupos e as visitas domiciliares de forma compartilhada com outros profissionais. E é organizado através de reuniões mensais entre</p>	<p>Percebe-se que a prática de atuação do psicólogo no NASF é desenvolvida em uma perspectiva de ir além de uma clínica tradicional, realizando ações de forma compartilhada com outros profissionais. Descreve-se a participação efetiva do psicólogo na questão do apoio</p>

		psicólogas que atuam no NASF.	NASF e ESF, por matriciamento. Como também, é feito entre os próprios profissionais da equipe do NASF reuniões semanais para discutir o trabalho feito com os usuários. Observa-se que a equipe do NASF oferece um apoio matricial especializado para a equipe de Saúde da família. O usuário é visto de forma integral e não apenas por questões isoladas biológicas, sociais e psíquicas. Alguns desafios são apontados pelos psicólogos no desenvolvimento do trabalho do NASF; são eles: poucos psicólogos para referenciar muitas equipes de ESF, falta de capacitação para trabalhar com grupos, estrutura física insuficiente, a questão de ampliar atuação do psicólogo para além da clínica tradicional, dificuldade de relacionamento com as equipes de saúde mental.	matricial.
A-4	Analisar a inserção da Psicologia no NASF, identificando os desafios e potencialidades da sua atuação na atenção básica com bases nas percepções de psicólogos que atuam no NASF de Juazeiro do Norte- Ceará.	Metodologia qualitativa utilizando entrevistas semiestruturadas e a observação estruturada e a interpretação de dados se deu pela análise do discurso.	A principal função descrita pela psicologia refere-se ao desenvolvimento de apoio matricial em saúde mental para equipes de Saúde da Família, propondo estratégias conjuntas de forma compartilhada e responsabilizada entre os profissionais, encaminhamentos para a rede de saúde mental e serviços socioassistenciais, conscientização do acolhimento humanizado para o	Percebe-se que o apoio matricial em saúde mental é descrito como prática dos psicólogos do NASF que se reconhecem como suporte para essas demandas. Como também, a busca e valorização de uma ação compartilhada com os profissionais, deixando de lado uma prática isolada.

			usuário nas equipes de atenção básica. Tem também visitas domiciliares planejadas com a equipe de referência e trabalho com grupos preventivos, atendimentos individuais e conjuntos, plantão psicológico. Os psicólogos relatam como dificuldades para atuar no NASF a questão de ser apenas uma equipe para referenciar muitas UBS, como também, as ESF ter uma visão clínica da psicologia solicitando frequentemente essa prática. E a falta de capacitação dos psicólogos para atuar no NASF e a dificuldade vivenciada no trabalho interdisciplinar que é prejudicado pelas relações de poder dos profissionais dentro das equipes e a priorização de práticas individuais prejudica a construção da clínica ampliada e o projeto terapêutico singular.	
A-5	O presente trabalho objetiva problematizar a prática dos profissionais de Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com foco no processo de articulação dos saberes dentro da equipe multiprofissional desse	Foi feito um mapeamento dos psicólogos atuando nos NASFS no estado do RN, em que, foram escolhidas, portanto, sete equipes NASF com oito psicólogos atuantes, distribuídas por seis municípios do RN. Dos oito, sete se disponibilizaram a participar da pesquisa.	Os psicólogos entrevistados descrevem sobre sua prática o recebimento de encaminhamentos da rede intersetorial, organização conjunta de cronogramas (como planejamento logístico apenas) e a troca de informações sobre casos específicos, atendimento interdisciplinar somente com os profissionais da equipe do NASF, havendo somente troca de informações entre NASF e ESF. Recebem solicitação	Percebe-se algumas dificuldades na relação interdisciplinar entre NASF e ESF prejudicando a construção do apoio matricial, apenas um psicólogo falou da efetivação do apoio matricial. Sendo que, entre o psicólogo do NASF e os outros profissionais da sua equipe aparece o desenvolvimento de um trabalho com ações conjuntas.

	dispositivo e das ações desenvolvidas com outras equipes e instituições da rede de atenção.		de outras instituições para realizar palestras que se apresenta como um serviço terceirizado para o NASF. É descrito pelos psicólogos que recebem encaminhamentos da equipe de referência do ESF sem existir uma articulação entre as equipes, sendo que um psicólogo relata que quando acontece de receber encaminhamentos da ESF explica que o caso não é somente do NASF e procura várias vezes a ESF para dialogar sobre o caso, buscando incentivar a participação das ESF nas ações do NASF apresentando a lógica do apoio matricial. A questão da intersectorialidade é citada somente como exercida e efetiva somente por um psicólogo que diz que articula seus casos com outros dispositivos da rede.	
A-6	A pesquisa objetivou analisar a atuação do psicólogo no NASF no estado do RN, no tocante aos modelos de atuação empregados e sua consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde para o nível de	Foram realizadas 24 entrevistas semiestruturadas com psicólogos dos núcleos de 16 microrregiões de saúde do estado.	Os psicólogos relatam sobre sua prática no NASF que as condições de trabalho para alguns se deu por contratação temporária, enquanto a minoria é concursada e o valor salarial exige do profissional ter que trabalhar em outros municípios para completar sua renda, isso acaba comprometendo sua carga horária no NASF que não é cumprida toda. É citado pelos psicólogos que as capacitações oferecidas são	As práticas e intervenções do psicólogo no NASF são comprometidas por questão de vínculo de trabalho e salário, falta de capacitação para atuação no NASF e a demanda da ESF para que a psicologia trabalhe focado em atendimentos clínicos e essa compreensão parte da comunidade. Existe uma articulação dos psicólogos do NASF e os outros profissionais para desenvolver um trabalho conjunto. Já em relação ao

	complexidade e em questão.		<p>insuficientes para o desenvolvimento no trabalho do NASF e que eles próprios buscam nos documentos oficiais do Ministério da Saúde para tentar sanar dúvidas sobre suas práticas do cotidiano e para discussão em equipe.</p> <p>O trabalho dos psicólogos é organizado em torno das Equipes de Saúde da Família, através de um cronograma de visitas e atividades ligadas a esses equipamentos que são muitas o que prejudica a continuidade das ações desenvolvidas. Como também o psicólogo do NASF recebe encaminhamentos para atendimento individual feitos pela ESF que ainda é focada num modelo clínico para a psicologia e por demanda espontânea para sua especialidade, reforçando um atendimento ambulatorial. Alguns psicólogos citaram acontecer articulação entre os próprios profissionais da equipe do NASF através de realização de ações conjuntas, grupos socioeducativos, visitas domiciliares relacionadas à sua especialidade (saúde mental) e palestras multidisciplinar, com pouca participação do médico no trabalho de equipe. Em relação à articulação entre NASF e ESF busca se desenvolver atividades</p>	<p>desenvolvimento de atividades entre NASF e ESF a uma grande insuficiência principalmente ligada ao apoio matricial citado dentro do processo de organização de trabalho do NASF. Já que o apoio matricial citado por alguns psicólogos é de apenas com um profissional da Equipe da ESF, enquanto deveria ser com todos os profissionais.</p>
--	----------------------------	--	--	--

			<p>conjuntas, mas acaba que quando acontece os grupos fica um profissional responsável por cada encontro. Existe articulação intersectorial através do NASF com CRAS, CREAS e CAPS. Foram apontados como desafios para o psicólogo no NASF se articular com a ESF foi a dificuldade de conciliar horários o que prejudica a realização de ações conjuntas e profissionais fechados a sua especialidade sem abertura para dialogar. A maioria dos psicólogos diz fazer registros sobre relatórios de atividades e fichas de produtividades e participação no programa saúde na escola exigidas pela Secretaria Municipal de Saúde. O apoio matricial foi citado por alguns psicólogos que focam na questão de saúde mental dos usuários e buscou qualificar as agentes de comunitárias de saúde da ESF para ter uma atenção mais qualificada nesse sentido. Apareceu também acolhimento por parte dos psicólogos do NASF para usuários que chegam ao Serviço de Saúde e a realização de grupos terapêuticos. E os obstáculos apresentados para a atuação do psicólogo no NASF se refere a questões de infraestrutura e de recursos materiais e desconhecimento da função do NASF e do trabalho do psicólogo</p>	
--	--	--	--	--

			nesse equipamento, tanto por parte das equipes das ESF quanto dos usuários.	
A-7	Compartilhar a experiência da autora no NASF em um município de pequeno porte da Bahia.	Compreender a intervenção do psicólogo, a partir de uma análise do processo de trabalho das equipes (NASF e Saúde da Família) no ano de junho de 2013 até meados do ano seguinte.	Foi citada pela psicóloga em relação sua prática no NASF que existia uma grande demanda que havia sido criada pela lógica consultismo das ESF. Como também, falta de articulação e integração entre as equipes de apoio e de referência para compartilhar os seus conhecimentos diversos, atuando de forma isolada de acordo com sua especialidade, comprometendo a construção da clínica ampliada. Em relação ao apoio matricial entre NASF e ESF que acontecia nas reuniões apresentava uma postura da ESF desacreditada com o trabalho do NASF e não participava todos os profissionais da equipe de referência. E queria responsabilizar somente o NASF para a resolução dos casos, sendo que o cuidado dos usuários deve envolver todos os profissionais, dessa forma, prejudicava a construção do projeto terapêutico singular (PTS). Essas dificuldades apontadas pela psicóloga como falta de preparo dos profissionais para atuar no NASF, uma análise apurada do território para saber as necessidades e a metodologia do NASF que deve ser construídas por todos os profissionais	A psicóloga relata que existe uma pressão por parte da ESF e da comunidade para a prática de atuação de um modelo tradicional, por parte do psicólogo. A falta de integração e articulação entre a própria equipe do NASF e com a ESF prejudica a construção dos processos de trabalho colocados nas diretrizes do NASF; apoio matricial, clínica ampliada e projeto terapêutico singular (PTS).

			envolvidos de forma conjunta com a comunidade.	
A-8	Compreender as forças atuantes na prática do psicólogo, a partir da análise de elementos considerados importantes para se pensar a experiência vivida, quais sejam: o processo de trabalho das equipes (NASF e Saúde da Família), a gestão integrada do cuidado em saúde e a relação entre profissionais de saúde e usuários/território.	Sobre os dados obtidos durante o trabalho no NASF, no período entre 2013 e 2014, faz-se necessário dizer que foi criado pela psicóloga um diário de bordo, constituído por relatos que reúnem informações precisas e impressões emergidas no encontro com o campo, em especial nas reuniões de equipes de saúde e de gestores, nas conversas formais e informais com usuários e profissionais do serviço.	Em relação a prática da psicóloga no NASF ela encontra a lógica do consultismo, prevalecendo no entendimento das ESF, mas que vai analisar a demanda para depois propor um cuidado. Outro aspecto relatado pelo psicólogo que contribui para dificultar as suas ações era a falta de integração e articulação entre os próprios profissionais do NASF e desses com as ESF. Nas reuniões de matriciamento entre NASF e ESF essa falta de entrosamento ficava bem nítida, quando as ESF se mostravam desacreditadas no trabalho do NASF e quando repassavam os encaminhamentos não queriam se responsabilizar pelo processo de cuidado do usuário. Se falava em projeto terapêutico, mas existia a dificuldade de incluí-lo entre as equipes de apoio e de referência. Cita alguns empasses que influenciaram o desenvolvimento de sua prática; um deles é o processo de implantação do NASF que não teve nenhuma preparação para os seus profissionais e apareceu como queixa por parte deles, como também a falta de apoio da gestão em intermediar com as ESF o processo de implantação do NASF. Como também a análise do território é apontada como	A atuação da psicóloga apresenta que é exigida pela ESF para desenvolver influenciado por um modelo tradicional, mas que vai analisar a demandar para depois fazer alguma ação de cuidado. Dessa forma, não atende a essa pressão. Apresenta como dificuldades relacionados ao seu trabalho a articulação entre a equipe e falta de credibilidade na equipe do NASF por parte da ESF prejudicam o processo de trabalho.

			facilitador para acontecer ações conjuntas entre NASF e ESF.	
--	--	--	---	--

Fonte: Elaboração dos autores.

De acordo com a proposta apresentada nesse estudo depois de descrever os artigos de interesse ao objeto específico dessa pesquisa é necessário categorizar os estudos encontrados e conduzir esses dados aos fundamentos teóricos desse trabalho.

Diante disso, de acordo com os objetivos específicos e da análise e interpretação dos resultados achados na pesquisa, foi definido três categorias centrais para a reflexão: a formação do psicólogo do NASF; atividades e intervenções do psicólogo inserido no NASF; os entraves na prática do psicólogo no NASF.

A Formação do Psicólogo no NASF

A questão da capacitação do psicólogo para desenvolver um trabalho NASF apareceu como peça fundamental para o desenvolvimento da prática desse profissional, pois essa questão interfere no seu processo de intervenções que valorizam um modelo clínico assistencial e dificulta organizar suas ações de forma coerente com os processos de trabalho estabelecidos pelo NASF.

Nos resultados da pesquisa, de acordo com os autores Santos e Mandelbaumb (2016); Azevedo e Kind (2013); Leite; Andrade e Bosi (2013); Oliveira et al. (2017) e Perella (2015, 2017), quando os psicólogos relatam que não receberam capacitação ou então elas foram insuficientes para estarem atuando no NASF, fazendo referência ao seu processo de preparo profissional. Em que alguns, buscam por iniciativa própria estudos relacionados ao NASF, enquanto outros não demonstram esse interesse. Sendo que, isso interfere na atuação da prática desenvolvida por esse profissional que acaba desenvolvendo ações voltadas a valorização com mais preponderância no aspecto clínico assistencial. Assim, o psicólogo ao

assumir uma postura focada na sua especialidade direcionando sua prática a um modelo clínico, deixa de estar em coerência com os princípios delimitados pela política pública de saúde colocada pelo NASF (BRASIL, 2008).

De acordo com Spink (2007) fala do novo redirecionamento em compreender o cuidado na política de saúde e que abriria espaço para o psicólogo nas equipes de saúde e definia uma nova forma de perfil de atuação.

O psicólogo precisa ultrapassar o modelo clínico tradicional em sua atuação que muitas vezes estar em desarmonia com os princípios do Sistema Único de Saúde, particularmente na questão que é idealizado um modelo para o nível de atenção básica que demanda desse profissional uma postura isolada (CELA; OLIVEIRA, 2015; OLIVEIRA; AMORIM, 2012; OLIVEIRA; YAMOTO, 2014; ROSA, 2003 apud OLIVEIRA et al., 2017).

A discussão do novo lugar social da psicologia é observada acontecer, há 20 anos movimentos na categoria envolvendo essa questão na busca de desdobrar a participação dessa área de conhecimento nas políticas públicas atuando nas questões sociais, considerando a importância desse campo para a promoção e melhoria da qualidade de vida de toda a população. Sendo que, muitos investimentos foram executados pelo Conselho Federal de Psicologia nos últimos dez anos, para favorecer uma identidade profissional coerente com o campo da saúde, não apenas como território restrito a psicologia, mas como uma base de comunicação desse saber com a sociedade (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009).

O cenário do final da década de 80 no país com todo o processo da reforma psiquiátrica trouxe mudanças para a área de saúde e de lado a isso a Psicologia que vinha sofrendo críticas no que se refere ao desenvolvimento da sua atuação focada na clínica tradicional, pois, não conseguia atender os problemas da maioria da população que sofre com as mazelas sociais, já que estava carregada de uma forte ideologia de um pensamento individualista (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012).

Atividades e Intervenções do Psicólogo Inserido no NASF

O psicólogo inserido no NASF desenvolve atividades tanto individuais como em conjunto com a equipe do ESF para contribuir para os serviços de saúde na atenção básica.

De acordo com Santos e Mandelbaumb (2016) relatam que as psicólogas realizam atividades de acolhimento inicial, triagem, psicoterapia, e desenvolvendo ações clínico assistenciais e pouca articulação com a rede psicossocial. É importante ressaltar que apenas uma psicóloga deu uma resposta coerente com o apoio matricial, enquanto as outras exerciam suas ações de forma isolada e denominavam de apoio matricial, já que estavam dando sua contribuição de apoio para a equipe de ESF.

É necessário que o psicólogo não delimite seu trabalho somente aos atendimentos individuais e grupais rompendo com os modos de intervir tradicionalmente no seu campo de atuação. Dessa forma, é importante ressaltar que a noção de clínica não se reduz a psicoterapia, já que é apenas uma modalidade clínica exclusivas de psicólogos e /ou psiquiatras. Sendo que, a escuta terapêutica é um instrumento de trabalho do psicólogo, então a sua atuação não se limita somente a essa ferramenta (PERRELLA, 2015).

De acordo com Sousa; Oliveira e Costa (2015), a prática dos psicólogos se desenvolve através de atendimentos individuais, visitas domiciliares, atividades lúdicas, projetos intersetoriais e atividades de forma coletiva em um direcionamento da sua especialidade, já que não reconhece a importância de uma atuação conjunta. Sendo que, nas suas intervenções aparece a referência ao apoio matricial de forma fragmentada, afastado a possibilidade da construção de uma clínica ampliada e do projeto terapêutico singular (PTS).

A metodologia da gestão de cuidado em saúde engloba o apoio matricial e a equipe de referência que tem a responsabilidade de conduzir os casos se organizando para a construção de uma clínica ampliada entre

as diferentes especialidades. Já que se considera que um único profissional sozinho possibilitará uma abordagem integral (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Segundo Azevedo e Kind (2013), as atividades do psicólogo no NASF se referem ao atendimento individual sem foco clínico, trabalho coletivo com grupos, discussões de casos e visitas domiciliares de forma compartilhada com os profissionais do NASF. Através de reuniões de matriciamento entre NASF e ESF as psicólogas realizam o apoio matricial especializado, priorizando a visão do indivíduo de forma integral nos seus aspectos biológicos, sociais e psíquicos. O conceito de núcleo (atribuição específica de cada profissional) é importante nesse processo em que um especialista com um núcleo definido apoia especialista com outro núcleo distinto, construindo um conjunto de diretrizes clínica e sanitárias entre os componentes (CUNHA; CAMPOS, 2011).

De acordo com Leite; Andrade e Bosi (2013) referem que as principais funções dos psicólogos do NASF é o apoio matricial em saúde mental junto as equipes de saúde da família, realizando encaminhamentos para a rede de saúde, mental e serviços socioassistenciais, conscientizar a equipe de ESF sobre o acolhimento humanizado para o usuário que procura o serviço. Ainda tem a execução de visitas domiciliares com a equipe de referência, trabalho com grupos preventivos, atendimentos individuais e conjuntos e plantão psicológico.

As particularidades da saúde mental na Atenção Primária e a necessidade de ampliação da clínica devem fazer parte do conhecimento e das ações dos profissionais das equipes do NASF que trabalharão em conjunto com as equipes de Estratégia de Saúde da Família. Buscando evitar práticas fragmentadas e aumentar a capacidade de acolhimento e de resolubilidade nesse nível de atenção (BRASIL, 2010).

Segundo Cella e Oliveira (2015), as intervenções dos psicólogos do NASF falam de sua prática através do recebimento de encaminhamento da rede intersetorial e da ESF, organização conjunta de cronograma somente para planejamento logístico e troca de informações, atendimento interdisciplinar somente com os profissionais da equipe do NASF. É importante

ressaltar, que os psicólogos recebem solicitações de outras instituições para realizar palestras. No que se refere a questão do matriciamento somente um psicólogo declarou que quando recebia algum encaminhamento da ESF buscava conversar com os profissionais sobre o caso, incentivando a construção da lógica do apoio matricial entre equipe de apoio e referência. Um psicólogo também diz que articula os casos com a rede intersetorial.

É importante ressaltar que, nas equipes existe pouco diálogo interdisciplinar por conta das relações de poder que são estruturadas entre os profissionais, assim, deve-se buscar construir mecanismos para favorecer espaços de saberes para superar a fragmentação da atenção em saúde (CUNHA; CAMPOS, 2011).

De acordo com Oliveira et al. (2017), o trabalho do psicólogo é organizado em torno das equipes de Saúde da Família através de um cronograma de visitas e atividades ligadas a esse equipamento, recebendo encaminhamentos das ESF de demanda clínica para atendimento individual e por demanda espontânea dos usuários. Os psicólogos entre os próprios profissionais do NASF realizam ações conjuntas com grupos educativos, visitas domiciliares e palestra multidisciplinar, articulação intersetorial, registros de atividades e fichas de produtividade e participação no programa saúde nas escolas. A realização de acolhimento para os usuários que chegam ao serviço de saúde e execução de grupos terapêuticos.

Sendo que, as orientações do NASF descrevem que esse dispositivo não se configura como porta de entrada da rede de saúde e deve atuar no apoio das equipes de referência a partir das demandas identificadas (BRASIL, 2008).

O apoio matricial foi citado por sete psicólogos que realizam ações relativas à saúde mental de forma isolada com algum profissional da ESF, um exemplo disso que um psicólogo buscou capacitar agentes comunitárias de saúde sobre essa temática. As equipes de estratégia de Saúde da Família precisam desenvolver um trabalho integrado e articulado com as equipes de saúde mental para potencializar o cuidado integral, melhorando a qualidade de vida dos indivíduos (OLIVEIRA et al., 2017).

Sendo que, os casos devem ser compartilhados por toda uma rede de dispositivos de saúde e comunitários, em que o tratamento perpassa por toda uma rede assistencial para o usuário. Contudo, o apoio matricial possibilita um cuidado compartilhado direcionando o sujeito no seu processo de saúde-doença e valorizando a interdisciplinaridade (BRASIL, 2010).

De acordo com Perrella (2015, 2017) fala que existia uma pressão por parte da equipe para que esta realizasse atendimentos com foco clínico, mas ela não responde essa demanda nessa perspectiva. Em relação a atividade de matriciamento que acontecia através de reuniões que as ESF repassavam os encaminhamentos para o NASF, percebia a falta de articulação e integração entre as equipes o que prejudica a organização das ações conjuntas focalizando em uma atuação de forma isolada dos profissionais, diminuindo o processo de construção do projeto terapêutico singular (PTS) e desenvolvimento de uma perspectiva de clínica ampliada.

Entraves na Prática do Psicólogo no NASF

Foi quase unânime em quase todos os artigos, incluídos nesta revisão (SANTOS; MANDELBAUMB, 2016; AZEVEDO; KIND, 2013; LEITE; ANDRADE; BOSI, 2013; CELA; OLIVEIRA, 2015; OLIVEIRA et al., 2017; PERRELLA, 2015, 2017) relatarem a questão da falta de articulação e integração entre as equipes de NASF e ESF o que dificulta a prática do psicólogo no NASF na sua execução. De acordo com Sampaio et al. (2013), a equipe do NASF está compromissada com as ações realizadas pela ESF e atua de forma interdisciplinar, onde cada profissional com seu conhecimento coopera para a solução das demandas de saúde.

É importante ressaltar que, as ações desenvolvidas no NASF pelo psicólogo são feitas de forma interdisciplinar, ou seja, por profissionais de diferentes áreas de conhecimento possibilitando um tratamento integral do indivíduo (AZEVEDO; KIND, 2013).

De acordo com Santos e Mandelbaumb (2016) relatam sobre a questão da falta de articulação com a rede de saúde mental que dificulta a

prática do psicólogo no NASF e a postura clínico-assistencial desse profissional. Sobre essa questão de prática do psicólogo é preciso construir uma prática de um profissional generalista nas equipes de saúde da família que realiza ações individuais e coletivas (BOING; CREPALDI, 2010 apud PARISE; ANTONI, 2014).

Sousa; Oliveira e Costa (2015) falam da questão do processo de implantação do NASF como impasse para o desenvolvimento da prática do psicólogo do NASF. A missão do NASF é ampliar a cobertura populacional e integrar a rede assistencial envolvendo tanto a resolutividade quanto a questão de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado, o apoio e o compartilhamento de responsabilidades são aspectos centrais do NASF (BRASIL, 2008).

Azevedo e Kind (2013) relatam sobre a prática do psicólogo do NASF e os seus impasses descrevendo os aspectos que dificultam o trabalho desse profissional que são: desenvolver uma atuação além da visão clínica, ou seja, buscar realizar um trabalho de forma coletiva e compartilhada com todos os profissionais para compreender o indivíduo na sua integralidade, considerando os aspectos saúde e doença que interferem nesse processo e não focar apenas numa demanda clínico assistencial; e a questão da estrutura física, também citada por (OLIVEIRA et al., 2017). A questão do comprometimento das ações de trabalho entre os profissionais do NASF e ESF atuando em parceria e compartilhando as práticas em saúde e ter que se articular com a rede de serviços de saúde é essencial para instituir a integralidade do cuidado físico e mental dos usuários do SUS (BRASIL, 2008).

A carência de estrutura para desenvolver o trabalho e excesso da demanda para a psicologia que realiza atendimento individual, enquanto deve ser feito de forma compartilhada que fica em concordância com a noção de apoio matricial (CAMPOS; DOMINITI, 2007 apud SOUSA; OLIVEIRA; COSTA, 2015). Leite; Andrade e Bosi (2013) e Oliveira et al. (2017) relatam como impasses para a prática do psicólogo no NASF: uma equipe de NASF para dar apoio para muitas ESF, visão clínica por parte da ESF para o

trabalho da psicologia que prejudica as ações desse profissional e do próprio usuário que procura o serviço de saúde.

A integralidade pode ser compreendida como a principal diretriz do NASF envolvendo a abordagem integral do indivíduo no seu contexto social, familiar e cultural; as práticas de saúde integradas promoção, prevenção, reabilitação e cura; organização de sistema de saúde para garantir o acesso as redes de atenção de acordo com as necessidades da população (BRASIL, 2010).

De acordo com Perrella (2015, 2017), os impasses que dificultam a prática do psicólogo do NASF se apresentam como uma lógica consultista por parte da ESF, postura da ESF em não acreditar no trabalho do NASF e a falta de análise do território da população atendida para poder propor ações conjuntas entre NASF e ESF.

A rede de atenção primária vem com a concepção do conceito ampliado de saúde que vai além da visão biomédica e engloba as dimensões econômica, social e política no fazer saúde, considerando os processos que interferem na qualidade de vida do cotidiano das pessoas, ou seja, um olhar contextualizado com questões históricas-culturais (BARISTELLA, 2007 apud PARISE; ANTONI, 2014).

Considerações Finais

O psicólogo se insere no cenário das políticas públicas de saúde e adentra em um novo campo de atuação que exige uma mudança de paradigma na sua prática que demanda um olhar diferenciado nas suas intervenções.

O psicólogo inserido no NASF precisa desenvolver um paradigma diferenciado daquele modelo clínico tradicional estabelecido pela psicologia, pois, inserido nas políticas públicas precisa redirecionar sua prática e responder as demandas de saúde da população. Dessa forma, precisa direcionar sua atuação a partir de uma construção de uma rede de cuidados interdisciplinar e coletiva com o usuário.

Nos estudos pesquisados, foram descritas as atividades do psicólogo no NASF e seus impasses que mostraram que algumas vezes esse profissional desenvolve suas intervenções voltadas para ações clínico assistencial que vai contra os princípios organizativos do próprio NASF que são: apoio matricial, clínica ampliada e projeto terapêutico singular. Dessa forma, prioriza um trabalho focado não somente na doença, mas em todos os fatores que envolvem o indivíduo de forma integral.

As atividades mais descritas realizadas pelos psicólogos no NASF são: atendimento individual, grupos, visitas domiciliares. Algumas vezes sozinho e outras vezes de forma conjunta. A intersetorialidade também aparece nas atividades buscando desenvolver estratégias com outros equipamentos de outras políticas para fortalecer as ações voltadas para o cuidado com o usuário.

Como vimos nos estudos, algumas dificuldades foram apresentadas na prática do psicólogo do NASF uma delas foi a capacitação desse profissional para atuar nesse campo o que interfere no desenvolvimento das suas ações e prejudica a sua atuação. Outro aspecto foi a questão da articulação entre NASF e ESF para desenvolver as atividades que também acaba trazendo prejuízos para as ações. Como também, o fato das equipes dos profissionais do NASF ter que dar apoio matricial para várias equipes de saúde da família o que impossibilita uma relação mais próxima com cada equipe de referência.

Entretanto, é preciso refletir sobre a formação acadêmica do psicólogo e seu papel dentro das políticas públicas de saúde e se faz necessário que as outras áreas do conhecimento repensem o fundamento da interdisciplinaridade nos campos de trabalho.

Referências

AZEVEDO, Natália Silva; KIND, Luciana. Psicologia nos núcleos de apoio à Saúde da Família em Belo Horizonte. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 3, p. 520-535, 2013. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300002. Acesso em: 20 set. 2018.

BARISTELLA, Carlos. **Abordagens contemporâneas do conceito de saúde**. [S.l.: s.n.], [20--]. Disponível em:

http://dihs.ensp.fiocruz.br/documentos_dihsadmin/Batistella,_Carlos_-_Abordagens_Contempor%C3%A2neas_do_Conceito_de_Sa%C3%BAde.pdf. Acesso em: 28 nov. 2021.

BIROCHI, Renê. **Metodologia de estudo e de pesquisa em administração**. Florianópolis: UFSC, 2015. Especialização em Gestão Pública. Módulo básico.

BÖING, Elisangela; CREPALDI, Maria Aparecida. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras.

Psicologia: Ciência e Profissão, v. 30, n. 3, p. 634-649, 2010.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília. DF: Senado, 1988. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 14 jul. 2018.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: Ministério da Saúde, 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 10 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família: versão preliminar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 27). Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf. Acesso em: 17 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS: NOAS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 43, 4 mar. 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 27 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 152 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 25 ago. 2018.

BRASIL. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 mar. 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 20 ago. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 15 de ago. 2018.

BRASIL. **Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica revisando de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 5 ago. 2018.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CELA, Mariana; OLIVEIRA, Isabel Fernandes de. O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações. **Estudos de Psicologia, Natal**, v. 20, n. 1, p. 31-39, jan./mar. 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2015000100031&lang=pt. Acesso em: 3 set. 2018.

COHN, Amélia *et al.* **A saúde como direito e como serviço**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999. 161 p.

COIMBRA, Cecília; LEITÃO, Maria Beatriz Sá. Das essências às multiplicidades: especialismo psi e produções de subjetividades. **Psicologia & Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 6-17, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/psoc/v15n2/a02v15n2.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **A prática psicológica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF: CFP, 2009. 172 p. Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/12/Seminario_O_Nucleo_de_Apoio-beta.pdf. Acesso em: 28 nov. 2021.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013. Acesso em: 15 jul. 2018.

DALPIAZ, Ana Kelen; STEDLLE, Nilva Lúcia Rech. Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 5., 2011, São Luís. **Anais** [...]. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2011. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA_REFLEXAO SOBRE ALGUMAS DE SUAS PREMISAS.pdf. Acesso em: 1 set. 2018.

DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**, v. 3, n.1, p. 53-81, jun. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n1/a04v03n1.pdf>. Acesso em: 2 set. 2018.

DIMENSTEIN, Magda; MACEDO, João Paulo. Formação em psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. **Psicologia: Ciência e Profissão**, n. 32, p. 232-245, 2012. Número extra 1. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6134976>. Acesso em: 18 out. 2018.

FÓRUM NACIONAL DE PSICOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA, 1., 2006, Brasília, DF. **Relatório** [...]. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2006. Tema: Contribuições técnicas e políticas para avançar O SUS.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LEITE, Débora Cabral; ANDRADE, Andréa Batista; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. A inserção da psicologia nos núcleos de apoio à saúde da família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1167-1187, dez. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2013.v23n4/1167-1187/>. Acesso em: 20 set. 2018.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008.

MIELKE, Fernanda Barreto; OCHOWSKI, Agnes. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: avaliação de apoio matricial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, p. 900-907, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

OLIVEIRA, Isabel Fernandes de; AMORIM, Keyla Mafalda de Oliveira. Psicologia e política social: o trato a pobreza como sujeito psicológico. **Psicologia Argumento**, v. 30, n. 70, p. 567-573, 2012.

OLIVEIRA, Isabel Fernandes *et al.* A atuação do psicólogo no NASF: desafios e perspectivas na atenção básica. **Temas em Psicologia**, v. 25, n. 1, p. 291-304, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000100017. Acesso em: 19 set. 2018.

OLIVEIRA, Isabel Fernandes de; YAMAMOTO, Oswaldo Hajime. Psychological practice in Brazilian public health: an historical overview. **Universitas Psychologica**, v.13, p. 1777-1785, 2014. Número 5 Especial.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2001.

PAIM, Jairnilson *et al.* O Sistema de Saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **TheLancet.com**, p. 11-31, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf. Acesso em: 4 nov. 2021.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIVA, Fernando Santana; RONZANI, Telmo Mota. A inserção do psicólogo na atenção primária à saúde: possibilidades e desafios do trabalho em saúde coletiva. **Revista de APS**, v. 12, n. 1, p. 88-92, jan./mar. 2009.

PARISE, Luis Felipe; ANTONI, Clarissa de. Psicologia na atenção primária à saúde: práticas psicossociais, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Clínica & Cultura**, v. 3, n. 3, 2014. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/clinicaecultura/article/view/1991/2511>. Acesso em: 10 jul. 2018.

PERRELLA, Ana Carolina. O cotidiano do psicólogo em um núcleo de apoio à saúde da família: relato de uma experiência. **Pesquisa e Práticas Psicossociais**, São João Del Rei, v. 12, n. 1, p. 54-65, jan./abr. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000100005. Acesso em: 20 ago. 2018.

PERRELLA, Ana Carolina. A experiência da psicologia no NASF: capturas, embates e invenções. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Juiz de Fora, v. 8, n. 2, p. 443-452, dez. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202015000300012. Acesso em: 20 ago. 2018.

RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./fev. 2003.

ROCHA, Matheus Barbosa; ALMEIDA, Maysa Milena e Silva; FERREIRA, Breno de Oliveira. Possibilidades de atuação profissional do psicólogo no âmbito da atenção básica em saúde. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v. 29, n. 1, p. 118-123, jan./mar. 2016. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4172/pdf>. Acesso em: 19 set. 2018.

RONZANI, Telmo Mota; RODRIGUES, Marisa Consenza. O psicólogo na atenção primária à saúde: contribuições, desafios e redirecionamentos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 26, n. 1, p. 132-143, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000100012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 3 ago. 2018.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos. **Orientações básicas para trabalhadores em saúde mental**. Teresina: EDUFPI, 2003.

SAMPAIO, Juliana *et al.* Os núcleos de apoio à Saúde da Família e as redes de atenção à saúde. **Revista de Enfermagem**, v. 7, n. 7, p. 4761-4768, jul. 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/mirella/Downloads/11729-27731-1-PB.pdf>. Acesso em: 16 out. 2018.

SANTOS, William Tito Maia; MANDELBAUMB, Belinda Piltcher Haber. Entre o potencial e o precário: a inserção in(tensa) de profissionais da psicologia nos núcleos de apoio à Saúde da Família. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 48, p. 168-184, 2016. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/9028/6536>. Acesso em: 19 set. 2018.

SOARES, Teresa Cristina. A vida é mais forte do que as teorias o psicólogo nos serviços de atenção primária à saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 25, n. 4, p. 590-601, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000400008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10 jun. 2018.

SOUSA, Celina. Políticas públicas: uma revisão de literatura. **Sociologia**, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>. Acesso em: 14 jul. 2018.

SOUSA, Diogo de; OLIVEIRA, Isabel Fernandes de; COSTA, Ana Ludmila F. Entre o especialismo e o apoio: psicólogos no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Psicologia USP**, v. 26, n. 3, p. 474-483, set./dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642015000300474&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 19 set. 2018.

SPINK, Mary Jane Paris. (org.). **A psicologia em diálogo com o SUS**: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

UNGLERT, Carmen Vieira de Sousa. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, Eugenio Vilaça (org.). **Distrito sanitário**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 221-235.

Capítulo 5

**A IMPORTÂNCIA DA GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA NO
TRATAMENTO DO ALCOOLISTA DO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS MODALIDADE III**

Geiça Lopes Vieira

Carlos André Moura Arruda

Nayara Pereira Lourenço

Evandir Florencio Medeiros

Bruna Stênia Queiroz Melo

Daniele Vasconcelos Fernandes Vieira

5 A importância da gestão de saúde pública no tratamento do alcoolista do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas Modalidade III

Geiza Lopes Vieira
 Carlos André Moura Arruda
 Nayara Pereira Lourenço
 Evandir Florencio Medeiros
 Bruna Stênia Queiroz Melo
 Daniele Vasconcelos Fernandes Vieira

Resumo

Introdução: A gestão pública frente à demanda voltada para o atendimento especializado a pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas foi uma política de saúde necessária a estes usuários, no qual criou-se os Centros de Atenção Psicossociais Álcool e Drogas.

Objetivo: destacar de que forma a gestão pública pode contribuir para o tratamento desses usuários, analisando o processo de trabalho e ações desenvolvidos no âmbito da gestão de saúde pública. **Método:** Tratou-se de uma revisão integrativa da literatura, possibilitando buscar e avaliar os aspectos sobre sua classificação, efeitos adversos e estratégias de adesão medicamentosa, de acordo com as evidências disponíveis, para contribuir com o desenvolvimento do conhecimento na temática. Para guiar a pesquisa, formulou-se a seguinte questão: Qual a importância da gestão de saúde pública no tratamento do alcoolista do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD III)? A busca das publicações indexadas foi realizada nas seguintes bases de dados: *National Library of Medicine and National Institutes of Health* (MEDLINE/PubMed), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foi utilizado o cruzamento entre os descritores "Saúde Pública" "Saúde Mental" "Alcoolismo" "Gestão em Saúde" em inglês e espanhol.

Resultados: As Políticas de Saúde, no enfoque integrado dos dois planos (político-estrutural e o político-específico), operam regulando o mercado e a força de trabalho quando regulamentam e reconhecem as condições de saúde/ doença para o trabalho e determina outras variáveis como faixa etária para o trabalho, para a aposentadoria, para o direito a benefícios, ou seja: reagem às exigências estruturais do Estado e lhe confere importância no plano singular das Políticas Sociais.

Considerações finais: As políticas públicas configuram-se como sendo o conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público, atuando e influenciando sobre a realidade econômica, social e ambiental. Variam de acordo com o grau de diversificação da economia, com a natureza do regime social, com a visão que os governantes têm do papel do Estado no conjunto da sociedade, e como nível de atuação dos diferentes grupos sociais (partidos, sindicatos, associações de classe e outras formas de organização da sociedade).

Palavra-chave: Saúde Pública. Saúde Mental. Alcoolismo. Gestão em Saúde.

Introdução

A prática do consumo do álcool é comum desde os tempos mais remotos da história, em solenidades, rituais religiosos, atividades sociais, festas, dentre outros, com propósito distinto. A maioria das pessoas consome o álcool socialmente, sendo natural a sua aceitação e distribuição, contudo, as pessoas passaram a fazer uso abusivo do álcool, e essa deixou de ser uma atividade natural, tornando-se para alguns, um caso de total dependência. Hoje o álcool é uma droga lícita e de fácil acesso e obtenção, cujo uso é até incentivado, e sua dependência tornou-se um grave problema de saúde, pois a dependência do álcool, assim como a dependência de outras drogas tem características devastadoras no âmbito familiar (FILIZOLA et al., 2006; ZANARDO; LEITE; CADONÁ, 2017).

Então, podemos entender como dependência o comportamento compulsivo onde os dependentes sentem a necessidade de saciar sua vontade a todo custo e a qual quer hora, não dando importância as consequências. A partir do momento em que a ingestão de álcool deixa de ser uma atividade saudável e comemorativa, e passa a ser uma atividade compulsiva e constante, onde se necessita do objeto para que a ansiedade do mesmo passe, isso é o chamado estado de dependência (ELBREDER et al., 2008).

A gestão pública frente à demanda voltada para o atendimento especializado a pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas, foi uma política de saúde necessária a estes usuários, no qual criou-se os Centros de Atenção Psicossociais Álcool e Drogas (CAPS AD), como um dos serviços substitutivos à internação (BRASIL, 2004a; CAROTA; CALABRESE, 2013).

Por intermédio do Ministério da Saúde, o Brasil adotou a política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, instituindo a busca de novas estratégias no contato e no vínculo para com os usuários e suas famílias, além de investigar e descobrir suas características, necessidades e formas pela qual os mesmos concretizam a administração das drogas, visando também a objetivação de criar e implantar vários programas de

prevenção, educação, tratamento e promoção de fácil adaptação às diversas necessidades (SENGER et al., 2011).

Atualmente, existem diversas modalidades de CAPS, sendo elas os CAPS I, II, III, o CAPS I e o AD. Os CAPS de modalidade I e II destinam-se ao atendimento diário, por cinco dias semanais, de adultos com transtornos mentais severos e persistentes, podendo ser implantados em municípios com populações entre 20.000 e 70.000 habitantes, e 70.000 a 200.000 habitantes, respectivamente. Já os CAPS III são serviços destinados ao atendimento diurno e noturno, durante sete dias da semana, de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, podendo ser implantados em municípios com população acima de 200.000 habitantes (BRASIL, 2004b).

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas Modalidade III (CAPS AD III) desenvolvem atividades terapêuticas, educativas, dando também um suporte na área artística como música, pinturas e trabalhos manuais com materiais recicláveis. Os pacientes são atendidos individualmente e em grupos, também são realizadas oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento a família e comunidade visando a integração e fortalecimento dos vínculos do usuário com a sociedade e a família. Os CAPS recebem usuários em crise, e realiza todo o atendimento necessário e se necessário é ofertado o acolhimento noturno por um período curto de dias (AZEVEDO et al., 2014).

A elaboração dessa pesquisa partiu da tentativa de conhecer e de entender como se dá, a influência dos gestores de saúde pública diante das ações voltadas para os serviços ambulatoriais e a atenção contínua de 24 horas, organização da demanda em nível territorial possibilitando a assistência ao cuidado e a capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial. Diante do abordado o estudo busca apresentar as dificuldades dos gestores de saúde pública em lidar com álcool perante a uma sociedade que se prega que o mesmo pode ser consumido naturalmente, em solenidades, rituais religiosos, atividades sociais, festas, dentre outros.

O problema tem atingido dimensões cada vez maiores, devido o álcool ser uma droga lícita e de fácil acesso e obtenção, tendo em vista a quantidade exorbitante de pontos de venda em todo o país. Droga essa cujo uso vem sendo incentivado, e sua dependência é um grave problema de saúde, pois a dependência do álcool, assim como a dependência de outras drogas tem características devastadoras no âmbito familiar e social.

Diante do exposto, objetivou-se responder: Qual a importância da gestão de saúde pública no tratamento do alcoolista do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD III)?

Objetivo

Revisar na produção científica brasileira as formas como a gestão pública pode contribuir para o tratamento dos usuários de álcool, com enfoque no processo de trabalho e ações desenvolvidos no âmbito da gestão de saúde pública.

Método

O presente estudo se trata de uma revisão integrativa da literatura, a qual tem o propósito de reunir o conhecimento científico sobre gestão de saúde pública no tratamento do alcoolista do CAPS AD III, possibilitando buscar e avaliar os aspectos sobre sua classificação, efeitos adversos e estratégias de adesão medicamentosa, de acordo com as evidências disponíveis, para contribuir com o desenvolvimento do conhecimento na temática.

Para a estruturação da pesquisa, foram desenvolvidos passos de acordo com Cecilio e Oliveira (2017), os quais apresentam a revisão integrativa por: seleção das hipóteses ou questões da revisão, amostragem, definição das características da pesquisa primária, análise dos achados, interpretação dos resultados e reprodução da revisão. Ercole; Melo e Alcoforado (2014) afirmam que esse tipo de revisão pretende inferir

generalizações sobre um determinado assunto, a partir de um conjunto de estudos diretamente relacionados ao tópico de interesse.

Para guiar a pesquisa, formulou-se a seguinte questão: Qual a importância da gestão de saúde pública no tratamento do alcoolista do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD III)?

A busca das publicações indexadas foi realizada nas seguintes bases de dados: *National Library of Medicine and National Institutes of Health* (MEDLINE/PubMed), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Optou-se por estas bases de dados e biblioteca por entender que atingem a literatura publicada nos países da América Latina e Caribe, como também referências técnico-científicas brasileiras com inclusão de periódicos conceituados da área da Saúde. Foi utilizado o cruzamento entre os descritores "Saúde Pública", "Saúde Mental", "Alcoolismo" e "Gestão em Saúde", nos idiomas inglês e espanhol.

Os critérios de inclusão para a pré-seleção dos estudos foram: estudos em inglês, português ou espanhol, publicados em periódicos e que abordassem a importância da gestão de saúde pública no tratamento do alcoolista do CAPS AD III. De acordo com os critérios de exclusão foram excluídos os artigos não primários, como os de opinião e as revisões, e aqueles que, após a leitura na íntegra, não responderam ao objetivo desta revisão. É importante ressaltar que não houve estabelecimento de limite quanto ao ano de publicação dos artigos. A seleção dos estudos foi realizada por meio da leitura minuciosa de títulos e resumos, de modo que foram para a seleção final os estudos que atendiam aos critérios de inclusão supracitados.

Fluxograma 1 - Identificação, seleção e inclusão dos estudos da revisão integrativa

Fonte: Elaborado pelos autores.

Resultados e Discussão

Foram encontrados 49 estudos, dos quais 21 se encontraram fora dos critérios de ilegitimidade. Assim, das 17 publicações elencadas, 5 (29,5%) eram publicações em português, 12 (70,5 %) eram em inglês e não houve publicações em espanhol. Quanto ao período de publicação, constatou-se que os anos que apresentaram maior número de artigos publicados foram 2008, com sete publicações, correspondendo a 41% de publicações incluídas no estudo. Os artigos foram categorizados quanto ao paradigma metodológico de estudo, sendo assim distribuídos: 12 (70,5 %) estudos qualitativos, 3 (17,6%) estudos quantitativos e 2 (11,7%) estudos quantitativos/qualitativos.

Abordagens do alcoolismo

O álcool integra a história da humanidade há muito tempo, segundo Lieber (1980). O ser humano utiliza a bebida como estimulante desde a antiguidade. Santo-Domingo pressupõe que existiu o consumo do absinto pelo *homo erectus* há aproximadamente 250.000 anos, antes mesmo do consumo alimentar ritual nos períodos paleolíticos tardios (30.000 a.C.).

Sabe-se que o vinho e a cerveja são as bebidas alcoólicas mais antigas que o homem consumia. Acredita-se que o uso dessas bebidas é desde os tempos remotos, pois foram encontrados fósseis de folha de vinha e suas sementes na Ásia e Europa, em cavernas pré-históricas (KRISHNAN et al., 2014).

No Brasil, os índios consumiam uma bebida chamada cauim, do tupi *ka' wui*. Bebida essa que era fabricada pelas índias a partir de mandioca cozida, milho ou de suco de caju, onde eram fervidos em recipientes de cerâmica e em seguida enterrados no chão por alguns dias. Os historiadores contam que, o cauim só era ingerido pelos índios em momentos festivos e religiosos. Alguns índios exageravam, se embriagavam e ainda praticavam atos insensatos (CAROTA; CALABRESE, 2013).

As bebidas fermentadas (vinho e cerveja) e as destiladas (aguardentes) foram trazidas para o Brasil através de um colonizador português. Na época havia uma prática de lançar álcool nas águas dos rios e logo depois fogo ("água de fogo"). Costumavam usar essa prática para conseguir dominar e ao mesmo tempo aterrorizar as populações indígenas, que acreditavam que seus rios poderiam ser queimados (GUAL; MIQUEL, 2015).

Com a colonização, foi criado no Nordeste, São Paulo e no Rio de Janeiro, os primeiros engenhos para produzir cana de açúcar e aguardente. E assim, era possível oferecer aos índios e escravos negros a oportunidade de se embriagar com as bebidas alcoólicas nacionais. Os fazendeiros por sua vez, passaram a oferecer aos seus escravos a aguardente derivada do melaço, "cachaça", nos dias de comemorações religiosas e/ou feriados, com a intenção de alegrá-los. Os senhores de engenho com o passar dos anos, também começaram a apreciar e a beber a cachaça e desde então, a cachaça passara a se tornar uma bebida popular. A cachaça tornou-se uma das bebidas mais populares e consumidas pela população brasileira como um todo e isso se deve ao teor alcoólico que é bem elevado, a sua aceitação e o próprio custo que é mais acessível, colaborando dessa forma para o agravamento da alcoolização de nossa população (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

O álcool ao ser ingerido provoca uma sensação de prazer e relaxamento, transmitindo uma excitação nos momentos de alegria e na hora das decepções, esse é o maior companheiro. O álcool promove provisoriamente um alívio das tensões e da depressão. Em 1640, Pyrard de Laval registrou: "Faz-se vinho com o suco de cana, que é barato, mas só para os escravos e filhos da terra (CASCUDO, 1986, p. 15). O termo "cachaça" deve ter se originado da palavra espanhola cachaça, que designava um vinho inferior adquirido da borra de uvas; essa mesma percepção os colonizadores portugueses tinham (ROSA; VILHENA, 2012).

O consumo de bebida alcoólica em nosso país vem crescendo assombrosamente. Alguns estudos estimam que 10% de nossa população

apresenta problemas físicos e psíquicos foram adquiridos após o uso abusivo do álcool. Foram verificados em algumas investigações epidemiológicas a existência de uma relação entre o consumo do álcool e o nível socioeconômico da população, sendo que, quanto mais baixo o nível de escolaridade e renda, maior é o uso de bebidas alcoólicas (ZEFERINO, 2014).

A dependência do álcool é subdiagnosticada, além da doença ser difícil de ser tratada. Essa dificuldade quanto ao diagnóstico é um dos fatores problemas para que se estabeleça um tratamento adequado, esse tratamento quase sempre começa tarde, o que piora o prognóstico dos pacientes dependentes e acaba por fazer com que se tenha uma ideia de que estes dependentes irão se recuperar (NELSON; MCNALL, 2016).

Alcoolismo: Influência Genética ou Influência do Ambiente?

Uma pesquisa demonstrou que o fator genético e sua responsabilidade na dependência alcoólica do indivíduo, onde também foi constatado e identificado o gene responsável e diretamente ligado ao consumo desacerbado do álcool denominado pelo termo AUTS2. Esse gene além de existir em seres humanos, é também encontrado em várias espécies animal, contudo, a pesquisa não se resumiu a analisar somente animais (ROSA; VILHENA, 2012). Gual e Miquel (2015) encontraram um gene, AUTS2, que estava associado ao alcoolismo. Para confirmar os resultados, os autores estudaram uma segunda amostra de 21.185 indivíduos.

Observa-se que a literatura apresenta pesquisas na tentativa de identificar a propensão dos indivíduos ao consumo desregulado do álcool. Estas, geralmente são feitas a partir de triagem onde os envolvidos podem ser os dependentes como também pessoas com caso de alcoolismo na família. Na maioria dos casos observa-se que seu histórico familiar, pode ter influenciado, mas não sendo via de regra, porém muitos casos de alcoolismo são de descendência, sendo geralmente filhos de dependentes, netos e sobrinhos (ZEFERINO, 2014).

Não é possível se falar de alcoolismo deixando de lado a influência do ambiente externo, contudo as pesquisas não conseguiram apontar com exatidão que essa influência exista de fato, o que foi constatado é que existe sim uma possibilidade de que uma pessoa propensa e que viva em um ambiente não saudável ter chances de ser dependente também, como também existe pessoas que convivam com dependente e estejam em um ambiente não saudável nunca tocarem em um copo de álcool, ou seja, recusam-se de ingerir bebida alcoólica, por medo de também se tornarem dependentes (SENGER et al., 2011).

Estudos mostram também que o alcoolismo ocorre com mais frequência em famílias que possuem gêmeos idênticos (univitelino), e em filhos biológicos de pais alcoólicos adotados por outra família, onde esses pais adotivos não fazem uso de bebidas alcoólicas (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

Aumento do Consumo do Álcool

Embora não tenham assumido definição clara sobre o alcoolismo, os AA se referiram ao fenômeno como "alergia", metáfora adequada ao paradigma médico. Adotaram e difundiram as ideias de que "um alcoólico será sempre um alcoólico", de que a única solução para o problema é a abstinência total e definitiva e de que seu tratamento deve incluir grupos calcados na espiritualidade e nos depoimentos pessoais. O primeiro dos famosos "doze passos" faz referência à perda do controle sobre a bebida. Essas ideias encontraram pronunciada sedimentação no senso comum (CAROTA; CALABRESE, 2013).

Munhoz et al. (2017) apresentaram um estudo com dados referentes ao período de 2006 a 2013 e foi observado alta prevalência e uma tendência estacionária de consumo abusivo de álcool no Brasil para ambos os sexos. No entanto, a prevalência foi maior entre os homens do que entre as mulheres em todo o período. Foi identificado um padrão de menor frequência do consumo abusivo na medida em que aumentava a idade,

porém, foi observada uma tendência de aumento deste comportamento entre os idosos de ambos os sexos e entre os homens de 30 a 39 anos. Observou-se uma tendência de aumento do consumo abusivo de álcool para as mulheres da Região Sudeste e uma tendência estacionária, para ambos os sexos, nas outras regiões do país. Tendência estacionária também foi verificada entre os diferentes grupos de escolaridade, embora a prevalência de consumo abusivo de álcool seja maior à proporção que aumenta a escolaridade.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, o consumo de álcool é uma das principais causas de morte e de invalidez, sendo o terceiro fator de risco de morbidade, depois da hipertensão e do tabagismo (GARCIA et al., 2015).

As características biológicas, sociais e genéticas justificam as diversidades entre os fatores de consumo de álcool entre os sexos, que ocorre especialmente com adolescentes e indivíduos mais jovens. A hipótese mais aceita para explicar a crescente tendência do consumo abusivo de álcool entre as mulheres está relacionada à maior participação nas atividades tradicionalmente relegadas aos homens, especialmente em relação ao mercado de trabalho e educação (NELSON; MCNALL, 2016).

O consumo de álcool na adolescência comumente está relacionado aos inadequados comportamentos familiares, sociais e psicológicos, entre os quais se incluem as relações sexuais desprotegidas, o contágio de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada, danos cerebrais, alterações estruturais do cérebro e défices cognitivos, baixo rendimento escolar: problemas de atenção, aprendizagem, memória e dependência na idade adulta (FODRA; ROSA, 2009).

De acordo com Krishnan et al. (2014), quando consumido de maneira abusiva, o álcool está associado a consequências negativas para a saúde da população, pois trata-se de um dos principais fatores de risco para o desencadeamento de doenças cardiovasculares, ocorrência de acidentes de trânsito e homicídios, os quais representam a maior causa de morte entre jovens. A cada ano, ocorrem aproximadamente 5,2 milhões de

mortes por acidentes e violências em todo o mundo, das quais cerca de 1,8 milhões estão associadas ao consumo de bebidas alcoólicas (MUNHOZ et al., 2017).

Além disso, mostra-se como um fator de risco para o elevado consumo de outras drogas como tabaco, drogas ilegais e a manifestação de condições como desordens depressivas, ansiedade, brigas na escola, danos à propriedade e problemas com a polícia. Outros estudos relatam que o álcool na adolescência está associado com a ausência do convívio parental, com o fato de estudar em escola pública e a reprovação escolar (VARGAS; OLIVEIRA, 2011; ROSA; VILHENA, 2012).

Estes dados são alarmantes, pois é sabe-se que o organismo feminino é mais suscetível ao álcool, e que 82 gramas diariamente, durante cinco anos, podem levar ao desenvolvimento de uma cirrose hepática na mulher, enquanto que no homem 115 gramas diárias, durante 15 anos, assim sendo tanto para o homem quanto para a mulher a “bebida em excesso é um fator para problemas”, como descrito no relatório da Organização Mundial de Saúde (2011), podendo esses problemas serem de cunho psiquiátricos em geral, epilepsia, e doenças cardíaca, câncer e cirrose e problemas esses que variam de acordo com a idade e o grau de consumo, ou seja, a incidência dessas doenças vai variar de acordo com cada indivíduo, podendo um só indivíduo vir a desenvolver todas essas doenças e como também desenvolver só uma delas (ZEFERINO, 2014).

A crescente inserção dos jovens e adolescentes, a mídia relacionada a propagandas de bebidas alcoólicas, elevam essa prática. Bem como, considera-se que as más condições socioeconômicas favorecem esse hábito, visto que se trata de um fator de vulnerabilidade (SZUPSZYNSKI; OLSCHOWSKY, 2008).

No campo da saúde pública, a aceitação do consumo de álcool, aliada a seu grande potencial para a dependência física e psicológica, gera um importante prejuízo. Em diferentes países do mundo é observado um aumento no consumo de bebidas alcoólicas entre os homens com idades de 15 a 59 anos. Em 2012, a proporção de mortalidade relacionada

ao consumo de álcool foi duas vezes maior entre os homens do que entre as mulheres (7,6% vs. 4%, respectivamente). No entanto, mundialmente, o elevado consumo de bebidas entre as mulheres, acarreta elevadas taxas de mortalidade por câncer, doenças gastrointestinais e cardiovasculares. Esse consumo tende a ser maior entre aqueles indivíduos com melhor nível socioeconômico, porém, os efeitos adversos do consumo abusivo de álcool tendem a ser maior entre os indivíduos com pior nível socioeconômico (MUNHOZ et al., 2017).

No contexto da saúde, é possível pensar minuciosamente sobre a medicalização como apoio terapêutica, para cessar essa prática. De fato, a abordagem médica, que funcione com base na clínica ampliada promovendo autonomia e corresponsabilização, pode favorecer a percepção do indivíduo sem reduzi-la à sua doença. Nessa perceptiva, a terapia funciona como controle da não conduta, dos efeitos adversos e das reações contrárias (MUNHOZ et al., 2017).

Nas classes populares se estruturam a estigmatização e os desvios, pois essas classes sofrem a arguição de rótulos operada pelos grupos que dominam recursos físicos e simbólicos. Enraizada nos sistemas culturais, encontra-se a ideia de que o alcoolismo implica, a construção mental de mau caráter e condutor de más ações sociais (ZEFERINO, 2014).

Porém a indústria tem papel fundamental nas elevadas taxas de consumo, de acordo com alguns autores relacionado ao aumento da produção de bebidas alcoólicas, também ao desenvolvimento do turismo e ao desemprego, fatos estes que vem modificando cada vez mais o perfil do consumidor, havendo assim maiores adesões do grupo feminino e de adolescentes (CAROTA; CALABRESE, 2013; KRISHNAN et al., 2014).

A OMS, afirma que o alastramento do alcoolismo em todo o mundo constitui um desastre que vem progredindo ao longo dos anos, especialmente na América Latina, Ásia e África. O alcoolismo é a segunda causa de internações em hospitais psiquiátricos e responsável também por mais de 40% das internações nos hospitais gerais, decorrentes de algumas doenças (cerebrais, cardíacas, gástricas, pulmonares, hepáticas e

hematológicas) ou de acidentes provocados por ele, ocupando o primeiro lugar nos atendimentos médicos (ROSA; VILHENA, 2012).

Os prejuízos decorrentes do consumo abusivo de álcool geram alto custo para os sistemas de saúde, especialmente em um país com uma dimensão populacional como o Brasil. Em 2015, de acordo com a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, as mortes relacionadas ao consumo abusivo de álcool e dependência de álcool correspondem a 93,5% do total de óbitos por causa básica atribuída ao uso de substâncias psicoativas (ZEFERINO, 2014).

Portanto, estratégias para a diminuição do consumo abusivo de álcool são essenciais para minimizar impactos na saúde no âmbito individual e coletivo, incluindo a redução da sobrecarga no sistema de saúde devido a agravos relacionados ao consumo abusivo de álcool. De acordo com a OMS, o aumento dos preços das bebidas alcoólicas é uma medida custo-efetiva para a redução do consumo abusivo de álcool (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Política Nacional sobre o Álcool

Através do Decreto nº 6.117, DE 22 de maio de 2007 é aprovado a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Tem como objetivo geral estabelecer princípios que orientem a elaboração de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersetorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida, causados pelo consumo dessa substância, bem como das situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2007a).

A política reconhece a importância da implantação de diferentes medidas articuladas entre si, e numa resposta efetiva ao clamor da sociedade por ações concretas de proteção aos diferentes segmentos

sociais que vivem sob maior vulnerabilidade para o uso abusivo de bebidas alcoólicas, veio acompanhada de um elenco de medidas passíveis de implementação pelos órgãos de governo no âmbito de suas competências e outras de articulação com o Poder Legislativo e demais setores da sociedade (BRASIL, 2007a). O Quadro 1 apresenta as medidas planejadas para a conduta dessa política.

Quadro 1 - Medidas provenientes da Política Nacional sobre o Álcool como estratégia de redução de agravos

Ordem	Medidas
1.	Diagnóstico sobre o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil;
2.	Tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de álcool;
3.	Realização de campanhas de informação, sensibilização e mobilização da opinião pública quanto às consequências do uso indevido e do abuso de bebidas alcoólicas;
4.	Redução da demanda de álcool por populações vulneráveis;
5.	Segurança pública;
6.	Associação álcool e trânsito;
7.	Capacitação de profissionais e agentes multiplicadores de informações sobre temas relacionados à saúde, educação, trabalho e segurança pública;
8.	Estabelecimento de parceria com os municípios para a recomendação de ações municipais;
9.	Propaganda de bebidas alcoólicas.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Vale ressaltar dentre todas essas mediadas, aquelas relacionadas à associação de álcool e trânsito. Levando-se em consideração que os problemas relacionados ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas além de atingirem as populações vulneráveis, também atingem a população geral, o que pode ser observado através dos índices de morbidade e mortalidade. O que tornou imprescindível o desenvolvimento de medidas contra o ato de beber e dirigir. Assim, após longo e exaustivo processo de discussão, que contou com ampla participação popular, foi sancionada em 19 de junho de 2008 a Lei n. 11.705, também conhecida como Lei seca (BRASIL, 2008).

Políticas de Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas

A política sobre álcool e outras drogas foi operacionalizada através a lógica da Política de Saúde Brasileira. No Brasil, a saúde é considerada um direito de todos e um dever do Estado. Isto porque a saúde é uma das condições essenciais à vida digna sendo, portanto, um direito fundamental. O principal objetivo da política de saúde brasileira é possibilitar a garantia deste direito por todos os brasileiros (BRASIL, 2004b).

A política voltada para os usuários de álcool e outras drogas está estruturada nas ações e princípios da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Esta, por sua vez, tem como marco o movimento de “Luta Antimanicomial”, o qual se posicionava contra os hospitais psiquiátricos, pois estes eram locais desestimuladores com exclusão dos portadores de transtornos mentais das ações da sociedade. Nesta política, destaca-se a lei n. 10.216, de 2002, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais, entre eles os usuários de álcool e outras drogas, e direciona o modelo assistencial em saúde mental, buscando integrar uma rede assistencial baseada em serviços extra-hospitalares, sociais e humanizados (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

Para a implementação da política de saúde foi criado Sistema Único de Saúde (SUS), que possui princípios e diretrizes, visando orientar as suas ações, conforme descrição no Quadro 2 abaixo:

Quadro 2 - Princípios da Políticas de Saúde Para a Atenção Integral a Usuários de álcool e outras drogas

Princípio	Conduta
Universalidade	Assegura o direito à saúde a todos os cidadãos, independente de condição de saúde, gênero, idade, religião, condições financeiras, etc.
Integralidade	Significa que as ações assistenciais não devem visar somente a cura e a reabilitação. Os usuários do sistema de saúde devem ter acesso a ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, que proporcionem um cuidado completo das suas necessidades.
Participação da comunidade	tanto no município, como no estado e em nível federal, a sociedade tem o direito de participar da formulação e da implementação da política de saúde, acompanhando as ações realizadas
Descentralização, regionalização, hierarquização de ações e serviços de saúde:	Os cidadãos têm direito a ter acesso a serviços de saúde em seu município e próximo a sua casa, atendendo as suas necessidades de saúde. Caso seja necessário, deve ocorrer o atendimento em unidades de saúde mais distantes, localizadas em outros municípios ou estados

Fonte: Brasil (2004b).

Nessa perspectiva, a política para usuários de álcool e outras drogas tem como principal enfoque a qualidade do cuidado integral, envolvendo ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, instituídos numa rede assistencial que garanta o atendimento adequado de acordo com a necessidade de cada usuário. A política do Ministério da Saúde também se baseia nos princípios de Redução de Danos, pois não considera a abstinência a única possibilidade terapêutica, visando a prevenção de reações e condições desfavoráveis. Para ser implementada, esta política está organizada a partir do estabelecimento de uma rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2015).

Conduta Médica

Segundo o site oficial do Hospital Israelita Albert Einstein afirma que “a medicina trabalha com critérios claros e bem definidos para diagnosticar casos de dependência de qualquer tipo de droga”, e que esse diagnóstico é algo recente e foi conquistado com muita pesquisa e que foi envolvido muitos ramos da medicina, diz também que esse processo de padronização

de diagnósticos começou na década de 1980 para ser “aplicada em qualquer indivíduo” (SZUPSZYNSKI; OLSCHOWSKY, 2008).

Esses critérios segundo o site o site oficial do Hospital Israelita Albert Einstein eram vários, mas o hospital elegeu os 5 critérios principais que diagnosticam a dependência, que são: “Perda de controle” que segundo o site do hospital era o “desejo incontrolável de consumo”, ou seja, o indivíduo sentia uma necessidade incontrolável de ter, tocar e ingerir a droga, outro ponto discutido era a “Tolerância” que de acordo com o site oficial do Hospital a tolerância diz respeito a “necessidade de consumir doses maiores para obter o mesmo efeito de quando se bebia menos” deste modo percebe-se que, quanto mais tempo em contato da droga, no caso aqui a droga é o Álcool, o indivíduo vai apresentando uma maior resistência a mesma, produzindo no dependente a falsa impressão de que necessita de mais a todo custo (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009; NELSON; MCNALL, 2016).

O terceiro critério é a “síndrome de abstinência”, que segundo o site do hospital, surgem sintomas físicos e psíquicos quando o consumo do álcool é reduzido ou interrompido (ALCOOLISMO, 2020). Segundo o médico Dráuzio Varella, em seu site oficial, ele diz que o alcoolismo é visto pela classe médica, como uma “doença crônica, que apresenta aspectos comportamentais e socioeconômicos, caracterizada pelo uso compulsivo de álcool” (VARELLA, 2020), e que com o passar do tempo essa pessoa acaba se “tornando tolerante à intoxicação que é produzida pela droga e a partir de então, começa a desenvolver os sinais e sintomas da abstinência, quando a mesma é retirada”, ou seja, o doutor Dráuzio afirma que em outras palavras que a fase de abstinência é muito delicada e precisa de cuidados e atenção redobrada, pois esta etapa é comum vir acompanhada de alguns sintomas como: tremores em partes do corpo, distúrbios de percepção dentre outros, deixando o indivíduo com traços de violência, falta de atenção e intolerância (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008; NELSON; MCNALL, 2016).

O quarto critério segundo o site oficial do Hospital Israelita Albert Einstein é a “tentativa de evitar a síndrome de abstinência” aqui é um

período em que o dependente segundo o hospital “busca pela droga para não sentir os sintomas da abstinência” esse é um momento muito delicado, onde o dependente é capaz de qualquer coisa para poder saciar essa necessidade que lhe oprime e que lhe sufoca, não se importando mais com nada (NELSON; MCNALL, 2016).

O quinto critério elencado pelo hospital é a “Saliência do consumo” aqui nada mais tem valor nem a sua própria vida como descreve o site oficial do Hospital Israelita Albert Einstein “a droga é mais importante do que tudo o que o indivíduo valorizava” nesse estágio de vício, tudo é esquecido e todo resto é colocado em segundo plano prevalecendo apenas o sentimento de saciar o mesmo (SZUPSYNSKI; OLIVEIRA, 2018).

Alguns médicos consideram o alcoolismo como um problema de saúde pública de alta gravidade e que requer muita atenção e força de vontade, como diz Jorge Jaber

O dependente aumenta, com frequência, a dose de álcool que consome “para relaxar”. Com o tempo, tende a abandonar atividades profissionais e acadêmicas para beber. O alcoolismo é uma doença crônica, sem cura, mas tem controle (JABER, 2016, p. 20).

Ou seja, o alcoólatra é aquela pessoa cujo consumo de álcool lhe reflete mais negativamente que positivamente, por isso se faz necessário à atenção e a força de vontade para que seja possível vencer essa dependência (ZEFERINO, 2014).

Em princípio, é possível pensar que a medicalização poderia funcionar como apoio para questionar a estigmatização dos “doentes”. De fato, a abordagem médica ou “de saúde”, que funcione com base na clínica ampliada promovendo autonomia e corresponsabilização, pode favorecer a percepção da “pessoa” sem reduzi-la à sua doença. Entretanto, o processo de medicalização geralmente funciona em prol da heteronomia e do controle social dos desvios, mantendo sobre eles, como elementos mais ou menos implícitos, as significações de pecado e de crime. Daí o parentesco da medicalização com o higienismo, com o controle e a estigmatização das classes populares (BARBIANI et al., 2014).

Nas classes populares, os desvios são percebidos como mais graves e mais numerosos, pois essas sofrem a imputação de rótulos operada pelos grupos que dominam recursos físicos e simbólicos enraizados nos sistemas culturais, encontra-se a ideia de que o alcoolismo implica, "ao lado" da doença, ser mau homem, má mulher, mau trabalhador, má trabalhadora, mau marido, má esposa etc. - ou seja, implica julgamentos morais (ZANARDO; LEITE; CADONÁ, 2017).

Sabe-se que é comum os usuários de drogas psicoativas reconhecerem os malefícios envolvidos em seu comportamento, porém, assim mesmo, eles apresentam, ainda, atração pelo comportamento adicto, prejudicando sua motivação para a manutenção de um tratamento (SZUPSZYNSKI; OLSCHOWSKY, 2008).

A susceptibilidade que esse tipo de cliente tem para desistir do tratamento, ou não ter aderência ao mesmo, e a estruturação recente do trabalho com os profissionais de referência, poderia explicar a longa permanência do usuário no CAPS AD. Talvez a fragilidade ou mesmo a ausência de uma maior sistematização na elaboração do projeto individualizado, como preveem as normas desse tipo de serviço, seja a principal causa para essa falta de controle e, mesmo, efetividade da atenção prestada à essa população (PITTA, 2011).

O diagnóstico e tratamento precoces da dependência ao álcool têm papel fundamental no prognóstico deste transtorno, o que se amplia em uma perspectiva global de prevenção e promoção da saúde, e se agrava ao constataremos que, de uma forma geral, o despreparo significativo e a desinformação das pessoas que lidam diretamente com o problema, sejam elas usuários, familiares ou profissionais de saúde (SZUPSZYNSKI; OLSCHOWSKY, 2008).

Aproximadamente 20% dos pacientes tratados na rede primária bebem em um nível considerado de alto risco, pelo menos fazendo uso abusivo do álcool. Estas pessoas têm seu primeiro contato com os serviços de saúde por intermédio de clínicos gerais. Apesar disso, estes pouco detectam a presença de acometimento por tal uso, o que tem repercussão negativa

sobre as possibilidades de diagnóstico e tratamento. Vemos que, no geral, o foco da atenção está voltado para as doenças clínicas decorrentes da dependência - que ocorrem tardiamente - e não para a dependência subjacente (ZANARDO; LEITE, CADONÁ, 2017).

Ainda de forma relativa aos profissionais de saúde, existem diversos impedimentos para a diagnosticar, tratar ou encaminhar as pessoas que apresentam complicações decorrentes do consumo de álcool. Em um plano cognitivo, os trabalhadores de saúde apresentam a falta de conhecimentos sobre a variedade de apresentações sintomáticas gerados pelo uso abusivo e pela dependência ao álcool, bem como de meios para facilitar o seu diagnóstico. Apresentam também uma visão negativa do paciente, e de suas perspectivas evolutivas frente ao problema, o que impede uma atitude mais produtiva (NELSON; MCNALL, 2016).

O Ministério da Saúde afirma que qualquer serviço de saúde deve estabelecer e fortalecer o vínculo e a confiança do usuário de droga em relação à equipe e às diversas propostas de tratamento, comprometendo-se com a garantia da confidencialidade, sigilo, respeito às diferenças individuais e com a valorização de toda iniciativa que aponte o autocuidado e a procura pelo serviço. Dessa forma, se a escolha de um usuário for por estratégias de redução de danos, como base para seu tratamento, sua decisão deverá ser respeitada e incentivada pela equipe do serviço no qual ele estiver inserido (BRASIL, 2007).

Também é fundamental aperfeiçoar a assistência dos casos de maior gravidade nos dispositivos de saúde que demandem por cuidados mais específicos em dispositivos de maior complexidade, como os serviços de emergências médicas (geral e emergência psiquiátrica), principalmente para o atendimento de urgências como os quadros de intoxicação ou abstinência graves e outros transtornos clínicos e psiquiátricos agudos; o mesmo deve ocorrer em hospitais psiquiátricos e hospitais gerais (PITTA, 2011).

As atuais prescrições de tratamento são também bastante diferentes da ideia de "abstinência definitiva como única solução". Propõem-se soluções multifacetadas a problemas considerados multifacetados. Diretrizes nacionais e internacionais afirmam que a Atenção Primária à Saúde (APS) deve adotar estratégias permanentes de Triagem e Intervenção Breve (TIB), atuando em todo o espectro de problemas com o álcool e na própria cultura de consumo das bebidas em âmbito populacional. Casos de comprometimento mais severo com a substância devem ser encaminhados a centros de especialidade, que proponham estratégias estruturadas de assistência e sistemas de acompanhamento contínuo (focando prevenção de recaída, se for o caso). Para esses casos, prevê-se o recurso à internação para desintoxicação e a medicações que minimizem a compulsão e os sintomas de síndrome de abstinência (BRAISL, 2004a; ANDRADE; BOSI, 2012).

Alguns médicos também afirmam que o "alcooolismo pode ser definido como um estado de dependência psicológica e/ou física, com ou sem complicações resultantes do uso errôneo do álcool de forma contínua ou diária". Esse grau de dependência pode variar, sendo a partir de um grau leve, que é quando o indivíduo pode relutar em se privar de tomar duas ou três doses só a noite, á um grau severo que é onde o indivíduo possui um impulso irresistível para fazer o consumo do álcool (NELSON; MCNALL, 2016).

Quanto à capacitação, devem ser ampliadas as atividades do Programa Permanente de Capacitação de Recursos Humanos para os Serviços de Atenção aos Usuários de Drogas na Rede do SUS do Ministério da Saúde, capacitando não apenas os profissionais que atuarão nos CAPSad, como também os que atuam nas demais unidades assistenciais, atividade também extensiva ao PSF e PACS, contemplando também a capacitação para profissionais de nível médio que atuem na assistência aos problemas relacionados ao uso do álcool. É fundamental o desenvolvimento, em ação conjunta com o Ministério da Educação, a modificação do currículo dos cursos de graduação na área da saúde, exigindo a abordagem dos problemas relacionados ao uso do álcool (JORGE et al., 2007).

Quanto a prevenção, é essencial capacitar as equipes de saúde da família e prover os subsídios necessários para o desenvolvimento de ações de prevenção primária do uso prejudicial do álcool, para o diagnóstico precoce, tratamento de casos não complicados e encaminhamento para a rede de assistência dos quadros moderados e graves. Deve ser estimulado o desenvolvimento de ações de prevenção nas escolas, locais de trabalho, sindicatos e outras associações. As ações incentivadas devem ter caráter permanente, ao invés iniciativas pontuais e esporádicas como campanhas, sem, no entanto, prescindir de ações de curta duração voltadas para a multiplicação da atuação preventiva (PITTA, 2011).

Educar a população é fundamental, pois promove a redução dos obstáculos relativos ao tratamento e à atenção integral voltada para os consumidores de álcool, aumentando a consciência coletiva sobre a frequência dos transtornos decorrentes do uso indevido de álcool e drogas. As opções de atenção disponíveis e seus benefícios devem ser amplamente divulgados (ZANARDO; LEITE; CADONÁ, 2017).

Saúde Mental

A humanidade vem convivendo com a loucura há séculos e, antes de se tornar um tema exclusivamente médico, o louco habitava o imaginário da população de diversas formas. Esses loucos eram motivos de chacota, tidos como possuído pelo demônio e até marginalizado por que não se enquadravam nos princípios morais vigentes (PITTA, 2011).

O trajeto histórico da saúde mental relata que no passado, as pessoas que apresentavam doenças mentais, foram socialmente excluídas e privadas de sua subjetividade e singularidade, onde o cuidado prestado naquela ocasião era desumano e desleal. Essa situação, só pode ser modificada a partir da reforma psiquiátrica (ZANARDO; LEITE; CADONÁ, 2017).

Como a saúde mental é um componente da saúde municipal e, conseqüentemente, recebe seus recursos em conjunto com o total destinado à saúde, isso possibilita a utilização ou não desses recursos em saúde mental. É nesse contexto que se destaca a importância do gestor e da gestão para a administração da saúde mental no município. Em que pese a importância do processo de gestão na consecução das políticas públicas, chama-se a atenção, ainda que de forma superficial, sobre o caminho percorrido pela administração pública brasileira.

Ao longo do tempo, foram desenvolvidas diferentes abordagens de administração tais como, patrimonialista, burocrática e gerencialista. No primeiro modelo denominado patrimonialista, ocorre a utilização recorrente na administração política de aspectos puramente pessoais, sem distinção entre patrimônio público e privado, entre ações públicas e privadas, com o predomínio do clientelismo e do subjetivismo (ZANARDO; LEITE; CADONÁ, 2017).

Dessa forma iniciou-se o movimento da Luta Antimanicomial que chega intensamente marcado pela ideia de defender os direitos humanos e resgatar a cidadania dos que carregam transtornos mentais. Juntamente com essa luta, nasceu o movimento da Reforma Psiquiátrica com o intuito de mais do que denunciar os manicômios como instituições de violências, veio propor a construção de uma rede de serviços e estratégias no território e na comunidade, fortemente solidárias, inclusivas e libertárias (VARGAS; OLIVEIRA; DUARTE, 2011).

Neste sentido a Reforma Brasileira norteou-se de em seguir as tendências dos movimentos franceses e ingleses que propunha a melhoria das técnicas psiquiátricas e a humanização dos tratamentos, onde os reformistas italianos propunham uma radical extinção das instituições manicomiais, afasta o modelo clínico para uma perspectiva pluralística e complexa, pautada pela negociação entre diversos atores, em situações que caracterizavam a ausência da saúde mental (ANDRADE; BOSI, 2015).

O movimento inicia-se no Brasil, no final da década de 70 com a mobilização dos profissionais da saúde mental e dos familiares de pacientes

portadores de transtornos mentais. Esse movimento faz parte do contexto de redemocratização do país e na própria mobilização político-social que ocorrera na época (ZANARDO; LEITE; CADONÁ, 2017).

Levando-se em conta o aumento do consumo de crack e os prejuízos causados pelo seu uso, a necessidade de serviços públicos de assistência e de intervenções efetivas para os seus usuários, justificou-se a realização deste estudo. Teve como objetivo caracterizar as intervenções terapêuticas no tratamento de pacientes usuários de crack e outras drogas, desenvolvidas nos CAPS AD da região metropolitana de Porto Alegre/RS, levando em consideração ações, dificuldades, abordagens terapêuticas, desafios e sugestões para o enfrentamento das drogas (GARCIA et al., 2015).

Vários foram os acontecimentos que incentivaram a Reforma Psiquiátrica Brasileira em 1989, a intervenção e o fechamento da Clínica Anchieta, em Santos/SP e a revisão legislativa proposta pelo então Deputado Paulo Delgado por meio do projeto de Lei nº 3.657. No ano de 1990, o Brasil torna-se signatário da Declaração de Caracas, onde fora proposto a reestruturação da assistência psiquiátrica, e, depois em 2001, é aprovada a Lei Federal 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas que portam transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (PITTA, 2011).

A partir dessa Lei origina-se a Política de Saúde Mental, que visa garantir o cuidado aos pacientes com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Esses serviços vieram para mudar a metodologia de tratamento, deixando a lógica das internações de longa permanência que tratavam o paciente isolando-o do convívio da família e da sociedade como um todo (VARGAS; OLIVEIRA; DUARTE, 2011).

Essa nova Política de Saúde Mental no Brasil veio para promover a redução dos leitos psiquiátricos de longa permanência e que quando necessárias as internações psiquiátricas, fossem nos hospitais gerais e de curta duração. Política essa que visa à constituição de uma rede de dispositivos diferenciados para que venha a permitir uma atenção aos portadores de sofrimento mental em seu próprio território, a

desinstitucionalização de pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos e, ainda, criar ações que possam permitir a reabilitação psicossocial por meio de uma inserção pelo trabalho, cultura e lazer (DELGADO, 2015).

Com a extinção dos manicômios o Estado precisou responder à população sobre o que fazer com “os loucos” que foram soltos e voltaram para suas casas e/ou ruas. Nesse momento surgem às propostas de criação de serviços substitutivos em saúde mental como resposta do Estado para este grave problema. Daí surgem os CAPS e demais equipamentos do Estado (Ambulatório, CRAS, NASF, etc.), porém, não se constituíram da noite para o dia como num passe de magia. O primeiro CAPS é implantado em São Paulo em 1986, em meio a muitas dúvidas e problemas de adequação (AZEVEDO et al., 2014).

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 1992, funcionavam no Brasil 208 CAPS; entretanto, apenas 7% dos recursos eram destinados pelo governo à saúde mental para serem empregados em sua manutenção (em 2004 esse número chegou a 36%), o restante desse recurso ainda é destinado aos hospitais psiquiátricos, isso mostra a dificuldade para com a saúde mental. Somente no ano de 2001 e após serem aprovada a Lei Federal 10.216, cujo texto redireciona a assistência em saúde mental para os serviços de base comunitária e aprovados também os financiamentos específicos para os agora “serviços substitutivos” em saúde mental (BRASIL, 2001).

A Lei nº 10.216, publicada em 6 de abril de 2001, expressa o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental e dispõe sobre a proteção e os direitos dos usuários com transtorno mental. A Lei estabelece que a atenção em saúde, nesse campo específico, deve ser feita prioritariamente em serviços abertos e comunitários, inseridos nos territórios de moradia dos usuários, facilitando o acesso e a livre circulação das pessoas que ali são atendidas. A lógica do cuidado, por muitos anos hospitalocêntrica, começa gradativamente a mudar para uma atenção descentralizada, ou seja, baseada no pressuposto de que o cuidado deve ser realizado próximo ao contexto de vida das pessoas (PITTA, 2011).

Podemos presumir que se trata de um marco na história da saúde mental do Brasil, pois, a nível federal, esse tema passa a ter visibilidade de forma específica, propondo garantias e direitos às pessoas com transtorno mental, assim como redireciona o modelo de atenção, em um momento em que o cuidado ainda era centrado no hospital e focado na doença e não na saúde (CAROTA; CALABRESE, 2013).

A Lei nº 10.216/2001 vem para afirmar a cidadania plena dos pacientes e elenca nove direitos básicos, dentre eles, o da prioridade no tratamento comunitário. Visa diminuir a internação como uma modalidade de tratamento, a ser usada apenas nos casos em for indispensável. No entanto, observa-se que na prática a sua aplicação, ainda não segue as orientações normativas, pois, muitos pacientes ainda são internados para que a família se livre do problema ou mesmo o estado ressarce os gastos que as clínicas virão a ter; sendo mais cômodo a internação (BRASIL, 2001).

O CAPS nomeia a descentralização do cuidado e da assistência aos pacientes do sistema público de saúde. A Rede de Atenção Básica em Saúde de base comunitária, foi instituído pelo governo brasileiro na década de 90, com o objetivo de regular e organizar os serviços de saúde, oferecendo autonomia às diferentes esferas do poder público (estadual, federal e municipal), porém de forma a manter um único direcionamento que seja pautado pela universalidade e equidade na oferta de serviços à população (AZEVEDO et al., 2014).

Vale ressaltar que, a Reforma Psiquiátrica ocorrida em países nos quais o Brasil se inspirou, os manicômios eram sustentados pelo estado, enquanto em nossa realidade atual mesmo com o processo de lutas pela descentralização dos atendimentos nos Grandes Hospitais Psiquiátricos, surgiu espaço para criação de instituições privadas de contenção e "tratamento" da loucura nos moldes manicomiais (KRISHNAN et al., 2014).

Nos CAPS se promovem os cuidados terapêuticos para com o paciente com transtorno mental que seja atendido em uma das unidades de pronto atendimento da rede pública de saúde. O paciente entrando em crise (psicótica, de agitação ou agressiva) ele deve ser encaminhado ao

Hospital Geral, para ser medicado e acolhido, para depois de passado o período de crise, ser encaminhado ao CAPS para ser atendido, por uma Equipe Multiprofissional que possui técnicos competentes para lidar com as facetas de sua subjetividade, pelo menos em teoria (DELGADO, 2015).

A dependência do crack também é vista como uma doença que necessita de um tratamento com metas e intervenções levando em conta as especificidades e necessidades de cada paciente, e em muitos casos, por longo prazo. São apontados como fatores complicadores ao tratamento: a precocidade no início do uso das drogas; o tempo de uso; as quantidades consumidas; os déficits cognitivos e em habilidades sociais; a falta de motivação para a mudança; as comorbidades; os problemas familiares e financeiros; e o grau de prejuízo social do paciente. Além disso, os usuários de crack são mais propensos a abandonar o tratamento. Alguns dos fatores preditivos para o abandono são problemas com a lei, baixa habilidades sociais de enfrentamento, história familiar de transtorno mental e transtorno de dependência de álcool associada, entre outros (AZEVEDO et al., 2014).

A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, caracterizando-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor (Figura 1) (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Os CAPS diferenciam-se pelo porte, pela capacidade de atendimento e perfil de usuário a ser atendido. São distribuídos de acordo com a população de cada município brasileiros e diferenciam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS I e CAPS AD (SZUPSZYNSKI; OLIVEIRA, 2018).

Os CAPS I são os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, apropriados para atender aos municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes. Para que possa funcionar precisa de uma equipe mínima de nove profissionais, sendo estes de níveis médio e superior, têm como usuários, adultos portadores de transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2012).

Figura 1 - Rede de atenção à saúde mental

Fonte: Schrank e Olschowsky (2008).

A Rede de atenção Psicossocial (RAP) tem componentes nas diferentes complexidades da Rede de Atenção à Saúde. Possui serviços na atenção básica em saúde; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização e estratégias de reabilitação psicossocial. Possui serviços na atenção básica em saúde; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de

desinstitucionalização e estratégias de reabilitação psicossocial (CAROTA; CALABRESE, 2013).

Para assegurarmos a acessibilidade e a resolutividade do cuidado e o tratamento das pessoas que fazem uso nocivo de álcool e outras drogas, é preciso trabalhar em rede, isso para conseguir um resultado maior do que se trabalhássemos isoladamente. As intervenções reducionistas, focadas apenas na droga e na dependência química e tendo a abstinência como único resultado, não tem efetividade terapêutica (BRASIL, 2012).

Na mudança do paradigma asilar, que se baseava em uma dicotomia simplista de cura/doença, para o paradigma psicossocial, de caráter comunitário e territorial, a Raps, ou melhor, os trabalhadores da Raps buscam garantir estratégias de cuidado integral (reconhecimento das diferentes esferas que compõe a vida, como relações afetivas, doença, escolarização, trabalho etc.) (ANDRADE; BOSI, 2012).

A rede existe para pensar nas diversas estratégias possíveis de suporte às necessidades dos usuários. Caso a lógica de atendimento seja inversa, de que o usuário que deve se adequar ao que o serviço oferece, como horários, ofertas terapêuticas massificadas, o fluxo das recorrentes crises permanecerá reincidindo. É o conhecido movimento da “porta giratória”. Isso não quer dizer que os serviços devem dar resposta a toda e qualquer necessidade do usuário, mas sim encontrar dentro da rede o serviço adequado para tal. O reconhecimento e a corresponsabilização do que compete a cada área, serviço, equipe, trabalhador permite a desburocratização do acesso e a resolutividade dos serviços de “portas abertas”, de baixa exigência e redutores de danos. É necessária a sensibilização dos vários atores e a interlocução contínua para diminuir as barreiras de acesso, assim como evitar a descontinuidade do cuidado e a sobreposição de ações (AMARANTE, 2008).

Esse cuidado integral advém do estímulo ao protagonismo de usuários, familiares, dos próprios trabalhadores e da comunidade no tratamento da pessoa que sofre. Isso é possível pelo entendimento e exercício constante, muitas vezes diário, por parte dos trabalhadores, em

utilizar o acolhimento, a relação com o usuário de álcool e outras drogas como ferramentas de trabalho, assim como os protocolos e instrumentos avaliativos também são. É uma postura técnica de cuidado para além da simpatia (ou não) com a pessoa que sofre. Dessa maneira, conseguimos combater estigmas e preconceitos, promover equidade e reconhecimento dos determinantes sociais, garantir acesso e qualidade dos serviços (para além da localização e ambiência do serviço), atenção humanizada centrada na necessidade das pessoas e garantir a autonomia e a Liberdade (ANDRADE; BOSI, 2012).

É importante criar em cada território um fluxo de atendimento dentro do SUS e entre os outros setores, para tanto é necessário que seja respaldado por políticas, planejamento, coordenação e monitoramento dessas ações, como também, seja constituídos espaços coletivos e intersetoriais para discussões e educação permanente. Contudo, e não menos importante, o envolvimento comunitário, do controle social, da participação da família e do usuário, é imprescindível para continuidade e transformação permanente das realidades regionais de saúde e do cuidado integral em álcool e outras drogas (AMARANTE, 2008).

Nessa configuração, a promoção e o respeito aos direitos humanos são as diretrizes para a qualidade dos serviços de saúde mental e o cuidado dos usuários. Para isso, é importante a estruturação dos pontos de atenção, a qualificação dos profissionais e a busca da oferta de cuidado adequado às necessidades dos usuários (AMARANTE, 2008).

Em função da necessidade de um serviço de saúde que atendesse tanto o aumento da demanda de usuários de álcool e outras drogas como a necessidade de atendimento diário a estes usuários, foram criados os Centros de Atenção Psicossociais Álcool e Drogas (CAPS AD), como um dos serviços substitutivos à internação. Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, buscando promover a reabilitação psicossocial de seus usuários, os CAPS são serviços de atenção psicossocial que se caracterizam pelo cuidado e atenção diária e articulação de toda a rede de atenção. Nesses serviços, trabalham equipes de diversas áreas de formação (BRASIL, 2015).

Com exceção do CAPS III, os demais funcionam durante os dias úteis da semana, normalmente em horário comercial, com capacidade para atender cerca de 240 pessoas por mês. Os CAPS II são serviços de médio porte, ofertando cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes, atendendo também a adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Possuem equipe mínima de 12 profissionais e capacidade para acompanhar em média cerca de 360 pessoas por mês; CAPS III são os serviços de maior porte da rede CAPS. Estes deveriam dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes, porém encontram-se presentes hoje, em sua maioria, nas grandes metrópoles. É um serviço de grande complexidade que funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana e em feriados. Quando necessário CAPS III realiza acolhimento noturno (internações curtas, de algumas horas a, no máximo, sete dias). Para o funcionamento desse serviço precisa-se de uma equipe mínima de 16 profissionais, entre os níveis médio e superior, além de uma equipe noturna e outra de final de semana. Sua capacidade é de realizar o acompanhamento de aproximadamente de 450 pessoas por mês (ZANARDO; LEITE; CADONÁ, 2017).

O CAPS encontra-se, portanto, no centro de uma rede social e de serviços de saúde. Busca acolher o indivíduo em sofrimento psíquico de modo diferente do modelo anterior de reclusão hospitalar ou internação em clínica psiquiátrica, onde os usuários eram encarcerados e submetidos a procedimentos como camisa de força e choques elétricos, além do uso excessivo de medicamentos e desconsideração da fala e do sentimento do ser humano em tratamento. Em termos operacionais desse novo modelo, vale ressaltar as dificuldades enfrentadas pelos municípios sem acesso ao CAPS, seja pelo quantitativo populacional inferior a 20.000 habitantes ou pela ausência de pactuação política na rede local que possa viabilizar esse serviço em parceria com outro município, o que demandou a ampliação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (SAÚDE MENTAL EM DADOS, 2012; ANDRADE; BOSI, 2015).

Os CAPSi, são especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, com capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês. Geralmente são funcionam em municípios que tenham mais de 200.000 habitantes e/ou, são regionais. A equipe mínima para esse serviço é de 11 profissionais, níveis médio e superior (ANDRADE; BOSI, 2012).

Os CAPS AD, especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Funcionam geralmente em cidades com mais de 200.000 habitantes, ou cidades que, devido à sua localização geográfica (municípios de fronteira, ou que faça parte de rota de tráfico de drogas), ou mesmo regional que venha a atender a vários municípios da CRES. Sua equipe mínima deve ser composta por 13 profissionais entre os níveis médio e superior (ZANARDO; LEITE; CADONÁ, 2017).

Um conjunto de funções dos CAPS AD é prestar tratamento intensivo para a população que apresenta graves transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Assim, os CAPS ad possuem funcionamento ambulatorial e de hospital-dia, devendo prestar atendimento diário aos usuários dos serviços. Devem ainda oferecer cuidados aos familiares dos usuários e enfatizar a reintegração social, utilizando, para tanto, recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, cultura, esporte e lazer (SAÚDE MENTAL EM DADOS, 2012).

Além dos CAPS ad, o Ministério da Saúde também instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas. O seu objetivo é regular o fluxo assistencial de toda a rede de serviços de saúde, incluindo os serviços de Atenção Primária à Saúde e os hospitais. Este programa definiu também o papel dos CAPS ad, isto é, um dispositivo estratégico para articulação de toda a rede assistencial (BRASIL, 2015).

Através de um trabalho interdisciplinar e integral, diversas ações são desenvolvidas nos CAPS AD no intuito de cuidado aos usuários de drogas, como o acolhimento universal e incondicional ao paciente e seus familiares. Especificamente com relação ao crack, busca-se acolher usuários

de crack que demandem ajuda mesmo aqueles que não demonstrem desejo de interromper o consumo, tratar abstinências leves de crack em nível ambulatorial, realizar busca ativa em articulação com atenção básica em casos de abandono de tratamento; desenvolver oficinas terapêuticas; e apoiar um trabalho dentro da perspectiva de redução de danos (RD), suporte e apoio a familiares (BRASIL, 2007b).

Um dos principais critérios para o planejamento da rede de atenção à saúde mental, é o perfil populacional dos municípios, mas é o gestor local, que juntamente com outras instâncias de gestão do SUS, que articula para ver as condições e definir os equipamentos que melhor respondem às demandas de saúde mental do município (ZEFERINO, 2014).

A partir da criação dos novos serviços no Brasil ocorre um processo de transformação na Saúde Mental, onde a atenção psicossocial e o seguimento dos princípios da Reforma Psiquiátrica funcionam como base para os cuidados a pessoas portadoras de transtornos mentais. É o surgimento desses serviços que passam a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico no país (SAÚDE MENTAL EM DADOS, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde, os CAPS têm como principal função, o atendimento clínico em regime de atenção diária, com o acolhimento dos portadores de transtorno mental tendo em vistas preservar os seus laços sociais e reforçando os laços familiares, inserindo-o na sociedade através de ações intersetoriais, com acesso ao trabalho, lazer e com direitos civis (ZANARDO; LEITE; CADONÁ, 2017).

Importância da Gestão Pública

A escuta e o diálogo são tecnologias de cuidado imbricadas na constituição do usuário enquanto cidadão, como sujeito de escolhas, de decisões, de direitos e deveres. Para tal, a equipe precisa estar aberta e preparada para acolher, trabalhar e interpelar as escolhas feitas pelo usuário, estimulando a participação dele tanto no seu tratamento individual quanto nos espaços coletivos. Considerando a situação problematizadora,

na qual há divergência de opinião dos usuários em relação ao uso do cigarro, que estratégias poderiam ser utilizadas pela equipe para discutir a situação junto aos usuários de maneira a estimular a participação deles na discussão?

O estímulo à maior participação deve levar em conta as escolhas e condições do usuário, seu momento de vida e as peculiaridades de algumas características que podem ser recorrentes entre pessoas que fazem uso prejudicial de drogas. Entre essas características, podemos encontrar determinadas maneiras de lidar com a temporalidade, o corpo e a morte (FODRA; COSTA-ROSA, 2009; SAÚDE MENTAL EM DADOS, 2012).

Essa noção popularmente disseminada de “falta de limites” e “falta de lei” aparece muitas vezes como o principal sintoma a ser abordado. Esse é um ponto fundamental, pois a depender de como se lida com a situação, muitas das estratégias de cuidado podem tornar-se disciplinares e normatizadoras, distanciando-se de perspectivas psicossociais de cuidado. Voltando à nossa situação problematizadora, observamos que a demanda por limite parte de outro usuário, que prefere que fumar seja proibido no CAPS. Demandas por limite são frequentes entre usuários de um CAPS-AD (ZEFERINO, 2014).

As Políticas de Saúde, no enfoque integrado dos dois planos (político-estrutural e o político-específico), operam regulando o mercado e a força de trabalho quando regulamentam e reconhecem as condições de saúde/ doença para o trabalho e determina outras variáveis como faixa etária para o trabalho, para a aposentadoria, para o direito a benefícios, ou seja: reagem às exigências estruturais do Estado e lhe confere importância no plano singular das Políticas Sociais (ZANARDO; LEITE; CADONÁ, 2017).

A implementação trata-se de uma etapa de aprendizagem política, pois as políticas públicas podem conter diversas limitações não previstas na etapa de formulação, tais como ambiguidade de objetivos, problemas de coordenação intergovernamental, recursos escassos. A avaliação, neste caso, pode revelar os “ciclos de aprendizagem”, conduzindo à constante reformulação da política proposta. Assim, enquanto

a formulação é uma etapa de idealização, a implementação é um processo dinâmico, no qual nos confrontamos com a realidade, que nos desafia a construção das políticas públicas. A seguir foram apontados os principais desafios para a implementação das políticas brasileiras na área de drogas (ROSA; VILHENA, 2012).

Nesse contexto, as políticas públicas configuram-se como sendo o conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público, atuando e influenciando sobre a realidade econômica, social e ambiental. Variam de acordo com o grau de diversificação da economia, com a natureza do regime social, com a visão que os governantes têm do papel do Estado no conjunto da sociedade, e como nível de atuação dos diferentes grupos sociais (partidos, sindicatos, associações de classe e outras formas de organização da sociedade) (BRASIL, 2007b).

Apesar de optar por abordagens diferentes, as definições de políticas públicas assumem, em geral, uma visão holística do tema, uma perspectiva de que o todo é mais importante do que a soma das partes e que indivíduos, instituições, interações, ideologia e interesses contam, mesmo que existam diferenças sobre a importância relativa destes fatores (NELSON; MCNALL, 2016).

Assim, do ponto de vista teórico-conceitual, a política pública em geral e a política social em particular são campos multidisciplinares, e seu foco está nas explicações sobre a natureza da política pública e seus processos. Por isso, uma teoria geral da política pública implica a busca de sintetizar teorias construídas no campo da sociologia, da ciência política e da economia. As políticas públicas repercutem na economia e nas sociedades, daí por que qualquer teoria da política pública precisa também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade. Tal é também a razão pela qual pesquisadores de tantas disciplinas – economia, ciência política, sociologia, antropologia, geografia, planejamento, gestão e

ciências sociais aplicadas – partilham um interesse comum na área e têm contribuído para avanços teóricos e empíricos (BRASIL, 2015).

Pode-se, então, resumir política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real (SAÚDE MENTAL EM DADOS, 2012).

Se admitirmos que a política pública é um campo holístico, isto é, uma área que situa diversas unidades em totalidades organizadas, isso tem duas implicações. A primeira é que, como referido acima, a área torna-se território de várias disciplinas, teorias e modelos analíticos. Assim, apesar de possuir suas próprias modelagens, teorias e métodos, a política pública, embora seja formalmente um ramo da ciência política, a ela não se resume, podendo também ser objeto analítico de outras áreas do conhecimento, inclusive da econometria, já bastante influente em uma das subáreas da política pública, a da avaliação, que também vem recebendo influência de técnicas quantitativas. A segunda é que o caráter holístico da área não significa que ela careça de coerência teórica e metodológica, mas sim que ela comporta vários “olhares”. Por último, políticas públicas, após desenhadas e formuladas, desdobram-se em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistema de informação e pesquisas. Quando postas em ação, são implementadas, ficando daí submetidas a sistemas de acompanhamento e avaliação.

O desafio é lidar com as situações de maneira a possibilitar reflexões e ressignificações, tanto para os usuários quanto para os trabalhadores. Soluções rápidas, automatizadas e irrefletidas – como simplesmente lembrar que “há um regimento”, ou “há regras” inquestionáveis, ou propor ainda mais regras sem colocá-las em discussão –, aparentemente dão ordem à situação e tranquilizam os demandantes de

limites, que podem ser tanto usuários quanto trabalhadores (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Considera ainda a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários; considera ainda que a atenção psicossocial a pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas deve se basear em uma rede de dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural, e articulados à rede assistencial em saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica (KRISHNAN et al., 2014).

A construção de uma rede de assistência segura, eficaz e humanizada às pessoas com transtornos mentais tem sido um processo contínuo. Nesse cenário, após meses de debate, em dezembro de 2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que reúne o Ministério da Saúde e representantes estados (CONASS) e municípios (CONASEMS), anunciou medidas para fortalecer esse atendimento no SUS, promovendo mudanças na Política Nacional de Saúde Mental (Resolução CIT nº 32/2017 e Portaria nº 3.588/2017), com o objetivo de torná-la mais acessível, eficaz, resolutiva e humanizada. A iniciativa enfrenta os desafios e problemas já conhecidos. O objetivo é fazer com que pacientes, dos casos menos complexos aos mais graves, tenham acesso a tratamento efetivo no SUS (BRASIL, 2015).

Por outro lado, essas aparentes soluções reforçam um lugar de impossibilidade de o usuário decidir sobre si e interditam a possibilidade de pensar, inclusive, na organização do próprio serviço ou em formas mais amplas de participação coletiva - "regimento para o CAPS". É comum observar que esse tipo de dispositivo, o regimento, está presente em muitos CAPS-AD. Formulados como uma série de normas que estabelecem os limites entre o que é permitido ou não, os regimentos, como qualquer instrumento, podem ajudar ou atrapalhar na constituição de uma clínica psicossocial. Se o regimento é colocado acima de tudo e de todos, como entidade impossível de ser revista e questionada, ele pode engessar o serviço,

cristalizando e naturalizando práticas disciplinares (OLIVEIRA; SILVA; SILVA, 2009).

Além das ações assistenciais, o Ministério da Saúde também passa a atuar com maior vigor na esfera da prevenção. Na frente de dependência química, vamos ajustar e fazer novos estudos dos Programas que vinham em curso até o presente momento. Isso, pois os estudos conduzidos a partir da aplicação desses Programas mostram resultados bastante insatisfatórios, sendo que um deles chegou a causar ação iatrogênica. No que tange à prevenção do suicídio, o Ministério da Saúde lançou, em setembro de 2007, ações estratégicas nessa área. Publicou o primeiro relatório epidemiológico sobre o tema no país. Fez oficinas com a Imprensa para discutir e orientar sobre o tema. Além disso, o Ministério vai repassar recursos financeiros para os seis Estados com as maiores taxas de suicídio no país para a realização de planos locais de prevenção (BRASIL, 2007b).

O regimento pode ser utilizado para estabelecer pactuadamente as regras de convivência, mas, caso seja tomado como o norteador maior das práticas terapêuticas, pode comprometer a dimensão da singularidade, pois o que é terapêutico em determinado caso pode não o ser necessariamente em outro. Além disso, o regimento demarca um tempo, um lugar e um grupo de pessoas que o elaborou, mas os processos se modificam. Usar o regimento como "lei" inquestionável fragiliza a possibilidade de avaliação e construção contínua e coletiva das pactuações (CAVALCANTE, 2008).

Um regimento que estabelece limites sem negociá-los e discuti-los com os usuários pode induzir a equipe a uma lógica mais punitiva e disciplinar do que propriamente terapêutica. Nessa perspectiva, o limite estabelecido externamente ao usuário como tecnologia central do cuidado pode revelar justamente o limite do cuidado (AMARANTE, 2008).

É sob esse enfoque que se observa a especificidade do gestor municipal de saúde, como profissional que decodifica a política social instituída em lei, como resultado de um processo coletivo e contextualizado,

e possibilita a sua concretização no cotidiano do município. Sob tais considerações, o processo de gestão de saúde mental, acompanhado pelo gestor municipal de saúde da rede local, precisa interferir na qualidade dos trabalhos e, como consequência, na produção de saúde mental, seja na organização da instituição, seja em relação ao usuário ou ao trabalhador. E isso decorre do grau de envolvimento, conhecimento e aceitação do gestor de saúde municipal sobre as demandas e propostas históricas da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2007b).

Todas essas legislações enfatizam o aspecto da qualificação e da humanização, mas não refletem de modo relevante em humanização na prática: os serviços são ofertados com precariedade; falta medicamento, equipamento, alimento, profissionais e até atenção humanizada (BRASIL, 2007b).

As lacunas no acesso e no modo como o usuário e o trabalhador são acolhidos nos serviços de saúde constituem o grande desafio a ser enfrentado por trabalhadores, gestores e usuários da saúde na construção e efetivação do SUS, como política pública a fim de concretizar os princípios aprovados para a saúde, assegurados nos textos constitucionais como o modo de operacionalizar o trabalho da atenção e gestão em saúde e saúde mental cotidianamente (SILVA; CAMPOS, 2015).

As políticas atuais sobre saúde mental e dependência química definem o CAPS AD enquanto espaço especializado no atendimento de casos moderados e graves de abuso e dependência de substâncias psicoativas. No entanto, enfatizam a necessidade de haver articulação e integração entre ele e os outros serviços da rede de saúde, de modo a garantir uma assistência ampliada à referida demanda (BRASIL, 2007b).

Portanto, humanizar as relações entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS para ofertar um atendimento com mais qualidade na rede pública de saúde e saúde mental significa atuar de forma interdisciplinar em todas as áreas da saúde, sendo alvo da atenção dos gestores de saúde municipal. Tais questões buscam uma melhoria nos serviços de saúde de cuidado e nas condições de trabalho dos profissionais, além de ser a

principal meta da Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS, por meio da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2006; SILVA; CAMPOS, 2015).

No campo das políticas públicas de saúde, humanização envolve a transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços e sistemas de saúde; indica a necessidade de construção de novas relações entre usuários e trabalhadores e destes entre si, realçando a relevância do gestor em todos os processos internos do trabalho em saúde (SILVA; CAMPOS, 2015).

Nesse sentido, junto à gestão pública municipal de saúde recai o compromisso de articular à saúde a saúde mental, além de envolver a comunidade e demais secretarias nesse processo e apresentar soluções para as questões de saúde mental. No cotidiano, existe uma dicotomia entre saúde e saúde mental que é agravada pelo estigma que os próprios profissionais da saúde apresentam em relação aos usuários da saúde mental (SILVA; CAMPOS, 2015).

Para os usuários do CAPS, o acolhimento humanizado é o que esta política apresenta de melhor, junto com a medicação. Isso é facilmente constatado no cotidiano desse serviço. Porém, esse conceito envolve também os trabalhadores da área em suas interações rotineiras. Nesse sentido, encontra-se relacionado diretamente a questões de gestão, pois são articuladas a essas práticas efetivamente adotadas no cotidiano das instituições de saúde (SILVA; CAMPOS, 2015).

Compreende-se que gestão em saúde significa ter como meta menos doença e mais qualidade de vida e que a tarefa do gestor é facilitar a organização para que sejam superados os problemas, considerando que um problema é definido quando ocorre uma discrepância entre a situação identificada e a situação possível, um "gap". Nesse sentido, fazer gestão inicia-se por identificar problemas e definir prioridades para a sua solução, unindo as necessidades e as demandas com tecnologias, a formação e implementação de políticas, organização de trabalho e mobilização de recursos para a consecução dos objetivos (DELGADO, 2015).

Nesse contexto, era característica central da gestão pública a exclusão da sociedade civil do processo de formulação das políticas públicas, da implementação dos programas e do controle da ação governamental. O processo decisório da relação entre Estado e Sociedade, diante de programas, diretrizes, políticas e linhas guias, eram baseadas no burocratismo (BRASIL, 2015).

As políticas públicas para o uso de álcool e outras drogas são norteadas por ideologias que justificam determinadas abordagens em relação a este problema (NASCIMENTO, 2006). Tais abordagens propõem diferentes perspectivas sobre quem é o usuário de drogas, quais os seus direitos e qual a maneira mais adequada de contribuirmos efetivamente para a prevenção e para a sua recuperação. Assim, é importante termos uma visão geral sobre estas abordagens, pois elas influenciam a construção das políticas públicas e as nossas práticas (BRASIL, 2015).

Dessa forma, as políticas públicas eram marcadas pela fragmentação institucional, desarticulação que ocorria num mesmo nível de governo e entre diferentes esferas. Tal desenho institucional dificultava a tarefa de coordenação, com implicações para a eficiência e a efetividade das políticas públicas na sociedade. Sem mencionar que o crescimento do aparato estatal se deu desordenadamente, sem o visgo de uma coordenação efetiva (NELSON; MCNALL, 2016).

É importante ressaltar que a RAPS está sendo expandida e fortalecida, sem prejuízo de nenhum de seus componentes, mantendo a política de assistência comunitária, no território, com intervenções o menos invasivas possíveis e mantendo também as ações de desinstitucionalização (saída de moradores de Hospitais Psiquiátricos). Não cabe mais a ideia de que Hospitais Psiquiátricos devem abrigar moradores. Porém, também não cabe mais a ideia de que tais Serviços devam ser fechados. Os Hospitais Psiquiátricos devem ter qualidade para receber pacientes em quadros clínicos agudizados para internações breves, humanizadas e com vistas ao seu retorno para Serviços de base territorial (BRASIL, 2015).

A participação da comunidade e o controle social exercem papel crucial dentro do sistema, pois possibilita identificar “novas formas de atendimento às necessidades de saúde da população” e que o gestor público exerça seu papel com mais eficiência, eficácia e visão ampla. Ambas participação e controle visam “colocar o cidadão e usuário no centro do processo de avaliação do sistema e impedir que o Estado seja o árbitro do interesse coletivo (GUAL; MIQUEL, 2015).

Não há fórmulas prontas para a oferta de cuidado, mas há diretrizes que norteiam a prática clínica no cuidado à saúde psicossocial: a abertura da equipe para problematizar suas intervenções; a importância de analisar cada caso singularmente; o estímulo à negociação com os usuários sobre as propostas de cuidado; e a valorização da participação dos usuários em relação a seu tratamento, à organização do serviço e a atividades externas que lhes possibilitem a constituição de maior protagonismo e cidadania (BURNS; LABONIA FILHO, 2008).

Observa-se que com maior recorrência o discurso de que as estratégias precisam estar alinhadas aos princípios do SUS e da reforma psiquiátrica, priorizando a questão da humanização e do atendimento psicossocial, numa perspectiva de trabalhar questões como a autonomia e reinserção social dos usuários do serviço (OLIVEIRA; SILVA; SILVA, 2009; BRASIL, 2013).

Considerando a política proposta pelo Sistema de saúde, os Conselhos Municipais sobre Álcool e outras Drogas (COMAD) são apontados como espaços para a construção da política de álcool e outras drogas e para oportunizar o debate entre os múltiplos atores, possibilitando a vocalização dos problemas associados a este tema (BRASIL, 2007b). Já na política do Ministério da Saúde, a gestão participativa na área de drogas tem a mesma rotina prevista pela saúde mental, através da realização de conferências de saúde mental nos três níveis de governo (BRASIL, 2004b).

Estudos têm apontado, contudo, que muitas vezes os COMAD apresentam dificuldades para a articulação do tema álcool e drogas nas demais políticas setoriais e para a construção de redes entre as secretarias

de governo e com as instituições da sociedade civil. Tal qual em outros conselhos, mesmo após a sua implementação os COMAD têm dificuldades de superar a fase inicial, perdurando as atividades que visam a sua organização interna. Em relação as conferências de saúde mental, um aspecto comum é a forte presença de grupos técnicos e de atores institucionais, sendo predominada por profissionais que utilizam este espaço para as suas reivindicações trabalhistas, assim como nas conferências de saúde geral (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

As conferências de saúde mental, de uma maneira geral, têm se caracterizado pela repetição dos princípios constitucionais da reforma psiquiátrica. Tais conferências acabam não oportunizando um debate de questões importantes relacionadas ao campo das políticas de drogas. Enquanto os COMAD tendem a reduzir a discussão das políticas de drogas ao próprio conselho, tendo dificuldades de se integrarem ao cenário político mais amplo, as conferências de saúde mental são predominadas por temáticas e atores que deixam a margem questões próprias das políticas de drogas. Deste modo, a participação social na área de drogas ainda é frágil e incipiente, sendo um desafio torná-la mais efetiva (BRASIL, 2007b; SAÚDE MENTAL EM DADOS, 2012).

Dentre o conjunto de estratégias e princípios no campo da saúde mental e atenção psicossocial no Brasil, o autor destaca: as estratégias de residencialidade e emancipação dos sujeitos; o apoio das cooperativas, centros de convivência e empresas sociais; e a atenção primária em saúde, que tem como foco a saúde da família e objetiva reverter o quadro centrado apenas na doença e no tratamento (AMARANTE, 2008).

Considerações Finais

No âmbito da saúde mental são utilizados como estratégias para o fortalecimento da rede de atenção, o atendimento humanizado a partir da visão holística, o fortalecimento do vínculo com os usuários através das assembleias, o trabalho realizado com o conselho local de saúde, ações na comunidade e acompanhamento familiar. Saúde, como as demais

políticas públicas, está submetida ao sistema neoliberal que com sua política de corte de gastos públicos, fragiliza direitos, comprometendo a quantidade e sobretudo a qualidade das políticas sociais.

Novos componentes da RAP, qualificação técnica dos Serviços e dos profissionais, incorporação das melhores práticas e melhora da retaguarda para crises são medidas a favor dos pacientes e suas famílias e contra a cronificação, o desamparo, o abandono, o encarceramento e a morte precoce, ou seja, em defesa dos Direitos Humanos. Em última análise, são os portadores de transtornos mentais e suas famílias os principais interessados e afetados pela falta de recursos, falta de vagas assistenciais de qualidade e falta de uma Rede que contemple de fato as diferentes necessidades e cenários existentes na Saúde Mental.

Assim, as novas ações ocorrem em defesa do SUS, do cidadão e de seu direito a um atendimento efetivo, humanizado e de qualidade em saúde mental. O SUS passa a oferecer uma rede assistencial equilibrada, ofertando tratamento, de acordo com as necessidades dos pacientes. Assim, a política pública passa a se adequar às demandas dos pacientes, e não o contrário.

Experiências de implementação de práticas de prevenção ao uso de drogas apontaram, contudo, que existem diversas barreiras que comprometem a implementação de práticas de prevenção na rotina dos serviços de saúde. Um destes obstáculos é a falta de institucionalização destas práticas, pois há uma escassez de programas ou mesmo diretrizes que visem consolidá-la na rotina assistencial embora a prevenção seja claramente um dos principais objetivos das políticas públicas sobre álcool e outras drogas, ainda é um desafio a construção de propostas consistentes que de fato possibilitem a implementação de estratégias preventivas na rotina assistencial.

Diante do exposto, acredita-se que ocorra a concretização de mudanças na gestão de políticas públicas no SUS, tendo como pressuposto a operacionalização das propostas das referidas estratégias de saúde mental. Nesta perspectiva, urge a adoção de medidas, tais como: a

abertura efetiva de espaços para a implantação e/ou consolidação da cogestão, alicerçada nas opiniões e/ou decisões dos usuários dos serviços do CAPS AD III; o respeito aos princípios da administração pública no que se referente à assistência ao alcoolismo, garantindo-se os direitos de cuidado, tratamento e acompanhamento contínuo, inclusive com a implantação de um plano de condutas sociais; e adoção de uma política concreta e abrangente de educação continuada.

Referências

AMARANTE, Paulo. Saúde mental e atenção psicossocial. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 829-840, 2008.

ANDRADE, Andréa Batista; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. **Qualidade do cuidado em dois centros de atenção psicossocial sob o olhar de usuários**. 2012. 145 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública Integralidade e Humanização em Saúde Mental: Experiências de Usuários em Dois Centros de Atenção Psicossocial) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

AZEVEDO, Dulcian Medeiros *et al.* Avaliação da assistência em saúde num centro de atenção psicossocial na perspectiva dos profissionais. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 16, n. 2, p. 109-116, 2014.

BARBIANI, Rosangela *et al.* Metamorfoses da medicalização e seus impactos na família brasileira. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 567-587, 2014.

BRASIL. Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 maio 2007a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm. Acesso em: 5 maio 2018.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 5 maio 2018.

BRASIL. Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008. Altera a Lei n. 9.503, de 23 de setembro de 1997, que 'institui o Código de Trânsito Brasileiro', e a Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 jun. 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11705.htm. Acesso em: 5 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Um outro olhar**: manual audiovisual sobre centros de atenção psicossocial e saúde mental na atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004**. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html. Acesso em: 5 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas**: guia AD. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 100 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.

BURNS, J. E.; LABONIA FILHO, W. Grupos de ajuda mútua no tratamento de pessoas dependentes de substâncias. In: PECHANNSKY, F. (coord.). **Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas**: Brasília, DF: Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, 2008. Módulo 5. Curso SUPERA.

CAROTA, Antonia; CALABRESE, Pasquale. Alcoholism between fiction and reality. **Frontiers of Neurology Neuroscience**, v. 31, p. 169-77, 2013.

CASCUDO, Luiz Câmara. **Prelúdio da cachaça**: etnologia, história e sociologia da aguardente no Brasil. Belo Horizonte: Itatiaia, 1986.

CAVALCANTE, Regina Cláudia Barroso. **Políticas públicas sobre drogas**: labirinto entre a marginalidade e a cidadania. 2008. 145 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2008.

CECILIO, Helen; OLIVEIRA, Denize Cristina de. Modelos de revisão integrativa: discussão na pesquisa em Enfermagem. **Atas - Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2, p. 764-772, 2017.

DELGADO, Pedro Gabriel. Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 13-18, mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000100013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 maio 2018.

ELBREDER, Márcia Fonsi *et al.* Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 57, n. 1, p. 9-15, 2008.

FILIZOLA, Carmen Lúcia Alves *et al.* Compreendendo o alcoolismo na família. **Escola Anna Nery**, v. 10, n. 4, p. 660-670, 2006.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 129-138, jan./fev. 2009.

FODRA, Rosita Emília Pereira; ROSA, Abílio da Costa. Centro de atenção psicossocial álcool e drogas (CAPS ad): análises dos discursos e da prática no contexto da reforma psiquiátrica e atenção psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 129-139, jan./abr. 2009.

GARCIA, Leila Posenato *et al.* Uso de álcool como causa necessária de morte no Brasil, 2010 a 2012. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 38, n. 5, p. 418-424, 2015.

GUAL, Antoni; MIQUEL, Laia. New perspectives for the treatment of alcoholism. **Medicina Clínica**, v. 6, n. 1, p. 24-25, 2015.

JABER, Jorge. Alcoolismo: compulsão que pode destruir. **Proteste Saúde**, v. 53, p. 18-21, jul. 2016. Disponível em: http://www.clinicajorgejaber.com.br/artigos/jun_proteste.pdf. Acesso em: 6 dez. 2021.

JORGE, Maria Salete Bessa *et al.* Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da política de desprecarização do trabalho no Sistema Único de Saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 417-425, 2007.

KRISHNAN, Harish R. *et al.* The epigenetic landscape of alcoholism. **International Review Neurobiology**, n. 115, p. 75-116, 2014.

LIEBER, C. S. Metabolism and metabolic effects of alcohol. **Seminars in Hematology**, v. 17, p. 85-99, 1980.

MATEUS, Mário Dinis (org.). **Políticas de saúde mental**: baseado no curso políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. 400 p.

MUNHOZ, Tiago N. *et al.* Tendências de consumo abusivo de álcool nas capitais brasileiras entre os anos de 2006 a 2013: análise das informações do VIGITEL. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 7, p. 1-11, 2017.

NASCIMENTO, Ari Bassi. Uma visão crítica das políticas de descriminalização e patologização do usuário de drogas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 185-190, 2006.

NELSON, Jon P.; MCNALL, Amy D. Alcohol prices, taxes, and alcohol-related harms: a critical review of natural experiments in alcohol policy for nine countries. **Health Policy**, v. 120, p. 264-272, 2016.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra de; SILVA, Karla Maria Duarte; SILVA, Joana Celine Costa e. Percepção sobre a prática de enfermagem em centros de atenção psicossocial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 4, p. 692-699, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Global status report on alcohol and health**. Suíça: Organização Mundial de Saúde, 2011.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, dez. 2011.

ROSA, Carlos Mendes; VILHENA, Junia de. Do manicômio ao CAPS: da contenção (im)piedosa à responsabilização. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 37, p. 154-176, jul./dez. 2012.

SAÚDE MENTAL EM DADOS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, ano 7, n. 10, 2012.

SCHRANK, Guisela; OLSCHOWSKY, Agnes. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 1, p. 127-134, 2008.

SENGER, Ana Elisa Vieira *et al.* Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 713-719, 2011.

SILVA, Tânia C. R. da; CAMPOS, Mauro M. Gestão de saúde mental em município de pequeno porte no estado do Rio de Janeiro. **Vértices**, Campos dos Goytacazes, v. 17, n. 3, p. 35-64, set./dez. 2015.

SZUPSZYNSKI, Karen Priscila Del Rio; OLIVEIRA, Margareth da Silva. O modelo transteórico no tratamento da dependência química. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 162-163, 2018.

VARELLA, Drauzio. Alcoolismo. **UOL**, 11 ago. 2020. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/drauzio/artigos/alcoolismo-artigo/#::~:~:text=Do%20ponto%20de%20vista%20m%C3%A9dico,quando%20a%20mesma%20%C3%A9%20retirada>. Acesso em: 5 dez. 2021.

VARGAS, Divane de; OLIVEIRA, Marcia Aparecida Ferreira de; DUARTE, Fernando Augusto Bicudo. Psychosocial care Center for Alcohol and Drugs (CAPS ad): nursing insertion and practices in São Paulo City, Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 115-122, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Alcohol**. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/alcohol#:~:text=Harmful%20use%20of%20alcohol%20is%20accountable%20for%207.1%25%20and%202.2,deaths%20in%20this%20age%20group>.

Acesso em: 6 dez. 2021.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinto; LEITE, Loiva dos Santos; CADONÁ, Eliane. Política de saúde mental no Brasil: reflexões a partir da lei 10.216 e da portaria 3.088. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 9, n. 24, p. 1-21, 2017.

ZEFERINO, Maria Terezinha. **Crise e urgência em saúde mental**: organização da atenção psicossocial à crise em rede de cuidado. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

Capítulo 6

CONHECENDO O CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO DO SUS

Nayara Pereira Lourenço
Carlos André Moura Arruda
Geiça Lopes Vieira
Evandir Florencio Medeiros
César Augusto Rodrigues Parente
Daniele Vasconcelos Fernandes Vieira

6 Conhecendo o controle social na gestão do SUS

Nayara Pereira Lourenço
Carlos André Moura Arruda
Geiza Lopes Vieira
Evandir Florencio Medeiros
César Augusto Rodrigues Parente
Daniele Vasconcelos Fernandes Vieira

Resumo

Objetivo: revisar na produção científica as contribuições do controle social e a participação popular como garantia da prática da democracia e do direito de cidadania no Sistema Único de Saúde. **Método:** Foi realizada revisão da produção científica relacionada com as contribuições do controle social e a participação popular como garantia da prática da democracia e do direito de cidadania no Sistema Único de Saúde. Revisão científica cujas fontes foram livros, periódicos, revistas eletrônicas de dados como *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Leis Orgânicas da saúde (Lei 8.080/90 e 8.142/90) e Constituição Federal de 1988 com vista a conhecer as diferentes contribuições de pesquisadores sobre o tema que é conhecer o controle social na gestão do Sistema Único de Saúde/SUS. Os critérios de inclusão da revisão bibliográfica, trabalhos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol nas bases de dados do SciELO, PUBMED e LILACS, no período de 2007 a 2017, com resumos disponíveis nos bancos de dados informatizados selecionados e textos disponíveis na íntegra na internet ou podendo ser fornecidos pela fonte original. **Resultados:** A participação da sociedade debatendo em suas organizações, dialogando com o Estado e realizando o controle social é muito importante para garantir que as políticas atendam, de fato, às necessidades prioritárias da população, para melhorar os níveis de oferta e de qualidade dos serviços e para fiscalizar a aplicação dos recursos públicos.

Considerações finais: Conselhos de Saúde representam na atualidade um instrumento relevante para viabilizar a participação da cidadania no SUS, oportunizando o exercício da democracia direta. Por sua vez, na esfera federal, foi editada a Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990, denominada Lei Orgânica do SUS (LOS).

Palavras-chave: Controle Social. Participação Social. Gestão em Saúde Pública. Desafios e Usuários.

Introdução

O percurso da saúde pública brasileira está diretamente associado aos determinantes históricos, culturais, sociais e econômicos. Os estudos revelam um trajeto marcado por conflitos e interesses que resultaram em fortes desigualdades sociais, onde a saúde era um bem de exclusividade de uma minoria (POLIGNANO, 2008). O estado só viera a se preocupar com a saúde da população quando esta passa a interferir nos interesses políticos e econômicos do país.

O modelo de saúde pública adotado no Brasil até 1988 dividia a sociedade entre aqueles que podiam pagar por serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde pública por serem trabalhadores com carteira assinada e os que estavam completamente excluídos do processo (INDRIUNAS, 2012).

A criação do Sistema Único de Saúde pela Constituição Federal de 1988, impulsionado pelo movimento reformista sanitário e pela luta e mobilização da sociedade civil (RONCALLI, 2003), efetiva o mandamento constitucional do direito à saúde como um “direito de todos” e “dever do Estado”.

Os princípios que fundamentam sua concepção são: a) a universalidade das ações, onde as diferenças sociais como sexo, raça, cor e outros não podem impedir o livre acesso ao sistema; b) equidade ou igualdade de acesso que pode ser traduzida como justiça social, neste caso, recebe mais quem precisa de mais; c) a integralidade, orienta que os usuários deverão ser concebidos como um todo de forma biopsicossocial; d) a descentralização como estratégia para redução das desigualdades sociais; e) a regionalização e hierarquização das ações, que são diretrizes importantes para descentralização e racionalização das ações de saúde; f) O direito de participação social ou controle social, garantindo que o usuário participe ativamente no direcionamento das políticas de saúde, criando espaços para a prática da democracia participativa (BRASIL, 1988).

Esta abordagem histórica se justifica por tratar-se de uma reflexão sobre o tema onde os aspectos históricos servirão de fundamento analítico para compreensão dos avanços e desafios do Sistema Único de Saúde na garantia do controle social e da participação popular como espaço de democracia e cidadania.

Diante deste cenário, a pesquisa partiu da seguinte questão: Em que medida o controle social e a participação popular garantem a prática da democracia e o direito de cidadania no Sistema Único de Saúde?

Para obter o objetivo proposto à pesquisa busca-se apresentar uma contribuição para a literatura que trata da trajetória da saúde pública brasileira, com ênfase nos fatores históricos, sociais e políticos que sempre influenciaram a construção deste processo desde a chegada da família real portuguesa ao Brasil, passando pelo movimento de reforma sanitária, das reformas da administração pública até a criação do Sistema Único de Saúde.

Não se pode esquecer que o SUS se tornou uma das mais importantes reformas da área social, realizada a partir do novo regime democrático, pois traz em seu bojo a garantia de espaços de participação social na construção de políticas públicas de saúde. Nesta expectativa, Tenório (2008) afirma que a gestão social na relação sociedade-estado só acontece quando os governos institucionalizam modos de elaboração de políticas públicas que não olhe para o cidadão como meta para suas ações, pelo contrário, o cidadão deverá estar presente como participante ativo em todo o processo de elaboração, execução e avaliação das políticas.

Subentende-se que somente a participação ativa do cidadão é que garantirá a prática da democracia e da cidadania. Habermas fala sobre a cidadania deliberativa procedimental, evidenciando a participação como forma de assegurar os direitos de cidadania num Estado Democrático de Direitos (HABERMAS, 2003).

O interesse pela pesquisa se deu pelo fato de se mostrar evidente ao ter acesso a literatura sobre gestão social, com estudos de variados

enfoques durante o curso de Pós-Graduação de Gestão Pública em Saúde das quais resultou na elaboração deste pré-projeto.

É garantido aos cidadãos a participação social no Sistema Único de Saúde na Lei nº 8.142/90, configurando o controle social. A participação da população pode se dar de duas formas: nos Conselhos de Saúde e nas Conferências de Saúde (BRASIL, 1990a).

O Conselho de Saúde é responsável por definir as diretrizes norteadoras para elaboração do Plano de Saúde, aprovar ou reprovar, fiscalizar a execução das Políticas Públicas de saúde além de formular e propor estratégias para a execução destas, consubstanciar a participação organizada da sociedade na administração da saúde, entre outras atribuições.

As Conferências de Saúde são instâncias colegiadas com a missão de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos três níveis de governo, as conferências são abertas para a participação da população e ocorrem a cada 4 anos, enquanto ao Conselho cabe deliberar as diretrizes dessa política, acompanhando as ações e fiscalizando a utilização dos recursos.

Os bons gestores precisam tomar nota de que na lição de Gama (2006, p.131) a democracia direta é a "forma de governo em que o povo controla diretamente a gestão da sociedade", ou seja, é quando o poder do povo é exercido de modo mais efetivo do que na democracia indireta, que ocorre quando "o povo governa através dos seus representantes que elege".

De acordo com o que preceitua a obra O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios (BRASIL, 2006, p. 94), o controle social: abrange as práticas de fiscalização e de participação nos processos deliberativos relacionados à formulação de políticas de saúde e de gestão no SUS.

Há mecanismos institucionalizados que garantem a participação e o controle social, como os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, com representatividade dos diversos atores sociais.

As Conferências de Saúde, que ocorrem a cada dois anos, devem avaliar o cumprimento das diretrizes contidas no respectivo Plano de Saúde e produzir diretrizes que orientem novas políticas e programas no seu âmbito de atuação. Conselhos e conferências são garantidos nas três esferas de gestão do SUS pela Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990a).

O SUS garante aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios autonomia para administrar os recursos da Saúde. Para isso, é preciso que cada esfera de gestão tenha seu Conselho de Saúde funcionando de forma adequada. Ao Ministério da Saúde (MS) e às secretarias estaduais e municipais de Saúde cabe a implementação de mecanismos para a gestão e apoio ao fortalecimento do controle social no SUS.

Métodos

Realizou-se uma revisão na produção científica com a finalidade de fazer com que o pesquisador entre em contato direto com todo o material escrito sobre um determinado assunto, auxiliando o cientista na análise de suas pesquisas ou na manipulação de suas informações. A revisão foi desenvolvida com base nas fases a seguir:

1ª Etapa - Análise das fontes de informações

Revisão da literatura cujas fontes foram livros, periódicos, revistas eletrônicas de dados como SciELO, LILACS, Leis Orgânicas da saúde (Lei 8.080/90 e 8.142/90) e Constituição Federal de 1988 com vista a conhecer as diferentes contribuições de pesquisadores sobre o tema que é conhecer o controle social na gestão do Sistema Único de Saúde/SUS.

os critérios de inclusão da revisão bibliográfica, trabalhos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol nas bases de dados do *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), PUBMED e Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), no período de 2007 a 2017, com resumos disponíveis nos bancos de dados informatizados selecionados e textos disponíveis na íntegra na internet ou podendo ser fornecidos pela

fonte original.

Outros materiais consultivos foram utilizados para fundamentar a pesquisa e complementar a análise bibliográfica, um deles foi a pesquisa documental.

Realizaram-se consultas e pesquisas em sites principalmente em órgãos como: Controladoria Geral da União (CGU) através do seu portal da transparência, Tribunal de Contas da União (TCU), Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), entre outros que colaboraram com o andamento desta pesquisa.

2ª Etapa – Coleta de dados

A coleta de dados seguiu o seguinte ato inicial:

Leitura Exploratória de todo o material selecionado (leitura rápida que objetiva verificar se a obra consultada é de interesse para o trabalho).

Leitura Seletiva (leitura mais aprofundada das partes que realmente interessam).

Registro das informações extraídas das fontes em instrumento específico (autores, ano, método, resultados e conclusões).

3ª Etapa - Análise e interpretação dos resultados

Nesta fase foi realizada uma leitura com análise e com a finalidade de ordenar e sumariar as informações contidas nas fontes, de forma que estas possibilitassem a obtenção de respostas ao problema da pesquisa. As categorias que emergiram da etapa anterior foram analisadas e discutidas a partir do referencial teórico relativo à temática do estudo.

Resultados e Discussão

Inicialmente, foram encontradas 762 produções científicas com os descritores. Conhecendo o Controle Social na Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Desses, foram selecionadas 105 produções científicas que apresentavam o texto na íntegra, disponível *on-line*, sendo que apenas 19 atenderam ao critério de inclusão relativo ao idioma que era a língua portuguesa.

Das 19 produções selecionadas, 16 atenderam ao critério de inclusão ao serem classificadas como artigos. Quando se aplicou o filtro relativo ao recorte temporal dos últimos dez anos, foram selecionados 14 artigos. Desses, nove estavam duplicados por integrarem mais de uma base de dados, motivo pelo qual foram excluídos, restando 06 artigos. Após a leitura dos títulos e dos resumos dessas produções, 10 foram excluídos por não responderem à questão norteadora desse estudo.

Quadro 1 - Caracterização dos estudos quanto aos autores, título, periódico/ano e resultados/considerações da publicação compreendidos no período de 2010 a 2018

Autor (Es)	Título	Ano	Resultados/Considerações
A1. Habermas	Mudança estrutural da esfera pública: investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa.	2003	Fala sobre a cidadania deliberativa procedimental, evidenciando a participação como forma de assegurar os direitos de cidadania num Estado Democrático de Direitos.
A2. Finkelman; Faria e Souza,	Caminhos da saúde pública no Brasil.	2002	8080/90 e nº 8.142/90, sendo estabelecidas nestas as diretrizes e normas que direcionam o novo sistema de saúde, bem como aspectos relacionados a sua organização e funcionamento, critérios de repasses para os estados e municípios além de disciplinar o controle social no SUS em conformidade com as representações dos critérios estaduais e municipais de saúde
A3 Dallari	Políticas de Estado e políticas de governo: o caso da saúde pública.	2006	A participação é um princípio indissociável da democracia, garantindo, não só aos indivíduos, como também a grupos e associações, o direito à
	In:(Org.). Políticas Públicas reflexões sobre o conceito jurídico.		representação política, à informação e à defesa de seus interesses, possibilitando-lhes a atuação na gestão dos bens e serviços públicos.
A4 Giran	Empoderamento e recursos para a participação em conselhos gestores.	2000	O homem não nasce cidadão; o homem se torna cidadão. A formação de um cidadão não é tarefa fácil: a família, a escola e mesmo o Estado não se sentem responsáveis pela sua formação. Transferindo-se a responsabilidade de uma instância para outra, quem sai perdendo é o indivíduo e a sociedade.
A5 Tatagiba e Luciana	Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. São Paulo: Paz e Terra.	2002	Conselhos gestores de políticas públicas são espaços públicos de composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil, de natureza deliberativa, cuja função é formular e controlar a execução das políticas públicas setoriais.

A6 Carvalho	Conselhos de saúde, responsabilidade sanitária como reforma do Estado. pública e cidadania: a reforma.	1997	O gestor em saúde poderá proporcionar nos Conselho a motivação para lutar por uma produção social que estabeleça o Ser Sujeito, presente de gozo e responsabilidades políticas e sociais para construção da democracia, ou seja, produzindo uma prática libertadora dentro dos Conselhos de Saúde
----------------	--	------	---

Fonte: Elaborado pelos autores (2018).

De início, observemos que o movimento Sanitário sempre defendeu a descentralização dos serviços de saúde e a adoção da municipalização, vista como uma estratégia para democratizar o sistema nacional de saúde e como um dos princípios do SUS.

Com isso, além de desburocratizar o sistema, o que gera maior resolubilidade dos problemas apresentados, a descentralização dos serviços de saúde aproxima a gestão do cidadão, podendo este cobrar e interferir mais de perto na política pública do município.

Assim, os Conselhos de Saúde representam na atualidade um instrumento relevante para viabilizar a participação da cidadania no SUS, oportunizando o exercício da democracia direta. Por sua vez, na esfera federal, foi editada a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, denominada Lei Orgânica do SUS (LOS), que prevê atribuições para o CNS, como órgão da gestão do sistema, como se lê nos artigos 12; 26; 33 e 37 (BRASIL, 1990b) abaixo transcritos:

Art. 12 - Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos complementares e por entidades representativas da sociedade civil.

Art. 26 - Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

Art. 33 - Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde - SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

Art. 37 - O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Conhecer o controle social na gestão do Sistema Único de Saúde requer um estudo elaborado, conscientizado que existem diversas legislações que coadunam com seu pleno desenvolvimento:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I - a Conferência de Saúde; e II - o Conselho de Saúde. (...)

§2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990b).

Toda esta organização se faz necessária pelo fato de que é só, pois o artigo 4º, inciso II, parágrafo único, da lei acima citada, dispõe que os entes políticos deverão contar com Conselhos de Saúde, sob pena de ter seus recursos administrados pelo Estado, no caso dos Municípios e pela União, no caso dos Estados, *in litteris*:

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com: [...] II - Conselho de Saúde [...]

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União (BRASIL, 1990b).

Assim, a criação e o funcionamento dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, de forma paritária, não é uma faculdade ou graciosidade, mas sim, uma ordem taxativa imposta pela Constituição e pela Lei n. 8.080 e n. 8.142, em homenagem à democracia participativa. Acerca do tema, Vázquez et al. (2005, p. 142) afirmam:

No Brasil, a participação da população é um dos eixos principais na estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) e está claramente definida dentro do marco legal da reforma do setor saúde (Constituição Federal, 1988; Leis 8.080 e 8.142, 1990; NOB's 1/91, 1/92 e 1/96).

Em nossa carta Magna estabelece que é um direito e um dever de todo cidadão participar em todos os níveis de governo. Este novo marco legal refugia uma concepção democrática da participação em saúde, significando a integração, em parceria com o Estado, dos diferentes setores da população na definição de políticas de saúde a serem implementadas.

Com o estudo, não poderíamos deixar de frisar o que determina o artigo 12 da Lei n. 8.689, de 27 de julho de 1993, a qual dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS e dá outras providências, abaixo transcrito, quanto à necessidade de apresentação de Relatório de Gestão trimestral, que deve conter, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada, pelo gestor do SUS, para análise e ampla divulgação dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990b).

Art. 12. O gestor do Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo apresentará, trimestralmente, ao conselho de saúde correspondente e em audiência pública nas câmaras de vereadores e nas assembleias legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada.

Vale lembrar, que calha o dever da remessa de Relatório de Gestão trimestral ao Conselho de Saúde e da realização de audiência pública nas Câmaras de Vereadores e nas Assembleias Legislativas respectivas, para viabilizar a discussão e a divulgação das ações de saúde à população.

Uma discussão que não poderia passar despercebido é que a Participação e Controle Social, após um longo período no qual a

população viveu sob um estado ditatorial, com a centralização das decisões, o tecnicismo e o autoritarismo, durante a década de 1980 ocorreu uma abertura democrática que reconhece a necessidade de revisão do modelo de saúde vigente na época, com propostas discutidas em expandir a participação popular nos desembargos e descentralizar a gestão pública em saúde.

Nessa perspectiva, a dimensão histórica adquire relevância essencial para a compreensão do controle social, o que pode provocar reações contraditórias. De fato, o controle social foi historicamente exercido pelo Estado sobre a sociedade durante muitos anos, na época da ditadura militar.

É cabível destacar que a ênfase ao controle social que aqui será dada refere-se às ações que os cidadãos exercem para monitorar, fiscalizar, avaliar, interferir na gestão estatal e não o inverso.

Pois, como vimos, também se denominam controle social as ações do Estado para controlar a sociedade, que se dá por meio da legislação, do aparato institucional ou mesmo por meio da força.

A discussão com ênfase dada ao controle social na nova Constituição se expressa em novas diretrizes para a efetivação deste por meio de instrumentos normativos e da criação legal de espaços institucionais que garantem a participação da sociedade civil organizada na fiscalização direta do executivo nas três esferas de governo.

Por fim, consideramos que se trata de um reducionismo, uma vez que este não traduz a amplitude do direito assegurado pela nova Constituição Federal de 1988, que permite não só o controle e a fiscalização permanente da aplicação de recursos públicos.

Este também se manifesta através da ação, onde cidadãos e políticos têm um papel social a desempenhar através da execução de suas funções, ou ainda através da proposição, onde cidadãos participam da formulação de políticas, intervindo em decisões e orientando a Administração Pública quanto às melhores medidas a serem adotadas com objetivo de atender aos legítimos interesses públicos (NOGUEIRA, 2004).

Como mencionado anteriormente, foi através da Constituição Federal de 1988, a determinação da participação da comunidade e coadunou para ser uma das diretrizes do SUS.

É um preceito constitucional, portanto deve ser cumprido. O que antes era uma grande vontade se torna realidade. Controle social significa o conhecimento, a participação e o controle da sociedade sobre as ações do Estado. É uma demonstração clara do exercício da democracia.

A participação social qualifica ainda mais o SUS. Se saúde é completo bem-estar; se precisamos cada vez mais fazer promoção e prevenção da saúde; se tornar o cidadão ator importante e imprescindível da sua saúde; se o vínculo do cidadão com sua unidade básica de saúde é fator principal para reverter o modelo de saúde vigente; precisamos desta participação.

Participação social e controle social andam lado a lado. Além de efetivamente existirem é preciso qualificá-los. Capacitação, condições de funcionamento, diálogo constante e proximidade são vitais.

Não pode ser visto como espaço de debate político partidário, mas sim espaço de discussão, avaliação e aprimoramento das políticas de saúde no município. E organizar esta participação é imprescindível.

Por isso é necessário continuar estudando a participação social, para mostrar os fatores concretos e de manipulação nesses processos de participação, é preciso divulgar esse conhecimento para a participação evoluir em formas mais democráticas e não deixar retroceder, a sociedade precisa lutar por esse direito, ter o poder de diálogo e decisão.

Considerações Finais

Podemos sugerir que a resposta se direciona a vários fatores, mas pode se alocar no fato da prática ser incipiente e ao nível cultural da população, em que a maioria está acostumada a eleger seus representantes e após entrar numa zona de conforto, em que é mais fácil esperar acontecer, do que contribuir para ocorrer.

A fim de vencer esta barreira histórica é que se promulgou a Constituição Federal de 1988, que abarcou a democracia representativa com elementos da democracia participativa (Conselhos Municipais e o Orçamento Participativo), para possibilitar cada vez mais a introdução da participação popular na gestão pública.

A participação da sociedade debatendo em suas organizações, dialogando com o Estado e realizando o controle social é muito importante para garantir que as políticas atendam, de fato, às necessidades prioritárias da população, para melhorar os níveis de oferta e de qualidade dos serviços e para fiscalizar a aplicação dos recursos públicos.

A informação ampla da sociedade no controle social fortalece as políticas públicas, tornando-as mais adequadas às necessidades da coletividade e ao interesse público, e mais eficientes. Por exemplo, quando a população está atenta para o que ocorre na escola do seu bairro ou no posto de saúde, ou mesmo nas políticas nacionais, temos um melhor resultado em termos de qualidade desta política pública.

Além disso, o controle social contribui para a democratização da gestão pública, através do envolvimento de diversos atores da sociedade, cada qual com suas necessidades e interesses específicos.

Ao pensar a política pública, o gestor (prefeito, secretário) não toma decisões levando em conta apenas o seu ponto de vista, mas passa a dialogar com as diversas demandas trazidas pelos diferentes atores participantes.

Em alguns espaços, como nos conselhos gestores de políticas públicas, a sociedade não apenas tem direito à voz, como também, delibera e decide sobre as políticas, em conjunto com o governo.

São espaços de diálogo e deliberação direta entre representantes da sociedade civil e do governo. Os conselhos gestores de políticas públicas são instrumentos fundamentais de controle social das políticas setoriais nos níveis municipal, estadual e federal, previstos em lei.

A eles compete deliberar políticas e aprovar planos, fiscalizar as ações e a utilização dos recursos, aprovar ou rejeitar a prestação de contas feita pelo poder público e emitir normas.

Como estes conselhos têm sua existência garantida em lei, não estão sujeitos à vontade de uma ou outra gestão para existir. Já outros espaços como Orçamentos Participativos ou grupos de trabalho são diretamente afetados pela vontade política dos governos em implementá-los ou dar continuidade ao seu funcionamento.

Estes mecanismos não são os únicos onde se exerce o controle social. Não existe controle social sem a participação ativa da sociedade em associações, movimentos, fóruns, organizações não governamentais (ONG), etc. São nestes espaços autônomos de debate que as propostas a serem apresentadas ao governo são amplamente discutidas e formuladas.

Nestes espaços, diversos segmentos da sociedade discutem o que esperam das políticas públicas e da sociedade em que vivem, aprendem a dialogar e a respeitar outros pontos de vista, constroem interesses coletivos e definem propostas que, no diálogo posterior com governos, serão apresentadas e defendidas.

Mas, é sabido que para tornar possível o controle social, é necessário que os representantes da sociedade tenham uma opinião bastante clara sobre a política pública a ser discutida, quais devem ser as suas prioridades, o que ela precisa ter ou fazer para garantir os direitos da comunidade e suprir suas demandas.

Para isso, é importante que os movimentos, associações, fóruns e outras entidades da sociedade civil sempre busquem informações e discutam as políticas públicas, programas, ações e o orçamento de um determinado setor para depois dialogar com o Estado. Assim, ao chegar nos espaços de participação, defendem melhor uma posição discutida previamente.

A sociedade também tem o papel importante de cobrar para que sejam garantidos os mecanismos de controle social previstos em lei, bem como o acesso às informações necessárias para efetivar o controle.

Sobretudo, no que tange o controle social para ser efetivo é muito importante que o governo reconheça o papel da sociedade civil e do controle social para a gestão de políticas públicas.

É importante frisar que toda instituição que envolve controle social e fiscalização dos atos do governo, como o caso dos conselhos e orçamento participativo, depende fortemente da articulação da sociedade civil e na mesma medida de vontade política. O OP permite o exercício da democracia com caráter notoriamente distributivo, porque tem a função de melhor equalizar os recursos públicos às periferias, a fim de minimizar as diferenças sociais locais.

Com este trabalho ressaltaríamos que saúde é democracia e sobretudo, o controle social é muito importante para que as políticas públicas de saúde sejam construídas, planejadas e efetivadas com a participação dos cidadãos no Brasil.

Por sua importância dentro de um sistema público de direitos, em que todas as pessoas devem ter voz e ser ouvidas, mesmo que não ocupem cargos nos órgãos do Poder Executivo, é que a Constituição Federal estabeleceu em seu artigo 198, inciso III, a participação da comunidade como uma diretriz do SUS.

Mas, a participação em Conselhos de Saúde e nas Conferências de Saúde não são as únicas formas de controle social. Essas são as formas de participação através do sistema representativo. A Constituição Federal, no parágrafo único de seu artigo 1º, também diz que "Todo poder emana do povo, que o exerce através de representantes eleitos ou diretamente."

Portanto, a participação social também se dá através de inúmeras formas, destarte, não basta o país estar sob a égide do Estado Democrático de Direito, é preciso que a sociedade civil entenda e usufrua de seus mecanismos participativos, em busca de uma sociedade livre, justa e solidária, ora almejada pelo ordenamento jurídico brasileiro e por todos.

Em que medida o controle social e a participação popular garantem a prática da democracia e o direito de cidadania no Sistema Único de Saúde? A participação deve ser vista sob o ponto da qualidade do participante, fazendo-se necessário que a população tenha um entendimento prévio sobre o que está proposto a participar, sendo que, muitas vezes, apenas o entendimento não basta. Imprescindível é o esforço de participar, a vontade de fazer parte do processo decisório.

Referências

ANDRADE, M. M. M. **Padrões temporais das expressões da saúde em adolescentes**. 1997. Tese (Doutorado) - Instituto de Ciências Biomédicas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jan. 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso em: 15 jun. 2018.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 15 jun. 2018.

BRASIL. Lei nº 8.080, 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 15 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_2edicao.pdf. Acesso em: 15 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Para entender o controle social na saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_controle_social_saude.pdf. Acesso em: 15 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde.

Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html. Acesso em: 15 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso em: 15 jun. 2018.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Acórdão nº 1660**. Disponível em:

http://www.saude.sp.gov.br/resources/ces/homepage/siacs/acordao_1660-2011.pdf. Acesso em: 15 jun. 2018.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Orientações para os conselheiros de saúde**. Brasília, DF: TCU: 4ª Secretaria de Controle Externo, 2010. Disponível em:

<http://portal2.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/2057626.PDF>. Acesso em: 15 jun. 2018.

CARVALHO, Antonio Ivo. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, Sonia (org.). **Saúde e democracia**: a luta dos Cebes. São Paulo: Lemos, 1997. p. 93-111.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (Brasil).

Nota técnica nº 1, de 2013. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2013. Disponível em:

<http://www.cosemsce.org.br/v2/wp-content/uploads/downloads/2013/03/Nota-T%C3%A9cnica-01-2013.pdf>.

Acesso em: 15 jun. 2018.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Políticas de Estado e políticas de governo: o caso da saúde pública. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (org.). **Políticas públicas**: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006.

DEMO, Pedro. **Conhecimento moderno**: sobre ética e intervenção do conhecimento. Petrópolis: Vozes, 1987.

FINKELMAN, Jacobo (org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 328 p.

GAMA, Ricardo Rodrigues. **Dicionário básico jurídico**. Campinas: Russell, 2006.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HABERMAS, Jürgen. **Mudança estrutural da esfera pública**: investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

INDRIUNAS, Luís. **Um coração real**. São Paulo: Editora Patuá, 2012.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 2002.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Um Estado para a sociedade civil**: temas éticos e políticos da gestão democrática. São Paulo: Cortez, 2004.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. [S.l.: s.n.], 2008. Disponível em: <http://medicinadeemergencia.org/wp-content/uploads/2015/04/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-16-030112-SES-MT.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2021.

RONCALLI, Angelo Giuseppe. O desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, Antonio Carlos *et al.* **Odontologia em saúde coletiva**: planejando ações e promovendo saúde, 2003.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: questões temáticas e de pesquisa. **Caderno CRH**, Salvador, n. 39, p. 11-24, jul./dez. 2003.

TATAGIBA, Luciana. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, Evelina (org.) **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 47-103.

TENÓRIO, Fernando Guilherme. (Re)visitando o conceito de gestão social. In: SILVA JR, Jeová Torres *et al* (org.). **Gestão social**: práticas em debate, teorias em construção. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2008.

VÁZQUEZ, Adolfo Sánchez. **Ética**. Tradução de João Dell'Anna. 28. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

VÁZQUEZ. María Luisa et al. Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 141-155, 2005.

WENDHAUSEN, Águida L. P.; BARBOSA, Tatiane Muniz; BORBA, Maria Clara de. Empoderamento e recursos para a participação em conselhos gestores. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 131-144, set. /dez. 2000.

Capítulo 7

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO NA SAÚDE BUCAL NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

**Antonio Ylderlandio Batista dos Santos
César Augusto Rodrigues Parente
Alice Maria Gonçalves Costa
Isabelly Ribeiro Araújo
Felipe Evangelista Veríssimo
Andrezza Martins do Nascimento**

7 Planejamento estratégico na saúde bucal no âmbito da atenção primária à saúde: uma revisão integrativa da literatura

Antonio Ylderlandio Batista dos Santos

César Augusto Rodrigues Parente

Alice Maria Gonçalves Costa

Isabelly Ribeiro Araújo

Felipe Evangelista Veríssimo

Andrezza Martins do Nascimento

Resumo

O planejamento estratégico é considerado como a ferramenta gerencial mais utilizada pelas organizações, por ser um processo formalizado com capacidade de obter resultados a partir da sistematização das decisões. Para os profissionais de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, o planejamento estratégico torna-se essencial para a dinâmica de trabalho na Atenção Primária à Saúde, ao apresentar uma “explicação situacional” da realidade, a fim de conhecer com maior propriedade os problemas existentes, para elaborar medidas efetivas para reduzi-los ou eliminá-los. Este trabalho objetivou descrever o Planejamento Estratégico na Saúde Bucal no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, onde o levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados: LILACS, SciELO, BVS e Google Acadêmico, entre os anos de 2000 a 2018, onde foram identificados 490 estudos que passaram por uma triagem resultando em 124 estudos, após a elegibilidade restaram 32 estudos que foram lidos e selecionados 8 estudos para serem incluídos neste trabalho. Os resultados obtidos foram que o Planejamento Estratégico na área da saúde bucal é essencial na mudança de paradigmas: de uma odontologia restauradora para uma odontologia fortalecida pela promoção da saúde, prevenção de doenças, com diagnósticos precoces, e a fim de fortalecer a reabilitação oral. Mesmo assim, a maioria de profissionais e gestores são desmotivados na execução do Planejamento Estratégico, talvez pela falta de formação e carência de conhecimentos sólidos sobre o tema, que interfere na falta de habilidades nas decisões e na autoconfiança profissional, tornando-se raras as atividades de planejamento, programação e avaliação nas mais diversas ações de saúde bucal. Portanto, embora o Planejamento Estratégico seja considerado essencial para orientar as decisões e ações em saúde bucal, ainda não é valorizado pela maioria dos cirurgiões-dentistas e gestores para conquistar uma melhor qualidade de vida dos pacientes no serviço público, sendo possível também perceber a necessidade de mais estudos sobre o tema.

Palavras-chave: Planejamento Estratégico. Saúde Bucal. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde.

Introdução

No decorrer da história, uma das grandes dificuldades do serviço público foi suprir com as necessidades da população no âmbito da saúde bucal, onde os problemas odontológicos populacionais não eram resolvidos. Com o Sistema Único de Saúde (SUS), aconteceu uma considerável ampliação das ações voltadas para a saúde bucal, através da inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF) e com a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), com a inclusão do Programa Brasil Sorridente (BRASIL, 2000; BRASIL, 2004).

Através da implantação do Programa Brasil Sorridente, foi possível promover um verdadeiro avanço na qualidade da organização do sistema de saúde, por um modelo que apresenta um olhar diferenciado para as reais necessidades de saúde da população, que reorganiza a prática assistencial e a qualidade da oferta dos serviços para a população. Esse processo de mudanças positivas representou grandes avanços na atenção em saúde bucal, onde no Brasil a ESF foi a principal responsável por reorganizar a Atenção Primária em Saúde (APS) (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é oriunda das mais diversas experiências acumuladas com o desenvolvimento e a consolidação do SUS por intermédio de envolvimento de diversos atores, tais como os trabalhadores, a população, os movimentos sociais e os gestores das três esferas de governo. Esta política tem como estratégia prioritária a Saúde da Família, para proporcionar uma consolidação e expansão da Atenção Básica. Ela apresenta uma consideração à pessoa diante a sua singularidade e inserção sociocultural, tentando produzir a atenção integral, e incorporando as ações de vigilância em saúde. A Atenção Básica também visa o planejamento e a implementação de diversas ações públicas a fim de garantir a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (BRASIL, 2017).

A PNAB também apresenta um olhar diferenciado para a avaliação e acompanhamento sistemático de todos os resultados conquistados, sendo ênfase primordial do planejamento e programação das ações. O tratamento das especialidades da ESF é um dos princípios gerais para o desenvolvimento de todas as atividades, conforme o planejamento e programação realizados de acordo com o diagnóstico situacional, sempre focado na família e na vivência geral da comunidade (BRASIL, 2008).

O planejamento é definido como um conjunto de ações que visa o alcance de um determinado propósito, fortalecido em decisões realizadas com antecedência sobre o que deverá ser feito para conseguir mudar determinadas condições insatisfatórias de uma realidade. Onde primeiramente deverão ser identificados os problemas e as prioridades de intervenção, identificando as ações que deverão ser solucionadas e os responsáveis pela execução dessas ações planejadas (SAVASSI; DIAS, 2007).

Na saúde, através do planejamento estratégico é possível compreender a dimensão da complexidade dos processos sociais, auxiliando na elaboração de planos e projetos de ação a serem desenvolvidos para contribuir com o enfrentamento dos problemas, que resultaram num impacto satisfatório e positivo na qualidade de vida das pessoas. Esses projetos e planos devem estar fortalecidos numa ampla dimensão, multissetorial e interdisciplinar, que se relacionam com as diversas situações da realidade, envolvendo todos os atores, dos níveis governamentais responsáveis até a comunidade organizadora na busca de formular propostas sólidas para conquistar as soluções almejadas (ARTMANN, 2000).

Na saúde bucal, a existência de um excelente planejamento estratégico é considerado algo fundamental para estruturar as ideias e direcionar os planos e projetos, a fim de realizar uma grande mudança de paradigmas na sociedade: de uma odontologia que apresentava uma filosofia de trabalho basicamente restauradora para uma odontologia fortalecida no âmbito da promoção da saúde, com ações que proporciona a prevenção de doenças, realizando precocemente o diagnósticos de

problemas bucais e fortalecendo mais oportunidade para a reabilitação oral da população (BASTOS; SORATTO; SÔNEGO, 2013).

É necessário conhecer bem o problema existente, para que assim seja possível identificar corretamente os processos de causalidade dos mesmos (ARTMANN, 2000). Através de um olhar parcial do problema é possível acontecer à cegueira situacional, dificultando a resolução do problema. Para que a cegueira situacional seja rompida, é fundamental exercitar inúmeros olhares para o problema, buscando um profundo conhecimento do mesmo, por meio de estudos existentes, consultas com especialistas no assunto, e se for necessário, caso o problema seja pouco conhecido, a realização de uma pesquisa científica para aprimorar os conhecimentos sobre o problema (MATUS, 1987).

A forma correta de realizar o planejamento das ações e serviços de saúde é embasada no levantamento das demandas apresentadas pela população, de forma organizada, equânime, e que seja possível de beneficiar o maior número de pessoas. Diferentes formas são cabíveis para a realização deste levantamento, embora sejam poucas as ferramentas encontradas na literatura nacional (CARNUT et al., 2011).

Diante disso, justifica-se a realização deste trabalho para dar ênfase à importância do planejamento estratégico nos serviços de saúde bucal oferecidos pela ESF, norteador em todas as ações de promoção e prevenção em saúde bucal de forma universal a ser realizadas em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), ações de prevenção de câncer de boca com os idosos da referida UBS, aplicação tópica de flúor, palestras com a comunidade, visitas periódicas nas escolas através do Programa Saúde na Escola (PSE), além de ser possível programar eventos de âmbito municipal, tais como um evento anual de saúde bucal a nível municipal. Visto que essas ações não devem ser realizadas de forma solta e aleatória, sem um norte e planejamento. Tudo deve estar registrado no planejamento estratégico, para guiar todas as ações e projetos a serem desenvolvidos, visto que assim as possibilidades de obter sucesso e garantir uma saúde bucal de qualidade para todas as pessoas acontecerão de forma muito mais acessível.

Mesmo sabendo da importância do planejamento estratégico para a execução de ações e projetos na saúde bucal da APS, as ações realizadas muitas vezes acontecem de forma aleatória, sem ter um direcionamento específico do planejamento estratégico da saúde bucal. Frente a isso, surge a seguinte indagação: De que forma é realizado o planejamento das ações de saúde bucal no âmbito da Estratégia Saúde da Família?

Objetivo

Descrever o Planejamento Estratégico na Saúde Bucal no Âmbito da Estratégica Saúde da Família.

Metodologia

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura do tipo integrativa. Na Revisão Integrativa, seus princípios são embasados pela Prática Baseada em Evidências (PBE). De acordo com Whitemore e Knafl (2005), ela realiza a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Combinando dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. A revisão integrativa emerge como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática.

Os artigos foram pesquisados através de consultas nas Bases de Dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Google Acadêmico.

Os descritores utilizados na pesquisa foram: Planejamento Estratégico, Saúde Bucal, Atenção Primária à Saúde e Sistema Único de

Saúde. As combinações desses descritores se deram por meio do operador booleano “and”.

Os critérios de inclusão utilizados neste trabalho foram a seleção de materiais bibliográficos publicados entre os anos de 2000 e 2018, em português que retrate sobre o Planejamento Estratégico na Saúde Bucal na vivência cotidiana da Atenção Primária à Saúde.

Como critérios de exclusão aplicados foram à estratificação de materiais bibliográficos, através da exclusão de estudos sem relevância científica para esta revisão integrativa, assim como trabalhos com data de publicação que antecede o ano 2000. Também serão excluídos os materiais bibliográficos com indisponibilidade para a realização de uma leitura e análise mais aplicada.

As informações do instrumento para a coleta dos dados originaram um quadro contendo as seguintes informações para cada material bibliográfico: identificação do estudo, características metodológicas, avaliação do rigor metodológico, das intervenções mensuradas e dos resultados encontrados.

A análise de conteúdo é definida por Bardin (2011), como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Na construção deste trabalho essas ideias foram essenciais, pois os conhecimentos adquiridos foram transcritos por meio de uma análise qualitativa com abordagem descritiva, em uma revisão integrativa da literatura. De acordo com o pensamento de Bardin (1977), a análise qualitativa é caracterizada como a elaboração das deduções específicas sobre um acontecimento ou uma variável de inferência precisa, e não em inferências gerais, onde as hipóteses inicialmente formuladas, podem ser influenciadas no decorrer do procedimento, por aquilo que o analista compreende da significação da mensagem. Neste caso, torna-se necessário

reler o material, alternar releituras, interpretações e desconfiar das evidências.

Embasados nessas ideias supracitadas, a interpretação e análise de conteúdo dos dados foram realizadas mediante inúmeras leituras críticas dos artigos selecionados, que foram organizados em um quadro, sendo possível identificar seus principais achados e contribuições através da síntese das informações da discussão central do trabalho.

Resultados e Discussão

No processo de seleção dos estudos bibliográficos nas bases de dados, foi encontrada uma diversidade de estudos indicadas para este trabalho. Essa busca de artigos aconteceu combinando os descritores Planejamento Estratégico com aspas, juntamente com o operador booleano “and” seguido do descritor Saúde Bucal nas três bases de dados escolhidas para o referido estudo, assim como o descritor Sistema Único de Saúde com aspas, seguido com o operador booleano “and” e do descritor Atenção Primária à Saúde. Os resultados desta pesquisa e a exclusão de estudos bibliográficos são apresentados no Fluxograma 1 abaixo.

Fluxograma 1 - Etapas de seleção e inclusão dos materiais bibliográficos

Fonte: Elaborado pelos autores.

De acordo com o Fluxograma 1, na base de dados LILACS foram encontrados 241 estudos, na SciELO foram encontrados 149 e no Google Acadêmico foram encontrados 100 estudos. Após realizar a leitura dos títulos dos estudos, foram excluídos 187 estudos no LILACS, 112 estudos no SciELO e 67 estudos no Google Acadêmico, por não terem relevância com o tema deste trabalho. Com essa exclusão de materiais bibliográficos, resultaram em 54 estudos no LILACS, 37 estudos no SciELO e 33 estudos no Google Acadêmico.

Posteriormente, com a leitura dos resumos dos estudos bibliográficos, foram excluídos alguns que não apresentavam relevância com o tema deste trabalho, na quantidade de 39 estudos no LILACS, 28 estudos no SciELO e 25 estudos no Google Acadêmico. Após a leitura dos resumos, e exclusão de alguns estudos sem relevância, resultou em 15 estudos no LILACS, 9 estudos no SciELO e 8 estudos no Google Acadêmico.

Com a leitura dos artigos proporcionou uma melhor filtragem na escolha dos estudos bibliográficos, excluindo 14 estudos no LILACS, 7 estudos no SciELO por serem considerados sem relevância. Além de 1 estudo no SciELO e 2 estudos no Google Acadêmico por não abrirem na íntegra. Obtendo como resultado da inclusão de estudos bibliográficos um total de 1 estudo no LILACS, 1 estudo no SciELO e 6 estudos no Google Acadêmico, onde 2 desses estudos, cada um também foi encontrado nas bases de dados LILACS e SciELO. Os outros 2 estudos inclusos, foram identificados nas bibliografias dos estudos selecionados, porém não foi encontrado em nenhuma base de dados selecionadas para este trabalho, sendo encontrado no site Google, e após a sua leitura na íntegra também foram inclusos. No Quadro 1, mostra uma melhor descrição dos materiais bibliográficos inclusos nestes estudos.

Quadro 1 – Características dos estudos entre os anos de 2000 a 2018 relacionados a Planejamento Estratégico na Saúde Bucal segundo autor, título, base e ano de publicação

Ordem	Autor/Ano	Título	Base
1	Bastos; Soratto e Sônego (2013)	Planejamento estratégico em saúde bucal	Google Acadêmico
2	Tagliaferro et al. (2005)	Planejamento em saúde bucal na cidade de Piracicaba, SP: estudo de caso	LILACS Google Acadêmico
3	Silva (2011)	Planejamento de ações em saúde bucal voltadas para a prevenção e redução da doença cárie	Google Acadêmico
4	Sá et al. (2015)	Planejamento em saúde bucal na atenção primária à saúde: da teoria à prática	Google Acadêmicos
5	Kleba; Krauser e Vendruscolo (2011)	O Planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em Saúde da Família	SCIELO LILACS Google Acadêmico
6	Padilha et al. (2005)	Planejamento e programação odontológicos no Programa Saúde da Família do Estado da Paraíba: estudo qualitativo	Google Acadêmico
7	Fujii (2015)	Planejamento das ações da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família no município de Florianópolis (SC) por meio da classificação de risco da população	Google
8	Goronzi; Jacobsen e Biondo (2013)	Planejamento estratégico em saúde: um desafio no gerenciamento cotidiano de unidades básicas de saúde	Google

Fonte: Elaborado pelos autores.

Analisando os resultados apresentados no Quadro 1, é possível observar que estudos inclusos neste trabalho, foram publicados nos anos de 2005 (2 estudos); 2011 (2 estudos); 2013 (2 estudos) e 2015 (2 estudos). Não sendo encontrados estudos a serem incluídos no ano de 2018. Foram incluídos 6 estudos do Google Acadêmico neste trabalho, dos quais 1 desses estudos também foi encontrado no LILACS e outro encontrado no SCIELO. Do LILACS foram inclusos 2 estudos e do SCIELO e apenas 1 estudo, onde o

qual também foi encontrado no LILACS e no Google Acadêmico. Nessa inclusão de materiais bibliográficos, foi identificado 2 estudos nas referências bibliográficas dos estudos selecionados, que não foram encontrados em nenhuma das bases de dados, sendo encontrados os estudos na íntegra no site do Google e incluso neste trabalho.

Quadro 2 – Apresentação dos resultados obtidos após a leitura dos estudos bibliográficos

Ordem	Objetivo	Metodologia	Resultados	Principais Considerações
1	Conhecer e avaliar o planejamento estratégico das Equipes de Saúde Bucal (ESB) nas Estratégias Saúde da Família (ESF) de um município do sul do Estado de Santa Catarina (SC), além de verificar as ações e o perfil dos odontólogos e o da coordenação do programa de saúde bucal.	A abordagem do estudo foi qualitativa, do tipo descritivo e exploratório. E foi realizada nas oito ESF onde as ESB estão inseridas, por meio de um questionário semiestruturado aos odontólogos e à coordenação do programa.	Os resultados demonstraram a inexistência de planejamento estratégico em saúde bucal, além da prática de ações individualizadas, falta de integração entre os odontólogos e os demais profissionais da equipe de saúde e carência de profissionais com formação especializada em saúde da família.	Existe a necessidade de mais estudos sobre o tema, incentivando o interesse para a qualificação do serviço e da atuação do odontólogo, em parceria com gestores e demais profissionais da saúde.
2	Analisar O processo de planejamento do sistema de atenção à saúde bucal na cidade de Piracicaba, SP, e descrever o perfil epidemiológico da cárie dentária da população em questão.	As informações foram obtidas mediante entrevistas com a coordenadoria de saúde bucal e os dados epidemiológicos em documentos oficiais e artigos publicados.	Com a proposta de implantação do Planejamento Estratégico, as atividades preventivas têm sido destinadas às crianças de 0 a 10 anos considerando o risco de doenças bucais; os levantamentos epidemiológicos são realizados periodicamente sendo avaliado um declínio na prevalência de cárie; e as avaliações das ações em saúde ocorrem trimestralmente. O Planejamento Estratégico como	Com a utilização do Planejamento estratégico na área da saúde bucal foi importante para se dar início a uma grande mudança de paradigma: de uma odontologia com filosofia basicamente restauradora para uma odontologia centrada na promoção de saúde, prevenindo doenças, diagnosticando precocemente problemas bucais e fornecendo, gradativamente, reabilitação oral à população.

			uma ferramenta de gestão no serviço público, mesmo com as limitações encontradas neste estudo, possibilitou melhorar a organização, cobertura e qualidade dos serviços de atenção à saúde bucal.	
3	Elaborar uma proposta para o planejamento do serviço de saúde bucal do município de Serrania, MG; Contribuir para a gestão em Saúde do referido município, possibilitando a elaboração de políticas na área; contribuir para a redução dos índices de cárie e demais agravos à saúde bucal no citado município	Na elaboração de uma proposta do plano de ação, foram realizadas três etapas: o diagnóstico situacional em saúde, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação. O diagnóstico situacional foi realizado no mês de junho de 2010, com a colaboração dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e da assistente de saúde bucal. A revisão bibliográfica foi realizada na base de dados SciELO, considerando os critérios de inclusão: apenas artigos científicos, idioma português, a partir do ano de 2004, com as palavras-chave: Planejamento em saúde Bucal e Planejamento em Odontologia. O plano de ação foi elaborado utilizando o método do Planejamento Estratégico	O trabalho resultou em um plano de ação para o PSF Pró-Família, realizado de acordo com o Planejamento Estratégico Situacional, onde esse plano está subdividido em 10 Passos que contempla todas as ações a serem realizadas para conseguir atingir os seus objetivos.	A proposta de um plano de ação para a prevenção e redução da doença cárie no município de Serrania, MG, proporcionou um repensar das práticas em saúde bucal e das estruturas organizacionais ao que concerne à ESB, mostrando a necessidade de a equipe refletir sobre suas ações e que é preciso planejar, monitorar e avaliar essas ações.

		Situacional (PES) simplificado.		
4	<p>Analisar a articulação entre a teoria e a prática do planejamento em saúde bucal, nas equipes da Estratégia Saúde da Família, no município de Lages, Santa Catarina.</p>	<p>Foi realizado um estudo de caso com 23 cirurgiões- dentistas e a gerência da Estratégia Saúde da Família, por meio de entrevistas semiestruturadas e análise documental do plano municipal de saúde. Os dados foram analisados pela análise de conteúdo.</p>	<p>Os cirurgiões- dentistas e a gerência veem o planejamento como sinônimo de plano de tratamento do paciente, bem como uma escala de tarefas ou atividades individuais e normativas. Na formação profissional, em nível de graduação, o planejamento em saúde parece ter pouca ênfase. Em relação ao plano municipal de saúde, ficou evidente que a saúde bucal ainda tem um papel pouco expressivo no planejamento da saúde do município, não contemplando aspectos como o diagnóstico da realidade, identificação de problemas e definição de metas baseadas na epidemiologia. Há necessidade de uma articulação entre os preceitos do Sistema Único de Saúde e uma prática de planejamento que legitime e fortaleça o trabalho das equipes de saúde da família.</p>	<p>Se o planejamento é deficiente, pressupõe ausência de programação das ações, de metas de trabalho para as ESB e, uma situação que impossibilita a avaliação. Com o planejamento em saúde bucal pouco sistematizado, as ações de saúde ainda são limitadas.</p>
5	<p>Relatar uma experiência de planejamento estratégico situacional, vivenciada no</p>	<p>Seleção das unidades assistenciais e temáticas que irão participar do estudo, em</p>	<p>Apesar da resistência de alguns trabalhadores a mudanças, destacam-se como</p>	<p>Esse processo também exigiu dos estudantes a capacidade de ouvir dos atores envolvidos seus</p>

	curso de enfermagem da Unochapecó, no segundo semestre de 2008.	comum acordo entre gestores e profissionais da SSA e os professores que acompanham essa prática com os acadêmicos do 8º Semestre do Curso de Enfermagem de Unochapecó, visando garantir o acolhimento dos estudantes, por parte dos trabalhadores, e favorecer a implantação das propostas formuladas planejadas por eles.	aspectos favoráveis: reuniões semanais das equipes, existência de conselhos locais de saúde e iniciativas de ações educativas na comunidade. O processo dialógico requerido no PES exigiu dos estudantes capacidade de argumentar de forma amorosa, ou seja, como quem se compromete com o crescimento do outro, tendo como finalidade a melhoria de suas condições de trabalho e de vida, sem perder a razão maior deste trabalho que é a consolidação do SUS	pontos de vista e argumentos sobre a realidade percebida e sobre as propostas apresentadas, não como atitude acrítica, mas com respeito e humildade de quem reconhece ser também ser inacabado, sempre pronto a aprender e ressignificar o aprendido.
6	Objetivou-se descrever as características do planejamento, programação e avaliação em Odontologia no Programa Saúde da Família (PSF) no Estado da Paraíba	Adotou-se uma abordagem indutiva com procedimento qualitativo e descritivo, técnica de observação direta intensiva por meio de entrevista. Uma amostra estratificada segundo região e densidade populacional de 12 municípios foi definida por sorteio. Doze cidades onde se situam núcleos regionais da Secretaria de Saúde do Estado foram definidas por conveniência. Foram 74 entrevistados	Quanto ao planejamento, encontramos situações de ausência de qualquer parâmetro, passando por ações exclusivamente individuais e curativas, regime de demanda espontânea e também propostas consistentes, baseados na estrutura da família, no diagnóstico epidemiológico e no risco social. Para a avaliação de desempenho foram encontradas propostas em diferentes níveis baseadas na forma de atuação, na	As atividades de planejamento e programação adequadas ainda são raras e o mesmo ocorre com as propostas de avaliação, entretanto, foram encontradas propostas de trabalho consistentes, em fase de implantação.

		entre secretários de saúde, gerentes de PSF, CD, superintendentes e supervisores dos núcleos	opinião do usuário, na produtividade em termos de procedimentos curativos ou em indicadores pactuados com o governo federal.	
7	Planejar as ações de uma equipe de saúde bucal da estratégia saúde da família por meio da classificação de risco das famílias de crianças de 0 a 12 anos da área adstrita.	O estudo realizado é de natureza quantitativa e foi executado por meio da coleta de dados secundários no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do SUS, durante o mês de outubro de 2014.	O total de crianças registradas no SIAB que são moradoras das 03 microáreas pesquisadas é de 273, sendo 143 crianças do sexo feminino e 130 do sexo masculino. Além disso, 145 delas possuem idade entre 0 e 6 anos e 128 entre 7 e 12 anos. A classificação de risco em números absolutos apresentou a seguinte distribuição: 114 famílias (448 pessoas) de baixo risco; 41 famílias (184 pessoas) de médio risco; e 52 famílias (222 pessoas) de alto risco. Seis crianças e suas respectivas famílias foram consideradas como perda amostral, pois um dos dados ou "tipo de moradia" ou "escolaridade da mãe" não foram informados. Definição pela ESF de diferentes condutas para atenção à saúde bucal das famílias classificadas como baixo, médio e alto risco.	O estudo demonstrou ser possível oferecer, no prazo de um ano, no mínimo, uma consulta odontológica para todos os membros das famílias de alto risco e vagas para retorno, nos casos que apresentarem necessidade. O estudo buscou demonstrar, divulgar e incentivar as Equipes de Saúde Bucal para a utilização do Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal como instrumento para o planejamento de suas ações de saúde.
8	Conhecer de que forma se constituiu o planejamento	Trata-se de um estudo de caso de caráter qualitativo	O grau de satisfação dos usuários com os serviços prestados	Os desafios encontrados para a efetivação do planejamento

	estratégico em saúde, descrever os desafios encontrados para sua efetivação e relatar os resultados alcançados com o planejamento local em saúde e o reflexo para o usuário.	descritivo, cujo período de levantamento de dados analisado foi entre 2007 a 2012.	pelo centro de saúde aumentou por conta de a agenda ser livre para o encaminhamento dos grupos prioritários (gestantes, crianças, idosos); o acolhimento da demanda espontânea ocorrer em tempo integral e as informações estarem disponíveis em vários meios de comunicação. Portanto, os resultados obtidos com base no planejamento estratégico em saúde no CS Prainha mostram que, apesar dos desafios cotidianos na prática do gerenciamento, é possível obter dados cujo reflexo seja satisfatório ao usuário.	estratégico em saúde em nível local estão relacionados à política ineficaz de gestão de pessoas e políticas de planejamento pouco efetivas. Contudo, alguns indicadores de saúde melhoraram após a implementação do planejamento local em saúde.
--	--	--	--	--

Fonte: Elaborado pelos autores.

Analisando os materiais bibliográficos incluídos neste trabalho, é possível perceber nesta Revisão Integrativa que o Planejamento Estratégico na área da saúde bucal é essencial para a ocorrência de uma grande mudança de paradigmas: de uma odontologia com princípios restauradores para uma odontologia fortalecida pela promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce de problemas odontológicos, além de fornecer reabilitação oral à população de forma gradativa (BASTOS; SORATTO; SÔNEGO, 2013).

Em concordância e fortalecimentos com as ideias de Bastos; Soratto e Sônego (2013), os autores Tagliaferro et al. (2005) dizem que o planejamento estratégico realizado na área da saúde bucal apresenta um importante papel diante a otimização e organização dos atendimentos dos

pacientes, com ampla capacidade de potencializar as ações em saúde, possibilitando fortalecer a escovação supervisionada, atividades educativas, e os programas preventivos que incluem a distribuição gratuita e regular de dentifrícios fluoretados.

Ainda conforme as ideias de Bastos; Soratto e Sônego (2013), estes autores mostram a importância da realização de um processo integrado de planejamento como uma das formas mais significativa de conquistar as mudanças estabelecidas pelo modelo do SUS, além de realizar uma imensa organização das ações a serem desempenhadas na rotina diária de trabalho, ampliar a cobertura de serviços para a população, idealizando mais saúde bucal para todos os usuários do SUS em um futuro próximo. Todas essas conquistas são possíveis, porém são implantadas de forma gradativa e lenta.

Para que todas essas conquistas sejam alcançadas é necessário um consistente plano de ação. Frente a isso, Silva (2011) fortalece essa afirmação através de seus estudos, mostrando a elaboração de um plano de ação no município de Serrania, MG, objetivando prevenir e reduzir a incidência da doença cárie, e induzindo os profissionais da ESB repensar as práticas em saúde bucal e das estruturas organizacionais, através de uma reflexão sobre as ações realizadas.

Embora o Planejamento Estratégico apresente inúmeros benefícios para uma dinâmica satisfatória de trabalho, existem profissionais que ainda não conseguem perceber a dimensão da importância dele. Assim mostram os estudos de Sá et al. (2015), ao informarem que os cirurgiões dentistas e a gerência enxergam o planejamento estratégico simplesmente como sinônimo de plano de tratamento do paciente, ou seja, uma série de tarefas individuais e normativas, selecionadas para a resolução do problema.

Ainda de acordo com os estudos de Sá et al. (2015), dizem que o planejamento em saúde durante a formação profissional, em nível de graduação, apresenta pouca ênfase em seu desempenho. Essa condição explica exatamente a falta de despreparo dos profissionais da saúde em relação à elaboração e valorização para o Planejamento Estratégico no

direcionamento das ações a serem desempenhadas em sua rotina de trabalho.

Em concordância com as ideias de Sá et al. (2015), o autor Narvai e Frazão (2008) também defendem a ideia de que lamentavelmente ainda é atribuída uma pequena ênfase nos programas de ensino e das atividades de educação profissional permanente em assuntos relacionados ao planejamento e gestão das ações e serviços de saúde, resultando em perdas consideráveis para a população, principalmente para as pessoas que se beneficiam com os avanços da odontologia mundial. Frente a isso, os autores Sá et al. (2015) afirmam o quão importante é a produção científica em assuntos relacionados ao planejamento e gestão como objeto de conhecimento, assim como a realização da avaliação.

Os autores Tancredi; Barrios e Ferreira (1998) concordam com as ideias de Sá et al. (2015), ao acreditarem que a justificativa para a falta de sensibilidade e habilidades na realização das ações relacionadas com a gerência em saúde é exatamente a falta de formação especializada na área, interferindo insatisfatoriamente no desempenho de suas funções. Por outro lado, quando existe uma preparação de conhecimentos e habilidades, a gestão acontece de forma satisfatória, desenvolvendo uma maior autoconfiança em suas decisões no trabalho, originando um ambiente pautado na credibilidade e na organização, para a obtenção do êxito profissional.

O autor Bastos (2013) também concorda com Sá et al. (2015), ao identificar o mesmo problema na formação acadêmica dos odontólogos, que reflete diretamente na desvalorização dos conteúdos de saúde coletiva, resultando em total despreocupação com os problemas sociais e da população, contribuindo diretamente com a ausência de integração dos odontólogos com o restante dos profissionais da equipe de saúde da família.

Talvez essa seja a justificativa para o que acontece com a execução do plano municipal de saúde, onde a saúde bucal apresenta pouco interesse para a realização de ações do planejamento da saúde dos municípios, deixando de englobar a identificação dos problemas,

diagnóstico da realidade local, além da definição de metas baseadas na epidemiologia (SÁ et al., 2015).

Em concordância com as ideias de Sá et al. (2015), os autores Padilha et al. (2005) afirmam que ainda são raras as atividades de planejamento e programação, assim também como ocorre nas propostas de avaliação, sendo possível encontrar apenas propostas de trabalho em nível consistente, mas ainda em fase de implantação.

Já os autores Kleba; Krauser e Vendruscolo (2011) afirmam que embora alguns profissionais costumem apresentar certa resistência a mudanças, mesmo assim desempenham alguns aspectos favoráveis na dinâmica do trabalho, tais como participação em concelhos locais de saúde, reuniões semanais das equipes, e iniciativas de ações educativas realizadas na comunidade.

Já os autores Goronzi; Jacobsen e Biondo (2013) pontuam alguns desafios importantes a serem levados em consideração para acontecer à efetivação do planejamento estratégico em saúde em nível local, tais como à política ineficaz de gestão de pessoas, além das políticas de planejamento pouco efetivas.

Conforme as ideias de Padilha et al. (2005), na rotina de trabalho é comum encontrar a ausência de planejamento em diversas situações, tais como: ações exclusivamente individuais e curativas, demanda espontânea, propostas consistentes fortalecidas na estrutura familiar, no diagnóstico epidemiológico e no risco social. Diferentes propostas foram encontradas para avaliar o desempenho dos profissionais, assim como na opinião do usuário, na forma de atuação, na produtividade em procedimentos curativos ou em indicadores pactuados com o Governo Federal.

A elaboração e aplicação do Planejamento Estratégico nas ações de saúde bucal, só trás benefícios para o trabalho desempenhado, assim afirma os estudos de Tagliaferro et al. (2005), ao relatarem que, com a implantação do planejamento estratégico, foi possível observar diversas mudanças na saúde bucal, tais como a realização de atividades preventivas considerando o risco de doenças bucais em crianças de 0 a 10 anos;

realização periódica dos levantamentos epidemiológicos com avaliação de considerável declínio na prevalência de cárie; e trimestralmente a ocorrência das avaliações em saúde. Portanto, é possível visualizar uma melhoria na organização, qualidade e cobertura dos serviços de atenção à saúde bucal após a utilização do Planejamento Estratégico como uma ferramenta de gestão no serviço público.

Em concordância aos estudos de Tagliaferro et al. (2005), os autores Goronzi; Jacobsen e Biondo (2013) defendem a ideia de que a realização do planejamento estratégico possibilitou melhorar o grau de satisfação dos usuários através dos serviços recebidos pelo Centro de Saúde, aumentando os pacientes encaminhados para os grupos prioritários (gestantes, crianças, idosos), devido ser agenda livre.

Fortalecendo a ideia de Goronzi; Jacobsen e Biondo (2013), os autores Esperidião e Trad (2005) expressam a ideia de que as avaliações de satisfação dos usuários relacionados aos serviços públicos de saúde são consideradas essenciais como instrumentos de voz dos usuários, influenciando diretamente no processo de planejamento em saúde, podendo monitorar e controlar as ações de saúde realizadas no serviço público, além de exercer o controle social.

Os autores Goronzi; Jacobsen e Biondo (2013) ainda citam outra melhoria nos serviços de saúde, que foi a realização do acolhimento em tempo integral da demanda espontânea, além de serem disponibilizadas em vários meios de comunicação as informações referentes ao manejo dos atendimentos. Portanto, foi possível obter resultados satisfatórios ao usuário embasado nas ações do planejamento estratégico em saúde, apesar dos desafios cotidianos enfrentados diante a prática do gerenciamento.

As autoras Schimith e Lima (2004) concordam com os autores Goronzi; Jacobsen e Biondo (2013), ao afirmarem sobre a importância do acolhimento, onde o paciente na UBS primeiramente é avaliado por um profissional de saúde com capacidade de realizar o acolhimento, escutar e buscar resolver as suas necessidades, seja orientando ou apoiando na busca

de soluções, através do direcionamento para os respectivos profissionais, na própria UBS ou em outros serviços de saúde.

Souza et al. (2008) defendem a ideia de que embora o acolhimento proporcione novas possibilidades de ação profissional, os resultados gerados com a aplicação do acolhimento no cotidiano foram de insatisfações relacionadas à sobrecarga de trabalho para os profissionais de saúde que atuam na UBS e à baixa aceitação por parte dos usuários diante toda a burocracia para receber o referido atendimento.

A autora Fujii (2015) também concorda sobre as vantagens de um bom planejamento estratégico na saúde bucal, percebendo ser possível se programar para oferecer uma consulta odontológica para todos os membros das famílias de alto risco, de uma determinada Unidade Básica de Saúde no prazo mínimo de um ano, além da disponibilidade de vagas para retorno para os casos com maiores necessidades. Além disso, o estudo deste autor também buscou divulgar, demonstrar e incentivar as Equipes de Saúde Bucal, a utilizar como instrumento para o planejamento de suas ações o Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal, que permite estimar informações epidemiológicas, especificamente sobre a doença cárie por meio da coleta de informações sociais das famílias das crianças do território, onde ele norteará todas as suas ações.

O planejamento estratégico foi considerado uma essencial ferramenta de coordenação e gerenciamento para conseguir uma melhoria das ações em saúde, pelo menos ao se trabalhar com os escolares (TAGLIAFERRO et al., 2005). E para fortalecer ainda mais o trabalho das Equipes de Saúde da Família é necessário que o Sistema Único de Saúde articule uma eficaz prática de planejamento estratégico para nortear na resolução dos diversos problemas (Sá et al., 2015). Sem esquecer que a implementação do planejamento local em saúde, proporciona a melhoria de alguns indicadores de saúde (GORONZI; JACOBSEN; BIONDO, 2013).

Já nos estudos de Bastos; Soratto e Sônego (2013), eles também relatam uma interessante experiência do município Sul do Estado de Santa Catarina, ao informar que não existia planejamento estratégico implantado

nas Equipes de Saúde Bucal que pudesse direcionar as ações a serem realizadas. No cotidiano desses profissionais existiam apenas alguns problemas significativos que atrapalhava o sucesso profissional deles, tais como a desmotivação profissional em realizar o seu trabalho no serviço público, refletindo na ausência de interesse em desenvolver ações coletivas de prevenção e educação em saúde bucal. Desmotivação essa bastante peculiar na rotina de trabalho da maioria dos profissionais. O autor também relata sobre a necessidade de mais estudos sobre o tema, a fim de fortalecer a atuação do odontólogo em parceria com os gestores e demais profissionais da saúde sobre a implantação do planejamento estratégico na saúde bucal na busca de melhorar a qualificação dos serviços públicos ofertados.

Considerações Finais

O Planejamento Estratégico na área da saúde bucal é essencial na mudança de paradigmas: de uma odontologia restauradora para uma odontologia fortalecida pela promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnósticos precoces e a fim de fortalecer a reabilitação oral. Sua implantação na saúde bucal, proporcionará aos cirurgiões-dentistas a repensarem as suas práticas na saúde pública, otimizando e organizando os atendimentos dos pacientes, para potencializar e melhorar as ações em saúde.

O planejamento estratégico é algo imprescindível em qualquer rotina de trabalho, com grande capacidade de nortear as ações a serem desenvolvidas para a obtenção de resultados satisfatórios. E no desempenho das atividades dos cirurgiões-dentistas no serviço público existe uma ausência considerável do planejamento estratégico, visto que alguns profissionais até compreendem a sua importância, enquanto outros desconhecem a sua existência, talvez pela falta de formação acadêmica e carência de conhecimentos sólidos sobre o tema, que interfere diretamente na falta de habilidades das decisões e na autoconfiança profissional, através

de um comportamento desmotivador, que torna raras as atividades de planejamento, programação e avaliação nas mais diversas ações de saúde bucal, assim como certa resistência a mudanças por parte da maioria de profissionais e gestores.

Portanto, embora o Planejamento Estratégico seja considerado essencial para orientar as decisões e ações em saúde bucal, ainda não é valorizado pela maioria dos cirurgiões-dentistas e gestores para conquistar uma melhor qualidade de vida dos pacientes no serviço público, sendo possível também perceber a necessidade de mais estudos sobre o tema.

Referências

ARTMANN, Elizabeth. **O planejamento estratégico situacional no nível local:** um instrumento a favor da visão multissetorial. Rio de Janeiro: Coppe: UFRJ, 2000. (Cadernos da Oficina Social 3: Série Desenvolvimento Local).

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 1977.

BASTOS, Patricia Goulart Scheidt; SORATTO, Maria Tereza; SÔNEGO, Fernanda Guglielmi Faustini. Planejamento estratégico em saúde bucal. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, v. 2, n. 1, p. 111-127, jul. 2013.

BRASIL. Lei nº 8080, 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **Relatório final da 3ª Conferência Nacional de saúde bucal:** acesso e qualidade superando a exclusão social. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, dez. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 267/GM, de 6 de março de 2001.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. (Caderno de Atenção Básica, n. 17). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf. Acesso em: 17 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. 2. ed. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva: trajetória e orientações de operacionalização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 318 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, n. 204, p. 55, 24 out. 2011.

CARAZATTO Josefina. **Planejamento público: a contribuição teórico-metodológica de Carlos Matus**. 2000. 197 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Programa de Pós-Graduação em Educação, Campinas, 2000.

CARNUT, Leonardo *et al.* Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3083-3091, jul. 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **SUS: avanços e desafios**. Brasília, DF: CONASS, 2006. 164 p.

COSTA, José Felipe Riani; CHAGAS, Luciana de Deus; SILVESTRE, Rosa Maria. **A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde: Ministério da Saúde, 2006. 67 p. (Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 11).

ESPERIDIÃO, Monique; TRAD, Leny Alves Bomfim. Avaliação da satisfação de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 303-312, dez. 2005. Suplemento.

ESPOSTI, Carolina Dutra Degli *et al.* Perspectivas da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e avanços. **UFES Revista de Odontologia**, Vitória, v. 8, n. 3, p. 49-54, set./dez. 2006.

FUJII, Elisa da Cunha. **Planejamento das Ações da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família no município de Florianópolis (SC) por meio da classificação de risco da população**. 2015. 26 f. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde da Família) - Universidade Federal de Santa Catarina, Comissão de Residência Multiprofissional e Uniprofissional em Saúde, Florianópolis, 2015.

GORONZI, T. A; JACOBSEN, A. L; BIONDO, M. L. **Planejamento estratégico em saúde**: um desafio do gerenciamento cotidiano de unidades básicas de saúde. [S.l.: s.n.], 2013. (Coleção Gestão da Saúde Pública).

KLEBA, Maria Elizabeth; KRAUSER, Ivete Maroso; VENDRUSCOLO, Carine. O planejamento estratégico situacional no ensino da gestão em saúde da família. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 184-93, jan./mar. 2011.

MATUS, Carlos. **Adiós Sr. Presidente**. Caracas: Pomaire Ensayos, 1987.

NARVAI, Paulo Capel; FRAZÃO, Paulo. **Saúde bucal no Brasil**: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

OLIVEIRA João-Luiz Carvalho de; SALIBA, Nemre Adas. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 297-302, dez. 2005. Suplemento.

PADILHA, Wilton Wilney Nascimento *et al.* Planejamento e programação odontológicos no Programa Saúde da Família do Estado da Paraíba: estudo qualitativo. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 5, n. 1, p. 65-75, 2005.

PINTO, Vitor Gomes. **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: Santos, 2000.

RODRIGUES, Ana Áurea Alécio de Oliveira; ASSIS, Marluce Maria Araújo. **Saúde bucal no Programa Saúde da Família**: sujeitos, saberes e práticas. Vitória da Conquista: UESB; 2009.

RODRIGUES, Ana Áurea Alécio de Oliveira; BONFIM, Líbia Santos. Saúde bucal em um Programa da Saúde da Família em município do semiárido baiano (Feira de Santana): organização e micropolítica. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 96-108, 2010.

SÁ, Caroline Reis de *et al.* Planejamento em saúde bucal na atenção primária à saúde: da teoria à prática. **Revista de APS**, v. 18, n. 1, p. 92 – 101, jan./mar. 2015.

SAVASSI, Leonardo C. M.; DIAS, Ruth Borges. **Planejamento de ações na Equipe**. Belo Horizonte: AMMFC, 2007.

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, dez. 2004.

SILVA, Adriene Cristina Pontes. **Planejamento de ações em saúde bucal voltadas para a prevenção e redução da doença cárie**. 2011. 25 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Campos Gerais, 2011.

SOUZA, Elizabeth Cristina Fagundes de. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. S100-S110, 2008.

TAGLIAFERRO, Elaine Pereira da Silva *et al.* Planejamento em saúde bucal na cidade de Piracicaba, SP: estudo de caso. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 41, n. 4, p. 273-368, out./dez. 2005.

TANCREDI, Francisco Bernardini; BARRIOS, Susana Rosa Lopez; FERREIRA, José Henrique Germann. **Planejamento em saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde e Cidadania, v. 2).

WHITEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, Dec. 2005.

Capítulo 8

GESTÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

Regina Claudia Farias de Almeida

Carlos André Moura Arruda

Geiça Lopes Vieira

Nayara Pereira Lourenço

Anna Karina de Freitas Loiola

Daniele Vasconcelos Fernandes Vieira

8

Gestão da Política Nacional de Humanização na atenção básica

Regina Claudia Farias de Almeida
Carlos André Moura Arruda
Geiza Lopes Vieira
Nayara Pereira Lourenço
Anna Karina de Freitas Loiola
Daniele Vasconcelos Fernandes Vieira

Resumo

Introdução: O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado para que toda a população brasileira tenha acesso ao atendimento público de saúde. O acesso aos serviços de saúde é um direito constitucional da população brasileira, garantido pela criação do SUS. **Objetivo:** compreender o funcionamento da gestão das práticas de humanização na atenção básica com base nos princípios adotados na Política Nacional de Humanização (PNH) no Brasil, publicados na literatura nacional. **Método:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa, descritiva e prospectiva que visou investigar na literatura a gestão da Política Nacional de Humanização na atenção básica usando periódicos do período de 2005 a 2018. Para o levantamento bibliográfico, foi realizada uma busca avançada no período de maio a setembro de 2018 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no portal *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) utilizando as palavras-chave acolhimento, humanização, serviços de saúde e SUS. **Resultados:** É sabido que com a aplicação da implementação da PNH na atenção básica apresenta-se como uma estratégia do SUS que busca o crescimento e aperfeiçoamento no seu processo de evolução. Vários já foram os avanços conquistados no crescimento do controle social sobre as políticas de saúde, no entanto muito ainda falta ser aprimorado e praticado nas unidades de saúde. A política de humanização é executada de maneira significativa em todo o contexto da saúde brasileira, agindo de forma precisa no interesse de todos os envolvidos no processo saúde. **Considerações finais:** O presente estudo possibilitou, através de um levantamento bibliográfico acerca do assunto, identificar como Política Nacional de Humanização está sendo praticada na Atenção Básica.

Palavras-Chave: Gestão. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica.

Introdução

O SUS é um sistema de saúde brasileiro que tem o intuito de proporcionar uma melhor qualidade de vida aos usuários. Órgão público de gestão nas três esferas de governo municipal, estadual e federal, que promove a promoção, proteção e recuperação da saúde, com ênfase na prevenção de doenças. O SUS foi criado para que toda a população brasileira tenha acesso ao atendimento público de saúde. Atua com os seguintes princípios: Universalização do atendimento, integralidade, regionalização, descentralização do poder. Ao contrário dos que são leigos no assunto dizem, o SUS não foi criado para pessoas pobres, o SUS foi criado porque é dever do Estado garantir saúde a todos (BRASIL, 2000a).

Definida como ordenadora das Redes de Atenção (RAS) e um dos principais (e preferido) meios como porta de entrada para os serviços de saúde, a Atenção Básica (AB), está situada no primeiro nível de atenção, visando acolher e atender a saúde do indivíduo e do coletivo, sendo base, promovendo a saúde, prevenindo de agravos, tratando e reabilitando. Como coordenadora do cuidado e porta de entrada do SUS, temos a Estratégia de Saúde da Família (ESF) uma estratégia para a reorganização das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde da população, tendo como foco as famílias que o constituem, buscando promover a qualidade de vida dos brasileiros, intervindo em questões que vem colocar a saúde da população em risco, como a má alimentação, uso de álcool e outras drogas, a falta de atividade física e etc. (MACHADO et al., 2015; BRASIL, 2012).

O acesso aos serviços de saúde é um direito constitucional da população brasileira, garantido pela criação do SUS. Várias melhorias no desempenho do sistema de saúde vêm sendo observadas, por exemplo, a ESF (Estratégia de Saúde da Família) vem reafirmando os princípios básicos do SUS. A garantia de atenção ao primeiro contato está relacionada ao uso da APS (Atenção Primária à Saúde) como a porta de entrada para as questões de saúde e à sua capacidade para lidar com problemas amplos,

heterogêneos e fortemente influenciados pelo contexto social. A utilização dos serviços de saúde está aumentando no Brasil, como fruto da expansão dos serviços da atenção básica (NUNES et al., 2016).

Duas décadas após a construção do SUS, é nítido que temos tido muitas conquistas e que ainda hoje se observa muitos desafios a serem enfrentados, que, apesar dos avanços e das conquistas do SUS, no que se refere a forma de acolhimento oferecido ao usuário da atenção básica em determinadas situações ainda ocorre de forma errônea (BRASIL, 2000b).

O acolhimento na atenção básica é realizado de forma sistematizada e que precisa ser aplicado de maneira primordial no intuito de melhorar a qualidade dos atendimentos e poder proporcionar um melhor acesso do usuário aos serviços de saúde. O acolhimento é primordial nas unidades de saúde da família (ESF), necessitando de um atendimento humanizado, de forma integral e ofertando aos usuários um atendimento integral e eficaz na prevenção de doenças, o que tem se tornado um grande desafio nas Unidades de saúde da Família (SANTOS; BARBIERI; COUTINHO, 2015).

A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma proposta do Ministério da Saúde visando reorientar as práticas de saúde no Brasil em uma perspectiva de transversalidade, preconizando a construção de redes cooperativas, comprometidas e solidárias, estimulando o protagonismo de seus usuários e grupos. A asserção da PNH veio para tornar os princípios do SUS ainda mais relevante e como uma proposta de transformação nos modelos de atenção e de gestão nas práticas de saúde (CAPRARA; FRANCO, 1999; BRASIL, 2004).

Atualmente observa-se um aumento considerável por estudos relacionados à humanização em saúde enriquecendo os conhecimentos no sentido de aprimorar a PNH. O atendimento humanizado se faz importante em todos os setores da sociedade e isso tem a ver com a educação do funcionário para com as pessoas que os procuram a fim de obterem informações ou especificamente em hospitais seja para consultas ou mesmo quando estão enfermos. Uma das principais características da humanização

é o cuidado do ser humano doente e a promoção da sua saúde entendida como bem-estar psicossocial em termos de totalidade, isto é, físico, mental, social e espiritual. Ainda tem como uma das suas prioridades a garantia do atendimento com cidadania e qualidade ao usuário internado e suas famílias. Todo paciente deveria ser tratado com dignidade visto que passa por uma situação delicada em sua vida; neste sentido, a humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais para a recuperação do paciente, por isso, cada funcionário deveria ser preparado para lidar com a situação delicada do doente. Isto não é obrigação, mas sim, um ato de humanidade para quem passa por uma situação delicada de saúde. Sabe-se que infelizmente ocorrem determinadas indicações de políticos para determinados cargos, sendo que estes não procuram e nem qualificam o empregado, apenas os colocam em determinados empregos gerando assim uma qualidade desqualificada para o setor.

Nesse sentido surgiu o interesse por essa temática se deu pelo aspecto profissional e pessoal. No âmbito pessoal o interesse surgiu devido a vivência com uma adolescente diabética tipo 1, onde senti a necessidade de atendimento médico urgente em vários momentos que procurei, não fui contemplada com atendimento humanizado, pelo contrário, o atendimento foi o inverso ao que propõe a PNH. No sentido profissional vejo que o SUS, por ser considerado um dos maiores e melhores sistemas de saúde pública do mundo, porém, ainda tem muitas “deficiências” e é cheio de desafios. Por esse motivo, justifica-se o interesse no presente trabalho em estudar algumas pesquisas sobre o SUS. Visando que a equipe de profissionais esteja preparada a realizar um atendimento com a humanização e seus usuários sobre o aproveitamento na utilização do SUS na Atenção Básica. Tendo em vista que a PNH é preconizada por um acolhimento primordial para a que ocorra eficácia do atendimento na atenção básica.

Como a PNH é implementada na Atenção Básica na ótica das ações da Gestão em Saúde se faz necessário que seja praticado diversas estratégias têm sido usadas para melhorar o desempenho dos profissionais da saúde, com o intuito de capacitá-los através de cursos e na educação

dos profissionais da área saúde de acordo com os dos princípios da humanização (CAMPOS; SILVA; SOUZA, 2015).

Assim, esta pesquisa pretende responder a seguinte questão norteadora: como funciona a gestão das práticas de humanização na atenção básica com base nos princípios adotados na Política Nacional de Humanização no Brasil?

Objetivo

Compreender o funcionamento da gestão das práticas de humanização na atenção básica com base nos princípios adotados na Política Nacional de Humanização no Brasil, publicados na literatura nacional no período de 2014 a 2018.

Método

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que visou investigar na literatura a gestão da Política Nacional de Humanização na atenção básica usando periódicos do período de 2005 a 2018.

Segundo Gil (2008), a pesquisa bibliográfica é realizada com dados elaborados e resgatados em livros e artigos científicos, de fonte segura e pode ser entendida como um estudo exploratório, posto que tenha a finalidade de proporcionar a familiaridade do aluno com a área de estudo no qual está interessado, bem como sua delimitação. Essa familiaridade é essencial para que o problema seja formulado de maneira clara e precisa. Gil (2008) ainda descreve que as etapas desta pesquisa em um processo que envolve: escolha do tema, levantamento bibliográfico preliminar, formulação do problema, elaboração do plano provisório de assunto, busca das fontes, leitura do material, fichamento, organização lógica do assunto e redação do texto.

Para o levantamento bibliográfico, foi realizada uma busca avançada no período de maio a setembro de 2018 na base de dados

Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) utilizando as palavras-chave acolhimento, humanização, serviços de saúde e SUS. Como critério de inclusão, foram considerados os periódicos nacionais, na língua portuguesa, publicados na íntegra, no período de 2005 a 2018, perfazendo os últimos 13 anos e com conteúdos relacionados ao objetivo deste estudo. Como critério de exclusão não foi considerado as publicações com repetições, estudos de revisões e artigos que não foi possível aplicar os cruzamentos das palavras-chave.

Para a coleta de dados, utilizou-se como instrumento a pergunta norteadora: como está a gestão da política nacional de humanização na atenção básica?

Após a coleta dos dados, os resultados foram apresentados em quadros nos quais foram organizados os artigos encontrados, tipo de estudo, ano de publicação e palavras-chave.

A fim de facilitar a análise dos artigos e tabulação dos dados durante a leitura dos artigos na íntegra foi utilizado um instrumento de coleta de dados produzido pela autora, que foi preenchido com os dados: número do artigo, título, autor, periódico, base de dados, objetivo, nível de evidência, coleta de dados, análise dos dados, resultados e discussões.

Os achados da pesquisa foram agrupados, segundo as categorias temáticas de Minayo (2008) e analisados, conforme a PNH na Atenção Básica.

Resultados e Discussão

De acordo com as etapas e os critérios de inclusão previamente instituídos na descrição metodológica, o resultado dessa revisão bibliográfica conta com uma amostra composta por 9 estudos científicos, sendo, para uma melhor análise e interpretação das mesmas, apresentado suas respectivas característica quanto ao título, autores, revista/ano e resultados, conforme exposto no Quadro 1.

Em análise aos estudos, verifica-se que o período das publicações, o ano de 2013 e 2015 tiveram predominância no seu ano de lançamento. Percebe-se, ainda, que referente ao local de publicação, não houve nenhuma repetição em relação à Revista de Pesquisa.

Quadro 1 – Caracterização dos artigos selecionados quanto ao título, autor, ano, revista, resultados e considerações

Título	Autor/Ano	Revista	Resultados/Considerações
A1 Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa	Barbosa et al. (2013)	Revista Brasileira de Enfermagem	Os artigos apontam a necessidade de superação da concepção biologistica e valorização dos aspectos culturais dos usuários. O processo de trabalho é marcado pela desvalorização dos trabalhadores e por usuários destituídos de seus direitos. A formação dos profissionais de saúde está pautada em serviços de saúde em que prevalece a padronização de condutas o que dificulta atitudes inovadoras.
A2 A política nacional da humanização sob a ótica dos profissionais em saúde	Campos; Silva e Souza (2015)	Revista Bionorte	Percebemos que a Política Nacional de Humanização surgiu para consolidar o SUS, e ainda encontra dificuldades para sua efetiva execução e vários profissionais da saúde não têm conhecimento sobre a política de humanização, sendo fundamental uma formação acadêmica voltada para o assunto.
A3 Cuidado de enfermagem à gestante no acolhimento e classificação de risco em obstetrícia: contribuições para o pensar-fazer do enfermeiro	Silva (2017)	UFC	Concluiu-se que pensar acolhimento em obstetrícia na perspectiva da enfermagem humanística foi além de uma tentativa de sistematizar o cuidado. Tratou-se de um ensaio a uma nova práxis assistencial que envolve o pensar-saber-fazer do enfermeiro durante o acolhimento, passando ao largo da ideia de solucionar os problemas da prática por intermédio do planejamento e da implementação de ferramentas padronizadas às adolescentes.
A4 A Política Nacional de Humanização como estratégia de produção coletiva das práticas em saúde	Navarro e Pena (2013)	Revista de Psicologia da UNESP	Através de um percurso pela organização da PNH, destacamos seus princípios, diretrizes e método como orientações para o compartilhamento dos modos de produzir saúde, os quais se dão a partir da ação de gestores, trabalhadores, usuários e movimentos sociais. Assim, é focando na articulação entre os atores implicados com as práticas clínicas e de gestão democráticas que buscamos situar a PNH como política de saúde do SUS.
A5	Conceição	SER Social	Faz um breve resgate histórico do que se pode

A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares	(2009)		considerar "movimento de humanização" no país, desde meados do século XX, e que chega ao início do século subsequente como uma política, abordando nesse processo, ainda que sumariamente, o conceito "humanização", reconhecendo que a única unanimidade é sua polissemia.
A6 Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde	Carvalho et al. (2008)	Arquivos de Ciências da Saúde	A postura de acolhimento aos usuários do SUS deve se estender desde a porta de entrada aos serviços de níveis de complexidade, segundo a necessidade de cada usuário. Para que o acesso possa contemplar os princípios da integralidade, torna-se relevante a presença de uma equipe humanizada que atue como facilitadora na consolidação de estratégias de acolhimento.
A7 O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade e entre trabalhadores e usuários	Lopes et al. (2015)	Saúde Debate	Os resultados evidenciaram que a normatização repercute nas relações de reciprocidade. O acolhimento favoreceu a troca de dádivas. Entretanto, aspectos referentes à estrutura física deficiente, à demanda excessiva, à precariedade da rede de referência, à visão médico-centrada, à vulnerabilidade da população, dificultaram as relações mútuas entre os sujeitos.
A8 Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa	Garuzi et al. (2014)	Revista Panamericana de Salud Pública	O acolhimento é capaz de promover o vínculo entre profissionais e usuários, possibilitando o estímulo ao autocuidado, melhor compreensão da doença e responsabilização pelo tratamento. Auxilia na universalização do acesso, fortalece o trabalho multiprofissional e intersectorial, qualifica a assistência, humaniza as práticas e estimula ações de combate ao preconceito. Entretanto, mereceria maior atenção a perspectiva do usuário sobre a utilização do acolhimento, um tópico a ser enfocado por estudos futuros.
A9 Percepção dos usuários do SUS: Expectativa e Satisfação do Atendimento na Estratégia de Saúde da Família	Arakawa et al. (2012)	Revista CEFAC	Fonoaudiologia concentra parte das suas atividades na média e alta complexidade, níveis citados como insatisfação do usuário. Assim sendo, sugere-se o desenvolvimento desta pesquisa em locais cuja atuação fonoaudiológica esteja presente.

Fonte: Elaborado pelos Autores (2018).

As produções científicas mostraram aspectos metodológicos bastante semelhantes, sendo que quatro, são pesquisas qualitativas e as demais, são qualitativas com outros cunhos metodológicos.

Em relação a organização e síntese das ideias relevantes encontrados para este estudo, foi desenvolvida em três categorias, sendo de acordo com as análises e interpretações: Acolhimento e Participação do Usuário e A política Nacional de Humanização e a Atenção Básica.

Acolhimento e Participação do Usuário

O acolhimento é uma das principais diretrizes éticas, estéticas e políticas da PNH no SUS, Garuzi et al. (2014) apontam como ferramenta capaz de promover o vínculo entre profissionais e usuários, possibilitando o estímulo ao autocuidado, melhor compreensão da doença e corresponsabilização na terapêutica proposta. Auxilia ainda na universalização do acesso, fortalece o trabalho multiprofissional e intersetorial, qualifica a assistência à saúde, humaniza as práticas e estimula ações de combate ao preconceito. Entretanto, mereceria maior atenção a perspectiva do usuário sobre a utilização de tecnologias leves como o acolhimento, um tópico a ser focado por estudos futuros.

A humanização deve ser compreendida de forma integral e humana, onde o primeiro contato do usuário ao procurar o serviço de saúde, deve ser valorizado e entendido como um encontro de culturas e trocas de informações entre usuários do SUS e a equipe de saúde, não se restringindo apenas ao atendimento queixa-sintoma-tratamento, o que diminui a compreensão das subjetividades envolvidas na construção de trocas solidárias e comprometidas. Portanto, devem ser respeitados os seus saberes que são ligados à sua cultura e que dão sustentação a sua forma de perceber seu processo de adoecimento. O acolhimento é entendido como um recurso de mediação de grande relevância na Atenção Básica, quando cria uma relação de confiança com a população, e os profissionais

consegue desenvolver uma relação de dádiva com os usuários (CAMPOS; SILVA; SOUZA, 2015; LOPES et al., 2015).

Barbosa et al. (2013) e Navarro e Pena (2013) falam da PNH como ferramenta de melhoria no atendimento em todos os níveis de atenção, considera desumana a realidade da atenção à saúde, ressaltando grandes filas para consultas, exames, pacientes em macas nos corredores dos hospitais e profissionais que são obrigados a trabalhar em condições precárias. A humanização é resultado de um processo dinâmico, a partir das necessidades do coletivo. Mas em alguns lugares isso tem acontecido sem a participação da comunidade. O gestor é o principal responsável por desenvolver e implantar ações humanizadas. Contudo, muitos gestores não têm conhecimento sobre a sua função, não tendo ação humanizadoras no seu local de trabalho.

Arakawa et al. (2012) refletem a importância da participação do usuário, que é um dos princípios que o SUS preconiza, onde possibilita que população venha a expressar e participar da gestão, organização e no controle de ações e serviços em saúde.

A Política Nacional de Humanização e a Atenção Básica

Segundo os autores Conceição (2009) e Carvalho et al. (2008), a Política Nacional de Humanização, enquanto política pública de caráter transversal, deve permear as várias instâncias das políticas de saúde, constituindo-se como vertente orgânica do SUS, a partir do confronto de ideal, planejamento, mecanismos decisórios, estratégias de implementação e de avaliação. Esses processos “devem confluir na construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde” (BRASIL, 2004, p. 7). A PNH foi criada para fortalecer o SUS no intuito de aperfeiçoar a qualidade da atenção básica, sendo essa estratégia considerada responsável por uma interação unificada entre os usuários e os profissionais de saúde. Como também a necessidade de capacitar profissionais, digo equipe para que a PNH seja colocada em prática de acordo com seus princípios, muito embora

ocorra uma resistência dos gestores em investir na qualificação dos profissionais, fragilizando o SUS.

Para a PNH funcionar corretamente é necessário que o trabalhador do SUS conheça, de fato, como funciona a Política. Segundo Campos; Silva e Souza (2015), muitos profissionais não têm conhecimento ou material necessário para se colocar em prática a PNH. A PNH como ferramenta de melhoria no atendimento em todos os níveis de atenção, considera desumana a realidade da atenção à saúde, ressaltando grandes filas para consultas, exames, pacientes em macas nos corredores dos hospitais e profissionais que são obrigados a trabalhar em condições precárias. O gestor é o principal responsável por desenvolver e implantar ações humanizadoras.

Considerações Finais

O presente estudo possibilitou, através de um levantamento bibliográfico acerca do assunto, identificar como Política Nacional de Humanização está sendo praticada na Atenção Básica.

É sabido que com a aplicação da implementação da PNH na atenção básica apresenta-se como uma estratégia do SUS que busca o crescimento e aperfeiçoamento no seu processo de evolução. Vários já foram os avanços conquistados no crescimento do controle social sobre as políticas de saúde, no entanto muito ainda falta ser aprimorado e praticado nas unidades de saúde. A política de humanização é executada de maneira significativa em todo o contexto da saúde brasileira, agindo de forma precisa no interesse de todos os envolvidos no processo saúde. Nesse campo é observado certa demanda de alienação que são essas as responsáveis pelos efeitos maléficos que afetam a qualidade do serviço.

Conclui-se então que o objetivo do estudo sobre a Política Nacional de Humanização foi realizado e que o mesmo busca desde seu início a implantação de diversas ferramentas estabelecendo redes, vínculos entre os profissionais, gestores e usuários protagonizando assim propostas de

mudanças entre nas quais ressalta o acolhimento como importante ferramenta, garantindo uma recepção adequada e humanizada, fazendo com que ocorra uma maior interação entre os usuários e que essa prática seja devidamente aplicada em todas as unidades de saúde. Visto que é necessário que ocorra um feedback entre o serviços de saúde e a comunidade que faz uso do serviço.

Referências

- ARAKAWA, Aline Megumi *et al.* Percepção dos usuários do SUS: expectativa e satisfação do atendimento na Estratégia de Saúde da Família. **Revista CEFAC**, v. 14, n. 6, p. 1108-1114, nov./dez. 2012.
- BARBOSA, Erika Guerrieri *et al.* Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares. **Fisioterapia em Movimento**, v. 23, n. 2, p. 323-330, abr./jun. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **NOBRH-SUS, princípios e diretrizes**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Humaniza SUS: canais de comunicação do Humaniza SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Humaniza SUS: a clínica ampliada**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde: SUS: princípios e conquistas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000b.
- CAMPOS, Roberto Giulienne; SILVA, Vanderlei Jose da; SOUZA, Francielle Vieira. A Política Nacional da Humanização sob a ótica dos profissionais em saúde. **Revista Bionorte**, v. 4, n. 1, p. 16-25, fev. 2015.
- CAPRARA, Andrea; FRANCO, Anamélia Lins e Silva. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, jul. 1999.
- CARVALHO, Cristiane A. P. *et al.* Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 2, p. 93-95, 2008.
- CONCEIÇÃO, Tainá Souza. A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares. **SER Social**, v. 11, n. 25, p. 194-220, 2009.

COUTINHO, Larissa Rachel Palhares; BARBIERI, Ana Rita; SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos. Acolhimento na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 514-524, abr./jun. 2015.

GARUZI, Miriane *et al.* Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LOPES, Adriana Santos *et al.* O acolhimento na atenção básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 114-123, 2015.

MACHADO, Jacinta de Fátima Pereira *et al.* Educação permanente no cotidiano da atenção básica no Mato Grosso do Sul. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 102-113, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/mGCPbH58Sq3WbdqNXtNgpPF/?lang=pt>. Acesso em: 23 jul. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

NAVARRO, Luisa Milano; PENA, Ricardo Sparapan. A Política Nacional de Humanização como estratégia de produção coletiva das práticas em saúde. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 12, n. 1, p. 64-73, 2013.

NUNES, B. P. *et al.* Tendência temporal da falta de acesso aos serviços de saúde no Brasil, 1998-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 25, n. 4, p. 777-787, out./dez. 2016.

Capítulo 9

A GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA COM O ENFOQUE EM GESTÃO DE PESSOAS

Anna Karina de Freitas Loiola
Carlos André Moura Arruda
Lúcia Vanda Teixeira de Freitas Cavalcante
Emiliane de Almeida Abreu
Rejane Nunes de Castro
Daniele Vasconcelos Fernandes Vieira

9 A Gestão em saúde pública com o enfoque em gestão de pessoas

Anna Karina de Freitas Loiola

Carlos André Moura Arruda

Lúcia Vanda Teixeira de Freitas Cavalcante

Emiliane de Almeida Abreu

Rejane Nunes de Castro

Daniele Vasconcelos Fernandes Vieira

Resumo

A presente monografia trata da Gestão de Pessoas e da Gestão em Saúde voltadas as repartições públicas, buscando elucidar e conceituar a importância desta relação para o emprego das melhores práticas organizacionais, tendo como objetivo geral ampliar a conscientização, como também, o conhecimento principalmente no meio acadêmico a respeito da temática, servindo também a quem possa interessar, como meio de informação, em deferência da importância destas duas áreas de Gestão, demonstrando a partir desta pesquisa os eventuais processos para aplicação das ferramentas de gestão de pessoas tem para manutenção da qualidade do meio ambiente organizacional. Sendo possível compreender também com esse objetivo geral que há uma clara concordância entre autores, que a gestão em saúde e a gestão de pessoas são as ferramentas ideais para dinamizar todos os processos da administração de uma organização em saúde pública, as quais, necessitam para sua execução de um profissional qualificado com capacidade técnica para adoção destes modelos de gestão que são baseados no profissionalismo. Portanto metodologicamente essa monografia pode ser entendida como fundamentalmente bibliográfica pois se utilizou de livros, sites dentre outras fontes, sendo útil a literatura utilizada para os entendimentos dos objetivos específicos que tanto contribuem para a sistemática evolutiva da pesquisa.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Gestão de Pessoas. Saúde Pública.

Introdução

De acordo com Barbosa e Carvalho (2010, p. 24), “os mecanismos de gestão de pessoas são, portanto, altamente críticos e cruciais para o sucesso do trabalho organizacional, devendo ser entendida como parte da própria gestão do trabalho”, ou seja, a boa administração de pessoas se tornou sinônimo do bom planejamento, o qual deve ser cada vez mais estratégico. Sendo este o princípio para uma boa gestão pública, aonde a partir de suas funções administrativas, o bom gestor, tendo a sociedade como epicentro ou foco, reunirá esforços para contemplar seus anseios, estruturando e preparando de forma consciente condições e pessoas para um bom atendimento e serviço.

Reconhecendo, a partir disto destaca Monteiro (2009) a importância das pessoas/funcionários tem para o bom desenvolvimento do serviço de saúde pública, aonde a partir deste entendimento, como também, das relações interpessoais e do comportamento humano, possam estabelecer de forma contundente princípios que assegurem a qualidade de vida, sem desvincular ou afastar os objetivos/ações da própria instituição de saúde.

Por isso, e embaso por essas informações apresentadas no parágrafo anterior, o tema e o título desta pesquisa são: Gestão em Saúde Pública, com foco na administração de pessoas, aonde a partir de uma pesquisa bibliográfica buscou responder as seguintes questões: Qual a importância de uma gestão sistêmica de pessoas, para a qualidade de uma gestão em saúde pública? E quais as variáveis que influenciam a Gestão em saúde?

Neste sentido e a partir deste questionamento foi possível nortear sistematicamente as fases metodológicas desta pesquisa, contribuindo assim, para o entendimento das nuances e da complexidade do tema, sendo importante justamente pela efetividade e relevância, do estudo da relação entre gestão de pessoas tem, para o cumprimento integral das funções administrativas da gestão em saúde pública.

Diante disto, e para uma melhor compreensão desta temática o trabalho foi subdividido em partes, aonde na primeira parte buscou elucidar e conceituar sobre a administração de pessoas em uma perspectiva histórica tendo em Cruz e Santana (2015), dentre outros, alguns dos estudiosos utilizados para confecção deste capítulo, o qual, possibilitou entender por exemplo, destaca Steinmetz (2016, p. 7), que no Brasil “a evolução da área seguiu mais ou menos os passos que podem ser vistos na história mundial, mas sempre com sinal de atraso”, demonstrando com isso, portanto, que a área de Gestão de pessoas, se atualizou para se tornar cada vez mais relevante na construção de boas práticas no ambiente organizacional, sendo sempre uma ferramenta auxiliar e maximizadora para tomada de decisão e para o estabelecimento de estratégias.

Já na segunda parte, buscou-se através de várias fontes, como: Machado e Ximenes Neto (2018) e Tamada; Barreto e Cunha (2013), dentre outros, conceituar e analisar a respeito de Gestão de Pessoas, como também da Gestão em Saúde, e vislumbrar que a Gestão de Pessoas de acordo com Silveira e Miranda (2011, p. 3) “é uma função que se origina e evolui não somente do seu próprio desenvolvimento, mas de uma resposta às condições do contexto organizacional e social que a cerca”, sendo portanto importante para o auto entendimento de uma determinada organização, e que, a Gestão em Saúde, de acordo com Baptista; Azevedo e Machado (2015), é uma das profissões que mais vem ganhado espaço nesta modernidade dos tempos.

Dando continuidade a evolução sistemática desta pesquisa, na terceira parte buscou apresentar os principais processos que são essenciais para uma boa gestão de pessoas, tendo em Chiavenato (2014); Falco (2012) e em Ferreira (2017) por exemplo, como fontes utilizadas para contextualização deste capítulo, podendo entender a partir de Chiavenato (2014), que existem seis processos de gestão de pessoas, proposto pelo autor, as quais, de forma aleatória são: agregar, aplicar, recompensar, desenvolver, manter e monitorar pessoas, e que, como ferramentas de gestão colaboram para a manutenção e para o desenvolvimento dos

profissionais dentro de uma determinada empresa que pode ser público ou privada.

Para que, enfim, na quarta parte do referencial teórico, a partir do traçado de informações captadas em: Gil; Luiz e Gil (2016); Moura; Pinto e Aragão (2016), podemos entender, por exemplo, que o processo em gestão em saúde pública é um meio de manejar “conflitos” em que as “negociações são constantes” e rotineiras, e como é um setor público, destaca-se que existe uma grande demanda por esse tipo de profissional com especialidade no referido setor, principalmente quando falamos do SUS, sendo de acordo com Branco et al. (2010), o planejamento estratégico, as “equipes gestoras de saúde” com a descentralização como meios processuais as quais facilitam o desenrolar de uma gestão em saúde.

Assim, embasado por essas informações, e fortificado pelo estabelecimento da quinta parte, ou seja, da sistemática metodológica, a sexta parte desta pesquisa foi desenvolvida contribuindo assim para a construção teórica e elucidação da problemática, acima citada.

Portanto e, consecutivamente, com uma compreensão mais aprofundada da temática e por intermédio de uma pesquisa bibliográfica, este trabalho se inclina a relevância, pois possibilitará ter visão mais embasada da importância que essas duas áreas de áreas de gestão têm contribuído assim, para pesquisas futuras a quem possa interessar, tendo sempre em foco os objetivos traçados, os quais podem ser vistos no próximo subcapítulo.

Por isso, este trabalho se justifica, pois, além da necessidade de um estudo mais aprofundado sobre a importância da temática, a globalização e a tecnologia, impuseram e ou trouxeram nesses últimos anos, principalmente no meio acadêmico um amplo debate a respeito da gestão de pessoas no setor de saúde pública, pois vislumbrou que a qualidade de vida no trabalho, como também, as condições de trabalho, devem ser tratadas como epicentro e que devem guiar o gestor da saúde pública ao encontro de boas práticas processuais, evidenciando assim, a importância

que o funcionário/pessoas passaram a ter nesta nova dinâmica organizacional que está sempre em constante evolução.

Assim, munidos de todas essas informações o presente trabalho pretenderesponder a seguinte pergunta-norteadora: Quais as contribuições da produção científica sobre a Gestão de Pessoas para uma boa Gestão em Saúde Pública?

Objetivo

Revisar na produção científica as contribuições da gestão de pessoas para uma boa gestão em saúde pública, demonstrando a partir desta pesquisa os eventuais processos de gestão de pessoas para manutenção da qualidade do meio ambiente organizacional e para gestão em saúde pública.

Metodologia

Trata-se de uma revisão narrativa. Na primeira etapa foram selecionados alguns livros, textos, sites que correlacionados com o tema, “Gestão em Saúde Pública, com foco na administração/gestão de pessoas”, serviriam como base teórica para contextualização deste trabalho.

Para o levantamento bibliográfico deste trabalho, no que diz respeito a sites e blogs, buscou-se focar no Google acadêmico, aplicativo/site este que reúne uma imensidade de publicações de pesquisas científicas sempre atualizadas, como também, no Google normal, a qual foi realizada uma busca pontual no período de outubro a novembro de 2018, utilizando primordialmente as palavras-chaves: Gestão em saúde e Gestão de pessoas. Buscou-se responder as seguintes questões: Qual a importância de uma gestão sistêmica de pessoas, para a qualidade de uma gestão em saúde pública? E quais as variáveis que influenciam a Gestão em saúde?

No que se refere às publicações encontradas no Google acadêmico, foram localizadas uma quantidade considerável de 150 publicações, só que somente

10 artigos estavam integralmente dentro dos critérios de inclusão deste trabalho, (critérios estes que veremos no decorrer deste subcapítulo), como também, com relação ao Google Normal, foram encontradas para cada palavra-chave mais de vinte páginas, sendo selecionado também, aqueles que correspondiam aos anseios da pesquisa, que em números correspondem ao todo 30 artigos/blogs.

Com relação aos livros e alguns textos, foram captados ou alugados junto ao Polo da Universidade Aberta do Brasil (UAB) em Quixeramobim, como também, na Unicatólica de Quixadá, no período de setembro a novembro de 2018, tendo como premissa primordialmente está intrinsicamente ligada também, aos assuntos Gestão de pessoas e Gestão em Saúde.

Como critério de relevância para inclusão destes materiais, foram estabelecidos alguns pressupostos, os quais, são: livros, textos e sites em língua portuguesa, publicados no período de 2001 a 2018, e estarem relacionados integralmente ou parcialmente aos objetivos traçados e estipulados para esta pesquisa. E como critério de exclusão, livros, textos e sites, que correspondiam as palavras-chave, mas se caracterizavam como repetições de assuntos.

Já na segunda etapa, e por intermédio de uma administração de tempo, foram feitos os primeiros fichamentos, os quais, serviram posteriormente para estruturação do trabalho em capítulos. Para que assim, na terceira etapa, a contextualização deste trabalho fosse propriamente feita, o qual, ao final deste processo, com a contribuição e motivação da orientadora, pudesse estabelecer conclusivamente a razão de ser desta pesquisa, tendo os resultados encontrados apresentados de forma descritiva, o qual, poderemos ver ao longo do capítulo a seguir, e que destaca a importância e a influência de uma boa gestão de pessoas, para uma boa gestão em saúde.

Resultado e Discussão

Pelo que foi exposto ao longo deste trabalho, como também, pela precisa e sistêmica leitura feita a respeito da temática, pode-se perceber e constatar em Gonçalves (2008); Leite (2015) e em Fortes e Ribeiro (2014) que a sociedade como um todo, vive na atualidade na fronteira diante uma nova era, a qual, está em constante transformação e evolução, tendo na globalização e nas tecnologias, inseridas nestas sociedades, motivado uma nova percepção do meio, conectando-as a uma nova perspectiva, estimulando novos anseios, isso em todos os âmbitos, o que não poderia ser diferente com relação a saúde e ou a saúde pública por exemplo.

Mas afinal de contas, a gestão em saúde é influenciada pela globalização e pelas tecnologias? E qual a importância de uma gestão sistêmica de pessoas, para a qualidade de uma gestão em saúde pública? Com relação ao primeiro questionamento, o que se constatou é que sim, desde o surgimento ou melhor desde a configuração de um mundo globalizado, surgiu a necessidade de um órgão internacional que regulasse procedimentos e estudos envolvendo a saúde, órgão este, segundo Fortes e Ribeiro (2014), chamado de Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo subordinada à Organização das Nações Unidas (ONU) e tem como objetivo, dentre outras coisas o incentivo a pesquisa científica, estabelecimento de normas e procedimentos adequados de conduta e gestão investido em pesquisa de tecnologia, buscando através disto usufruir das possibilidades que a globalização pode oferecer como por exemplo: a inserção em diversas realidades, ou seja, em vários países fazendo pesquisa tendo amostras a nível global, influenciado assim as normas, leis e procedimentos em todo mundo.

Além do mais, em nível nacional, o SUS, fundado em 1988, tentou propiciar e contribuir com os princípios da Organização Mundial da Saúde (OMS) disponibilizando, segundo Agapito (2017), a população saúde de forma igualitária e gratuita. Por isso, o que se constatou com essa pesquisa que a gestão em saúde, de forma particular, é influenciada por essas

variantes, ou seja, Globalização e Tecnologias podendo impactar em níveis diferentes as organizações de saúde públicas. Por isso, Leite (2015) defende ou entende em sua contextualização que as ações destas duas variantes em suma são benéficas para gestão da saúde, mas as crises da globalização poderiam ser empecilhos para a manutenção da qualidade de vida, e para a disponibilidade igualitária da saúde pública, mas que apesar disto, em um mundo cada vez mais globalizado, sendo um ponto positivo deste processo, o surgimento, de acordo com o mesmo autor, de trocas de conhecimentos e experiências, inclusive de gestão (em saúde ou de pessoas), entre nações, sendo benéfica também a sociedade como um todo, até porque como destacam Agapito (2017) e Leite (2015), uma sociedade com qualidade de vida é uma sociedade que tem saúde, e essas trocas de conhecimentos acaba por favorecer a eficiência da qualidade da saúde com um todo, servindo ao gestor em saúde como meio pela busca das melhores práticas de gestão e disponibilidade de serviços.

Já com relação ao segundo questionamento, qual importância de uma gestão sistêmica de pessoas, para a qualidade de uma gestão em saúde pública? Historicamente a administração de pessoas ou, como conhecemos hoje, gestão de pessoas, passou por expressivas mudanças com o tempo, até mesmo de finalidade, como vimos no primeiro capítulo, aonde por intermédio de Cruz e Santana (2015) e Erthal (2015) dentre outros, podemos perceber que a gestão de pessoas acompanhou e se desenvolveu com a modernidade dos tempos ganhando novas funções se estabelecendo na atualidade a partir daqueles processos expostos no capítulo gestão de pessoas, os quais, são: agregar, aplicar, recompensar, desenvolver, manter e monitorar pessoas, e devido a sua eficiência é tão difundido nas organizações privadas. Até porque segundo Chiavenato (2008, p. 195) “A legislação brasileira reflete a ausência de uma política de recursos humanos coerente com as necessidades do aparelho do Estado”, sendo este um grande empecilho, como também, destaca o mesmo autor para “dificuldade de estabelecer gratificações por desempenho”, por exemplo, tornado a atividade do gestor em saúde que utiliza da gestão de

peçoas limitado para motivar seus funcionários, tendo uma única alternativa que é, disposto ou previsto em leis, um exemplo apontado pelo autor é as gratificações por ocupação de cargos em comissão (DAS) (CHIAVENATO, 2008).

Apesar dessas limitações apontadas por Chiavenato (2008); alguns autores defendem, como Leite (2015); Agapito (2017) e Silva (2016), a importância de uma gestão sistêmica de pessoas, para a qualidade de uma gestão em saúde pública, pois eles acreditam que a qualidade dos serviços depende da motivação dos funcionários, que só são alcançadas por intermédio dos processos de gestão de pessoas, é com o que concorda Candido (2011, p. 48) quando diz que

a gestão de pessoas é um processo importante para o bom andamento de qualquer unidade, principalmente na área da saúde em que o trabalho é multidisciplinar. Um bom gerenciamento de equipe pode fazer toda a diferença.

Na melhoria do ambiente organizacional de uma repartição de saúde pública, apesar desta constatação, destaca a mesma autora, a gestão de pessoas ainda é "muito problemática" no setor público, isso por dois fatores: primeiro, interferência política e, segundo, devido a normas rígidas de adesão de funcionários, em que é feita a seleção por meio de concurso público e não pela qualidade.

E há um consenso, pelo menos de quem usufrui dos serviços da saúde pública, que a situação atual do sistema único de saúde (SUS), não corresponde em sua totalidade, com todas as necessidades da população, e isso, por vários motivos, o que pode variar de acordo com cada realidade, um exemplo, pode ser uma falta de uma boa gestão em saúde pública, outra por má gestão de pessoas ou também a falta um profissional qualificado para execução deste cargo de gestão, e as causas disto, podemos perceber no capítulo de processos Gestão em Saúde Pública, a qual, vislumbramos que apesar da boa intenção o SUS, e por ser de administração pública, existe muita burocracia, a qual, impossibilita ou atrasa a tomada de decisão dos procedimentos de gestão em saúde

pública ou de gestão de pessoas, é o que corrobora Gil; Luiz e Gil (2016) e Branco et al. (2010) acrescentando ainda que só através dos processos de descentralização no SUS e com um planejamento estratégico voltado ao controle, regulação, avaliação e auditoria, poderia viabilizar as ferramentas de gestão diminuindo assim os problemas apresentados por Gonçalves (2008) encontrados nas repartições de saúde como por exemplo: falta de recurso, poucos profissionais, salários baixos e por vezes elevadas jornadas de trabalho, ou seja, o oposto do que prega os princípios de uma boa gestão.

Portanto constata-se com essa pesquisa que a gestão em saúde é uma necessidade da saúde pública no Brasil, e que, a gestão de pessoas é sim importante para a boa sistemática motivacional no ambiente de trabalho em saúde, caracterizando com isso uma forte demanda para o governo de uma nova visão de gestão da coisa pública, principalmente na saúde, pois mudar características de ineficiências não é fácil, precisa-se dar o primeiro passo, até porque a saúde é um direito de todos garantido pela constituição (BAPTISTA; AZEVEDO; MACHADO, 2015).

Considerações Finais

Portanto, a partir desta pesquisa foi possível perceber e compreender que não existe só um modelo de gestão em saúde que deve ser seguido por todos, pois cada instituição de saúde é única e munida de pontos fortes e pontos fracos, os quais, somente, a partir de um gestor competente poderá vislumbrar meios de maximizar estes pontos fortes e minimizar os pontos fracos, tudo isso, objetivando verdadeiramente instituir na organização uma política voltada as melhores práticas organizacionais.

Sob tal enfoque, e após analisar o conteúdo histórico evolutivo da administração de pessoas, foi possível perceber também, por intermédio de diversos autores, que na atualidade a gestão de pessoas pode ser sim uma grande aliada da gestão em saúde, pois essas duas áreas de gestão objetivam a mesma coisa que é a produtividade com qualidade. Sendo um grande desafio desta era, principalmente para o poder público, o estímulo para um melhor desempenho.

Por isso, a gestão de pessoas é importante, pois se constitui como uma ferramenta essencial para a mudança de pensamento que através daqueles processos apresentados em um capítulo anterior, possa inserir na administração pública de saúde por exemplo, princípios e políticas que oriente a captação de novos servidores, com o estabelecimento de ferramentas que possibilite o desenvolvimento de pessoal em curto, médio ou longo prazo, com um sistema de remuneração e de incentivos que correspondam e estimule ao desempenho e por fim e não menos importante o estabelecimento de planos de carreiras, os quais, são melhores estudados e empregados quando há uma política de gestão de pessoas.

Portanto, a sistematização de todos esses assuntos apresentados nesta revisão, longe de ser definitiva, possibilita reforçar a ideia da importância da gestão de pessoas, como também, da gestão em saúde servindo ou podendo servir para situar novos desdobramentos no campo metodológico/científico a respeito desta temática, trazendo luz, a quem possa interessar, ao aprofundamento dos assuntos aqui estudados.

Referências

- AGAPITO, Esthefani Ribeiro. **Gestão na saúde pública**. [S.l.]: Administradores.com, 2017. Disponível em: <http://www.administradores.com.br/artigos/cotidiano/gestao-na-saude-publica/104331/>. Acesso em: 9 nov. 2018.
- BAPTISTA, Tatiana Wargas de Farias; AZEVEDO, Creuza da Silva; MACHADO, Cristina Vieira (org.). **Políticas, planejamento e gestão em saúde**: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.
- BARBOSA, Pedro Ribeiro; CARVALHO, Antônio Ivo de. **Organização e funcionamento do SUS**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração da Universidade Federal de Santa Catarina; Brasília: CAPES: UAB, 2010. Disponível em: https://cesad.ufs.br/ORBI/public/uploadCatalogo/10491917022012Organizacao_e_Funcionamento_do_SUS_Aula_1.pdf. Acesso em: 7 dez. 2021.
- BRANCO, Juliano Polese *et al.* Planejamento estratégico e a saúde pública: um estudo do Programa Saúde da Família. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 30., 2010, São Carlos. **Anais [...]**. São Carlos: [s.n.], 2010. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2010_tn_sto_119_775_15234.pdf. Acesso em: 8 nov. 2018.
- CANDIDO, Vanessa Fuhrmeister. **Gestão de pessoas em saúde pública**: perfil do gerenciamento de equipes. 2011. 56 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-graduação em Gestão em Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.
- CHIAVENATO, Idalberto. **Administração geral e pública!** 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.
- CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de pessoas**: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. 4. ed. Barueri: Manole, 2014.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2003.
- CRUZ, Tamires Assis da; SANTANA, Lídia Chagas de. Recursos humanos: presente nas organizações mas desconhecido. **Revista de Iniciação Científica – RIC Cairu**, v. 2, n. 1, p. 33-56, jan. 2015. Disponível em: https://www.cairu.br/riccairu/pdf/artigos/1/3_RECursos_HUMANOS_PRESENT_E_ORGANIZACOES.pdf. Acesso em: 6 nov. 2018.

ERTHAL, Amanda. **Evolução histórica da administração de recursos humanos: um estudo com empresas do vale do Taquari/RS**. 2015. 30 f. Artigo (Bacharelado em Administração) – Centro Universitário Univates, Lajeado, 2015. Disponível em: <https://www.univates.br/bdu/bitstream/10737/1008/1/2015AmandaErthal.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2018.

FALCO, Alessandra de; CASTANHEIRA, Rômer. O processo de gestão de pessoas em empresas de comunicação. **Comunicação & Mercado**, Dourados, v. 1, n. 1, p. 21-35, jan./jul. 2012. Disponível em: <http://www.unigran.br/mercado/paginas/arquivos/edicoes/1/2.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2018.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Miniaurélio Século XXI escolar: o minidicionário da língua portuguesa**. 4. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

FERREIRA, Darlen. **Processo de monitorar pessoas**. [S.l.]: Administradores.com, 2017. Disponível em: <https://administradores.com.br/artigos/processo-de-monitorar-pessoas>. Acesso em: 8 nov. 2018.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; RIBEIRO, Helena. Saúde global em tempos de globalização. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 366-375, abr./jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n2/0104-1290-sausoc-23-2-0366.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2018.

GARCIA, Paola Trindade; REIS, Regimarina Soares. **Gestão pública em saúde: o plano de saúde como ferramenta de gestão**. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2016.

GIL, Célia Regina Rodrigues; LUIZ, Isaías Cantóia; GIL, Maria Cristina Rodrigues. **Gestão pública em saúde: o processo de trabalho na gestão do SUS**. São Luís: EDUFMA, 2016.

GONÇALVES, Sinclair Ribeiro. **A importância da gestão de pessoas no atendimento nas instituições de saúde públicas**. [S.l.]: Administradores.com, 2008. Disponível em: <https://administradores.com.br/artigos/a-importancia-da-gestao-de-pessoas-no-atendimento-nas-instituicoes-de-saude-publicas>. Acesso em: 9 nov. 2018.

LEITE, Pedro Pereira. **Impacto da globalização na saúde global – VII**. [S.l.]: Hypothesis, 2015. Disponível em: <https://globalherit.hypotheses.org/2304>. Acesso em: 9 nov. 2018.

LOYOLA, Patricia; MALINVERNI, Clarissa; MODESTO, Álvaro Barros. **Cartilha de gestão da saúde pública**. [S.l.]: Comunitas, [2017]. Disponível em: https://redejuntos.org.br/storage/articles/Gest%C3%A3o%20de%20Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica_Comunitas.pdf. Acesso em: 7 nov. 2018.

MACHADO, Maria Helena; XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães. Gestão da educação e do trabalho em saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1971-1980, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/yxKZJcmCrSHnHRMYLNtFYmP/?lang=pt>. Acesso em: 7 nov. 2018.

MARQUES, José Roberto. **Treinamento e desenvolvimento de pessoas**. [S.l.]: Instituto Brasileiro de Coaching, 2019. Disponível em: <https://www.ibccoaching.com.br/portal/rh-gestao-%20pessoas/treinamento-e-desenvolvimento-de-pessoas/>. Acesso em: 8 nov. 2018.

MONTEIRO, Marcella Rachel Mignac de Barros. A importância da gestão de pessoas para as instituições de saúde. **RAS Revista de Administração em Saúde**, v. 11, n. 42, p. 43-48, 2009.

MOURA, Dean Carlos Nascimento de; PINTO, José Reginaldo; ARAGÃO, Antônia Eliana de Araújo. Perfil dos profissionais atuantes na gestão em saúde frente ao novo modelo de reorganização do SUS: a regionalização. **Tempus, Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 10, n. 1, p. 75-93, mar. 2016. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1577/1566>. Acesso em: 8 nov. 2018.

SILVA, Helber Mateus da. **A importância da gestão de pessoas em organizações de saúde**. [S.l.]: Administradores.com, 2016. Disponível em: <https://administradores.com.br/artigos/a-importancia-da-gestao-de-pessoas-em-organizacoes-de-saude>. Acesso em: 6 nov. 2018.

SILVA, Yara Cardoso; ROQUETE, Fátima Ferreira. Competências do gestor em serviços de saúde: análise da produção científica, no período de 2001 a 2011. **RAS: Revista de Administração em Saúde**, v. 15, n. 58, p. 2-12, jan./mar. 2013.

SILVEIRA, Victor Natanael Schwetter; MIRANDA, David Ledson Assis de. Gestão estratégica de pessoas e desempenho organizacional: uma análise teórica de suas relações e configurações. In: ENCONTRO DA ANPAD, 35., 2011, Rio de Janeiro. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: ANPAD, 2011. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/GPR1408.pdf>. Acesso em: 7 nov. 2018.

STEINMETZ, Edeuzane de Fátima Pereira da Silva. **Administração de recursos humanos**. Brasília, DF: NT Editora, 2016.

TAMADA, Rosane Cristina Piedade; BARRETO, Maria de Fátima da Silva; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. **Modelos de gestão em saúde**: novas tendências, responsabilidades e desafios. [S.l.]: Convibra, 2013. Disponível em: http://www.convibra.org/upload/paper/2013/38/2013_38_7937.pdf. Acesso em: 7 nov. 2018.

TRECSON. **Conheça a importância da gestão em saúde pública**. [S.l.]: Trecsson, 2018. Disponível em: <https://www.trecsson.com.br/blog/cursos/conheca-a-importancia-da-gestao-em-saude-publica>. Acesso em: 8 nov. 2018.

contato@editoraimac.com.br

www.editoraimac.com.br

ISBN 978-65-995347-4-4