

Elaine Maria dos Santos  
Eliane Horbus  
Roseli de Oliveira Machado  
Organizadoras

# GESTÃO & SAÚDE

INTEGRAÇÃO DE ÁREAS EM BUSCA DE MELHORIAS

apprehendere  
editora

Elaine Maria dos Santos  
Eliane Horbus  
Roseli de Oliveira Machado  
Organizadoras

GESTÃO & SAÚDE:  
integração de áreas em busca de melhorias

1ª edição

Guarapuava  
Apprehendere  
2023

## Organização

---

Elaine Maria dos Santos  
Eliane Horbus  
Roseli de Oliveira Machado

## Corpo Editorial

---

Claudio Luiz Chiusoli  
Natália Maria Maciel Guerra Silva  
Rafael Henrique Mainardes Ferreira  
Simone Cristina Castanho Sabaini de Melo

---

Dados Internacionais da Catalogação na Publicação (CIP)  
Bibliotecária responsável: Vânia Jacó da Silva CRB 1544-9

---

G393      Gestão e saúde: integração de áreas em busca de melhorias /  
Organizado por Elaine Maria dos Santos, Eliane Horbus, Roseli de  
Oliveira Machado.– Guarapuava: Apprehendere, 2023.  
178 p.

Bibliografia  
ISBN 978-65-88217-57-3

1. Saúde - Gestão. 2. Saúde – Brasil. 3. Saúde - Políticas Públicas. 4.  
Saúde Pública – Aplicação de Recursos. I. Santos, Elaine Maria dos. II.  
Horbus, Eliane. III. Machado, Roseli de Oliveira. IV. Título.

CDD 20. ed. 614.981

---

## FICHA TÉCNICA

---

Capa: Luciano Ortiz  
Diagramação: Luciano Ortiz  
Revisão: Elaine Maria dos Santos  
Editores: Isis Lenoah Ortiz e Luciano Ortiz  
Imagem da capa: Freepik

---

2023  
APPREHENDERE  
(42) 3304-0263  
Av. Manoel Ribas, 2028  
Sala 01 - Centro - Guarapuava - PR  
[www.apprehendereeditora.com](http://www.apprehendereeditora.com)  
Todos os direitos reservados

apprehendere  
editora

## **APRESENTAÇÃO**

Esta coletânea retrata preocupações do tempo atual. Reúne textos elaborados por acadêmicos e professores do Curso de Especialização em Gestão de Saúde da Universidade Estadual do Centro-Oeste, Unicentro, que trazem os resultados de trabalhos teóricos e empíricos versando sobre a gestão e a avaliação de políticas públicas de saúde no Brasil e no Paraná.

Já na quarta oferta na Unicentro, o curso de Especialização em Gestão de Saúde segue as diretrizes emanadas pelo Programa Nacional de Formação em Administração Pública, PNAP, iniciativa vinculada ao Sistema Universidade Aberta do Brasil, que tem como foco a capacitação de gestores públicos para intervenção nas realidades sociais, políticas e econômicas, contribuindo para a melhoria do desempenho das atividades desenvolvidas pelo Estado, em todas as esferas.

No curso de especialização visa-se, por meio dos conteúdos discutidos e atividades desenvolvidas, articular as áreas de Gestão e Saúde, de modo que os estudantes, na maioria profissionais atuantes na área da saúde, criem um percurso formativo integrando as duas áreas de conhecimento e tenham condições de aprimorar as práticas e, conseqüentemente, os resultados obtidos, em especial no que tange à gestão dos recursos e serviços públicos de saúde.

Nesta quarta oferta, os acadêmicos foram desafiados a desenvolver, como trabalho de conclusão de curso, pesquisas abordando problemáticas vivenciadas no cotidiano dos sistemas e serviços de saúde. Assim, este livro é uma coletânea de textos resultantes do desafio.

Nos textos a seguir, há temáticas diversas, ligadas às estratégias voltadas à promoção à saúde e à prevenção de doenças, ao cuidado e restabelecimento da saúde mental, a ações de enfrentamento dos desafios impostos pela pandemia causada pelo novo Coronavírus, ao debate acerca da segurança alimentar e nutricional e à análise crítica da aplicação dos recursos destinados à saúde pública.

Duas grandes políticas públicas desenhadas para a prevenção

---

de doenças, promoção à saúde, cuidado integral e combate ao sedentarismo, com conseqüente melhoria da qualidade de vida e do bem-estar da população, são discutidas em “Desafios na implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares nos municípios” e “Programa Academia da Saúde como componente de execução da Política Nacional de Promoção da Saúde, PNPS”.

Estratégias voltadas à preservação e restabelecimento da saúde mental são apresentadas e analisadas nos textos “Fatores associados à depressão em idosos no Brasil: Uma revisão sistemática de literatura”, “Projeto de reabilitação psicossocial a partir da Portaria 132/2012: Uma alternativa para promover a gestão estratégica do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS AD II, de Arapongas-PR”, e “Mudanças nas estratégias de trabalho do CAPS AD e o impacto para o usuário do serviço”. De maneira adicional, implicações da pandemia de COVID-19 na saúde mental são abordados em “Internações psiquiátricas em Jacarezinho-PR: Um olhar durante a pandemia da COVID-19”.

Para além das conseqüências da pandemia na saúde mental, os impactos, estratégias de enfrentamento do SARS-CoV-2 expressas em planos de contingência e adoção de medidas restritivas à circulação de pessoas, assim como a efetividade destas políticas, são discutidas no trabalho “Plano de contingência para a gestão em saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19 no município de Novo Itacolomi, PR”. Em “A (in) segurança alimentar e nutricional enquanto problema de saúde pública: gestão de políticas públicas no governo federal brasileiro e os desmontes orçamentários e institucionais” a já fragilizada política nacional de combate à fome volta à baila no contexto pandêmico.

Por fim, o trabalho intitulado “Os gastos com a saúde do município de Guarapuava entre 2013 e 2020: análise da aplicação de recursos”, traz à tona uma discussão sobre a necessária análise e o acompanhamento da aplicação anual em ações e serviços públicos de saúde por parte dos municípios dos recursos mínimos calculados com percentuais incidentes sobre a arrecadação, em cumprimento a dispositivos constitucionais.

---

# GESTÃO & SAÚDE

INTEGRAÇÃO DE ÁREAS EM BUSCA DE MELHORIAS

---

---

Assim, o objetivo central desta iniciativa é socializar as produções e estimular a formação continuada e integrada de modo a ampliar as competências individuais com o intuito de aprimorar a prática profissional e, sobretudo, melhorar os resultados, os serviços e produtos oferecidos para a sociedade.

Boa leitura!

*Elaine Maria dos Santos, Eliane Horbus e  
Roseli de Oliveira Machado,  
Organizadoras*





## **SUMÁRIO**

PROJETO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL A PARTIR DA PORTARIA 132/2012: UMA ALTERNATIVA PARA PROMOVER A GESTÃO ESTRATÉGICA DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS AD II DE ARAPONGAS-PR.....	09
MUDANÇAS NAS ESTRATÉGIAS DE TRABALHO DO CAPS AD E O IMPACTO PARA O USUÁRIO DO SERVIÇO.....	49
DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NOS MUNICÍPIOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA.....	65
PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA A GESTÃO EM SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO MUNICÍPIO DE NOVO ITACOLOMI.....	85
INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS EM JACAREZINHO-PR: UMA OLHAR DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19.....	99
A (IN) SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA: GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO GOVERNO FEDERAL BRASILEIRO E OS DESMONTES ORÇAMENTÁRIOS E INSTITUCIONAIS.....	111
PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE COMO COMPONENTE DE EXECUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE - PNPS: UMA REVISÃO DE LITERATURA.....	135
OS GASTOS COM A SAÚDE DO MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA ENTRE 2013 A 2020: ANÁLISE DA APLICAÇÃO DE RECURSOS.....	153
FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO EM IDOSOS NO BRASIL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA.....	165

---

---





**PROJETO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL A PARTIR DA PORTARIA  
132/2012: UMA ALTERNATIVA PARA PROMOVER A GESTÃO  
ESTRATÉGICA DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS AD II  
DE ARAPONGAS-PR**

*FÁBIO APARECIDO DE OLIVEIRA*

*ELAINE MARIA DOS SANTOS*

## **1 INTRODUÇÃO**

*Nos últimos anos, o Brasil enfrenta graves problemas sociais e de saúde, relacionados ao uso abusivo de substâncias psicoativas e etílicas, entre os jovens brasileiros que obtêm acesso às diversas drogas ilícitas e lícitas. Entre essas drogas estão o álcool e o crack, que é muito comum na faixa etária de jovens entre 20 e 39 anos, ou mesmo quando ainda são adolescentes a partir dos 15 anos, por terem acesso fácil às bebidas alcoólicas e outras drogas.*

*Como exemplo disso, o Centro de Informações sobre Saúde e Álcool, no ano de 2017, divulgou um estudo sobre os impactos e consequências sociais e de saúde, diretamente relacionadas ao comportamento dos jovens, descrevendo, como:*

*Um comportamento preocupante, e mais comum entre os jovens, é o Beber Pesado Episódico - BPE, que significa consumir 5 ou mais doses, no caso dos homens e 4 ou mais, no caso das mulheres, em uma única ocasião. Uma dose corresponde a uma taça de vinho de 100 ml, ou uma lata de cerveja de 330 ml ou uma dose de destilado de 30 ml. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostraram que 13,7% da população revelou já ter tido esse comportamento. O impacto do BPE está diretamente relacionado ao maior risco para amnésia alcoólica, quedas, violência, acidentes de trânsito, sexo desprotegido ou sem consentimento, gravidez indesejada, entre outros. (CISA, 2017, p.2)*

As consequências do uso de drogas lícitas e ilícitas estão relacionadas aos fatores de saúde mental e fatores sociais como a perda da capacidade produtiva, preconceitos e adversidades que essas pessoas precisam enfrentar, de acordo com a Pesquisa Nacional sobre o uso de crack, da Fundação Oswaldo Cruz, nesse estudo sociológico, foram realizados importantes apontamentos das consequências sociais:

A pesquisa foi encomendada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça e Cidadania (Senad/MJ) devido ao contexto de consumo da droga no país, evidenciado pelos resultados da Pesquisa Nacional sobre Crack, desenvolvida pela Fiocruz. O estudo nacional revelou que o Brasil possui 370 mil usuários regulares de crack nas capitais, sendo aproximadamente 80% deles homens, negros, de baixa escolaridade e renda, com média de idade de 30 anos. Posteriormente a Senad encomendou outra pesquisa, dessa vez no intuito de investigar a relação entre o uso do crack e processos de exclusão e desclassificação social em diferentes esferas e dimensões. Coordenada pelo sociólogo Jessé Souza, a pesquisa aponta que a relação entre exclusão social e uso de crack é fundamental para desenhar políticas e formar linhas de cuidado para pessoas que tenham problemas com drogas. Complementares, as pesquisas apontam o forte estigma e exclusão social dos usuários. (SOUZA, 2016, p.1)

Dessa forma, realiza-se esse estudo sobre tratamento especializado de saúde mental, pautado na política de redução de riscos e identificar se os tratamentos baseados em internamentos e administração de medicamentos, são suficientes para alcançar resultados significativos.

O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS AD II é a unidade de serviço de saúde mental que disponibiliza atendimentos, consultas e tratamentos, que podem substituir as internações em hospitais psiquiátricos, pois conforme uma publicação do Ministério da Saúde, que destaca os objetivos e potencialidades do CAPS AD II, em prestar os serviços que incluem as atividades psicossociais:

Esses recursos vão além do uso de consultas e de medicamen-

tos, e caracterizam o que vem sendo denominado, clínica ampliada. Essa ideia de clínica vem sendo (re)construída nas práticas de atenção psicossocial, provocando mudanças nas formas tradicionais de compreensão e de tratamento dos transtornos mentais. (BRASIL, 2004, p.13)

Além dos cuidados clínicos para as pessoas que sofrem com problemas de dependência química, o CAPS AD II, desenvolve atividades de reabilitação psicossocial, que diminuem as internações hospitalares e contribuem para o exercício da cidadania e da inclusão social, especialmente pelo acesso à renda e inserção no mercado de trabalho.

Na perspectiva de promover e consolidar a realização de atividades de reabilitação psicossocial, associada à geração de trabalho e renda, o Sistema Único de Saúde (SUS), estabeleceu a Portaria n. 132/2012, com as prerrogativas de desenvolvimento de atividades de reabilitação psicossocial e geração de trabalho e renda, para o público atendido pela Rede de Atenção Psicossocial, que envolve as Unidades de Saúde, como o Centro de Atenção Psicossocial –CAPSAD II.

A Portaria 132/2012 estabelece os seguintes requisitos para a concessão de incentivo financeiro de custeio para o desenvolvimento de atividades de Reabilitação Psicossocial e a geração de trabalho e renda:

Art.1º. Fica instituído incentivo financeiro de custeio para o desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS);

Parágrafo Único. O componente Reabilitação Psicossocial constitui-se de iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais;

Art.2º. O incentivo financeiro instituído no Art.1º. será destinado ao ente federado que desenvolva programa de reabilitação psicossocial que obedeça aos seguintes critérios:

- I – estar inserido na Rede de Atenção Psicossocial;
- II – estar incluído no Cadastro de Iniciativas de Inclusão social pelo Trabalho (CIST) do Ministério da Saúde, e;
- III – ter estabelecido parceria com Associações de Usuários, Familiares e Técnicos, Cooperativas Incubadoras de

Cooperativas ou Entidades de Assessoria e Fomento em Economia Solidária para o apoio técnico e acompanhamento dos projetos.

Art. 3º. O incentivo de que trata esta Portaria terá os seguintes valores:

I – R\$15.000,00 (quinze mil reais) para programas de reabilitação psicossocial que beneficiem entre 10 e 50 usuários;

II - R\$30.000,00 (trinta mil reais) para programas de reabilitação psicossocial que beneficiem entre 51 e 150 usuários;

III - R\$50.000,00 (cinquenta mil reais) para programas de reabilitação psicossocial que beneficiem mais de 150 usuários.” (BRASIL, 2012, p.1)

Dessa forma, verificou-se, junto à Prefeitura Municipal de Arapongas, que o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS AD II de Arapongas-PR, sendo uma unidade de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde, tem as atribuições que estão estabelecidas na Portaria 132/2012 e está devidamente adequado às possibilidades de realização dessas atividades, previstas na Lei Federal, voltadas para as pessoas que recebem tratamento no CAPS AD II e que buscam melhores condições de vida, trabalho e renda.

Diante do exposto, surge uma questão: O que fazer para que o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS AD II de Arapongas-PR tenha condições de promover atividades de capacitação profissionais aliadas às atividades de reabilitação psicossocial?

Assim, derivado da questão, surge o objetivo do estudo que é propor um projeto referente ao conjunto de atividades de reabilitação psicossocial, conjugadas às atividades de capacitação profissional, apropriado à realidade do público-alvo do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS AD II de Arapongas-PR e pautado, também, nas diretrizes da Portaria 132/2012, do Ministério da Saúde.

A seguir aborda-se a importância do desenvolvimento das atividades de saúde mental que envolve constante busca de aprimoramento na gestão estratégica dos serviços ofertados pela unidade de saúde mental, Centro de Atenção Psicossocial - CAPS AD II de Arapongas-PR.

## **2 GESTÃO ESTRATÉGICA DO CAPS AD II DE ARAPONGAS, PERSPECTIVA PARA APRIMORAMENTO DAS ATIVIDADES E SERVIÇOS PRESTADOS**

É imprescindível analisar as características da administração pública para identificar as atividades desenvolvidas pelos seus setores, especialmente os serviços de saúde mental, visando o bem-estar da população.

Nesse subtópico delinea-se a coerência da gestão estratégica na execução de serviços, de políticas públicas a serem desenvolvidas e da viabilidade da garantia dos direitos sociais daqueles que procuram atendimento e tratamentos de saúde mental.

### **2.1 A gestão estratégica no âmbito da administração dos serviços atendimentos de saúde mental**

A gestão estratégica apresenta características de formalização das ações e serviços da administração pública e nelas é assegurada a garantia dos direitos e as necessidades e demandas de toda a população brasileira. Também estão relacionadas nas ações dos governos as decisões e definições dos orçamentos públicos, a elaboração e execução de políticas públicas, que se estabelecem com base em um amplo processo de articulação e participação, envolvendo a sociedade civil e os agentes públicos.

Nesse sentido, o atual contexto social e político, exige que a administração dos recursos financeiros e serviços públicos, sejam pautados na gestão estratégica que é o conjunto ações interventivas, por parte do Estado, para adaptar-se e superar os desafios de tornar a administração pública mais eficaz, eficiente e efetiva, pois:

Considerando, portanto: a) Gestão como ações empreendidas na criação, comunicação, implementação e controle da estratégia de uma organização; b) a estratégia como um conjunto de hipóteses de causa e efeito para o alinhamento e empreendimento de ações orientadas para a consecução da estratégia e dos resultados objetivados; e c) recursos como um conjunto de insumos a serem utilizados nas atividades de uma organização; pode-se caracterizar a gestão estratégica de recursos como: ações empreendidas na criação, comunicação,

implementação e controle das causas e efeitos objetivados de uma organização, programa, projeto ou atividade mediante a utilização de insumos. (NETO E RIBEIRO, 2012, p.197).

Historicamente, a gestão pública sempre é marcada pelos desafios de administrar bem os serviços e recursos públicos disponíveis, que exigem constantes esforços para se adequar à realidade social e tornar a administração pública ainda mais ágil e satisfatória na execução dos serviços e atendimentos à população.

Segundo Cunha & Rezende (2005), os desafios governamentais são manter o equilíbrio de gastos e orçamentos públicos e atender as demandas sociais:

Juntamente com os compromissos financeiros, os direitos sociais assegurados pela Constituição e seus regulamentos, estes na sua maioria dos casos estão ancorados em vinculações de recursos orçamentários. Os direitos previdenciários, tanto dos servidores públicos como dos trabalhadores na iniciativa privada, a universalização do ensino fundamental, dos serviços básicos de saúde, os programas assistenciais e o auxílio-desemprego compõem o elenco dos direitos um naco apreciável do orçamento. (CUNHA e REZENDE, 2005, p.70)

As causas que dificultavam a ação do Estado em cumprir o papel de viabilizar o desenvolvimento social, econômico e atender às demandas dos cidadãos, se manifestavam nos modelos de administração pública que não apresentavam o desempenho necessário para lidar com o empobrecimento da população e capacidade de estruturar a economia.

Assim, a partir de 1988, com a promulgação da Constituição Federal, a chamada Constituição Cidadã (Brasil, 1994, p.3), está reforçada de conceitos de cidadania, de reconhecimento dos direitos sociais e por princípios de universalidade, equidade e uma perspectiva de renovação da administração.

O país chegaria aos anos 1990, com novos paradigmas da globalização e revolução tecnológica, com predomínio do idealismo neoliberal e as políticas de minimização do Estado. Nogueira (1998) faz menção sobre este período, que exigia uma ampla reforma do Estado.

Novos paradigmas organizacionais e gerenciais, planejamento e gestão estratégica, busca de qualidade e de excelência na prestação de serviços, ampliação das funções reguladoras do Estado. Ficaria sempre mais evidente, a partir de então, que a reforma da administração pública precisaria ser entendida como parte integrante de um processo reformador de amplo espectro, concedido para atingir concomitantemente o Estado, a política e a sociedade. (NOGUEIRA, 1998, p.117).

É fato de que, ainda hoje, são necessários empenhos para promover uma gestão de recursos financeiros e serviços públicos eficaz e efetivamente, em que ocorre a atuação direta da administração pública para garantir a operacionalização das políticas públicas adequadas à realidade sociopolítica e econômica. Para Cavalcanti (2005), a gestão estratégica envolve reconhecer a existência de uma dinâmica de relações governamentais com vários setores:

Trata-se de reconhecer a multiplicação de atores que, de forma direta ou indireta, participam de todas as fases do processo de políticas públicas, abertura de importantes setores econômicos e de serviços públicos a agentes privados, o reconhecimento da importância das relações intergovernamentais e da descentralização no processo de implementação de políticas públicas são apenas alguns fatores que influenciam a dinâmica da gestão de políticas públicas. (CAVALCANTI, 2005, p.52).

Para o mesmo autor, uma administração pública eficaz inclui medidas estratégicas, desde a formulação das políticas públicas, até seu monitoramento e avaliação para:

Dirimir tensões e conflitos decorrentes de questões (e estruturas) relativas às atividades-meio, entendidas como o conjunto de medidas de otimização organizacional, e às atividades-fim, ligadas ao processo de formulação e implantação de políticas finalistas, dando conta das interações de ambas; Dar coerência ao processo, buscando a otimização da equação custo-efetividade. (CAVALCANTI, 2005, p.54).



Outro elemento importante para promover a modernização e eficácia da administração pública é a elaboração do diagnóstico da capacidade de gestão e de combate à burocracia pública, de acordo com Cavalcanti:

o processo de diagnosticar é uma dimensão crucial, uma vez que deve privilegiar a construção de consensos num espaço pluralístico, onde ao lado do funcionalismo público e de representantes de áreas-alvo de políticas públicas, participem forças-tarefas interdisciplinares do governo, vem como as clientelas afastadas. (CAVALCANTI, 2005, p.56).

Segundo o autor, este diagnóstico deve basear-se em dados e indicadores fidedignos, numa combinação adequada de metodologias quantitativas e qualitativas, orientadas para a interpretação da realidade e fazer reflexão estratégica para construir novos e aprimorar os existentes e estabelecer uma visão de longo prazo e a possibilidade de um processo de continuidade de um plano de gestão pública com padrão de organização e transformações estruturais.

Ainda, conforme Cavalcanti (2005) compõem o quadro da administração direta e indireta as entidades, autarquias, fundações públicas, empresas públicas e sociedades de economia mista, que formam uma rede de integração institucional e desempenham papel importante no quadro da administração pública.

Essa rede tem alto grau de estruturação, na medida em que já dispõe de mecanismos de financiamento (via orçamento e fundos especiais), pois de acordo com Cunha e Rezende (2005), o orçamento representa um enorme potencial para a transformação qualitativa da gestão pública.

Além das questões macroeconômicas que têm predominado no debate sobre o orçamento público, como as limitações decorrentes da rigidez orçamentária, é fundamental focalizar a qualidade da gestão orçamentária exercida no nível das distintas organizações governamentais que compõem o conjunto do setor público brasileiro.(CUNHA; RESENDE, 2005, p.67)

Nesse sentido, as diretrizes orçamentárias são um conjunto de

instruções para a concretização de Plano de Governo, por um período determinado. É um instrumento de planejamento, que orienta a elaboração e execução do orçamento. Cunha e Rezende (2005) enfatizam que o orçamento público é uma das maiores preocupações dos governantes brasileiros, pois visa atender aos compromissos acumulados e garantir os direitos instituídos em lei, suprindo as demandas existentes.

Assim para os autores, o orçamento público é resultado do acúmulo de compromissos que o Governo precisa administrar de forma coerente, pois envolve fatores como:

De compromissos públicos assumidos no passado; de direitos assegurados em lei a grupos sociais mais bem organizados; das regras que estabelecem os mecanismos de transferência de recursos fiscais na Federação; das garantias instituídas no tocante ao financiamento de determinados programas governamentais (vinculações de receitas) (CUNHA; RESENDE, 2005, p.70).

A elaboração do orçamento é a fase em que é estimada a receita, formulam-se as políticas e os programas de trabalho, estabelecem-se as prioridades e cálculos dos gastos. Por isso a necessidade de conhecer as capacidades e limitações da administração dos recursos, a população a ser atendida em cada setor da atuação da administração pública em suas diferentes esferas, seja federal, estadual ou municipal.

Nessa perspectiva, ao considerar os elementos da administração e execução de serviços públicos adequados às demandas sociais e a efetivação dos direitos sociais, há necessidade de ocorrer a aproximação entre Estado e a sociedade civil visto que ela ganha mais visibilidade e clareza ao público atendido pelos serviços públicos, torna a operacionalização dos serviços e programas mais apropriados à gestão dos recursos materiais, humanos e financeiros disponíveis para alcançar os objetivos propostos, gerir e interferir nas situações internas e externas da administração pública, tornando assim os serviços mais adequados à realidade social da população que procura os serviços de saúde mental, no Município.

A seguir as considerações relacionadas ao papel e função de instituições públicas que prestam serviços de saúde, como o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS AD II de Arapongas-PR.

## **2.2 Funções e atribuições das instituições públicas na execução dos serviços e atendimentos de saúde mental**

Uma administração pública eficaz também incluiu nas ações e rotinas as medidas estratégicas desde a formulação das políticas públicas, execução de serviços, o monitoramento e avaliação, o que envolve promover a qualidade dos serviços e atendimentos prestados e promover melhores condições de vida da população e isso de forma mais democrática e participativa.

A Constituição Federal de 1988, no Art. 196, estabelece que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, p.92)

Nesse sentido, a gestão pública municipal, baseia-se nessas diretrizes legais, para elaborar um esboço administrativo de uma gestão eficaz, eficiente e efetiva com auxílio de ações estratégicas para promover o acesso às informações, atendimentos e serviços de melhor qualidade e de acordo com o interesse público.

Seguir as prerrogativas legais, certamente ajuda a habilitar as instituições públicas para atender as demandas sociais, proporcionar acesso a benefícios sociais, atendimentos médicos e encaminhamentos de diversos setores internos e externos da saúde mental e da Rede de serviços de Saúde.

O Decreto n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial. Nele foram estabelecidas as seguintes prerrogativas:

Art. 1º Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack,

álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;

II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;

III - combate a estigmas e preconceitos;

IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;

VI - diversificação das estratégias de cuidado;

VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;

VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;

IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;

XI - promoção de estratégias de educação permanente; e

XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.” (BRASIL, 2011, p.2)

Além disso, está previsto nessa Lei Federal, as seguintes atribuições e funções das instituições públicas de saúde mental:

Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;

II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e

III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Art. 4º São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);
  - II - prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;
  - III - reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;
  - IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;
  - V - promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;
  - VI - desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;
  - VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;
  - VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e
  - IX – monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.
- (BRASIL, 2011, p.3)

Desse modo, ao olhar a realidade local da instituição pública que proporciona serviços de saúde mental ofertados pelo Município de Arapongas, o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS AD II de Arapongas-PR, precisa atender às atribuições e funções estabelecidas no Decreto 3.088/2011 e às prerrogativas na realização de atendimentos, consultas psiquiátricas, psicológicas e desenvolvimento de atividades terapêuticas e de reabilitação psicossocial, contribuir para a melhoria da condição de vida da população e atingir os objetivos enquanto instituição pública, responsável por proporcionar tratamentos e promover a recuperação da saúde mental de pessoas com dependência química.

Neste sentido, é necessário conduzir e administrar recursos materiais, técnicos e de profissionais para efetivar a implantação de projetos, programas e serviços de acordo com as necessidades das comunidades, suas características sociais, culturais e perfil epidemiológico.

Por isso, a proposição de um projeto de reabilitação

psicossocial, associada às atividades de geração de trabalho e renda, presente neste estudo é baseado na Portaria n. 132 de 26 de janeiro de 2012, em que está previsto o “[...] incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).” (BRASIL, 2012, p.1)

Com a realização de atividades de recuperação psicossocial, conjugadas às atividades de capacitação profissional desenvolvidas no CAPS AD II, tem-se a possibilidade de utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) desde que esteja de acordo com os critérios da Portaria. E um dos requisitos exigidos pela Portaria 132/2012, no Art. 4º:

A solicitação de recebimento do incentivo financeiro de que trata esta Portaria será encaminhada pelo gestor de saúde do ente interessado ao Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAPES/SAS/MS), acompanhada dos seguintes documentos:

I - ofício assinado pelo gestor de saúde solicitando o incentivo financeiro e identificando o projeto ou o conjunto de projetos que serão beneficiados;

II - projeto de reabilitação psicossocial constituído por iniciativa(s) de geração de trabalho e renda, empreendimento(s) solidário(s) e cooperativa(s) social(s), com plano de aplicação de recursos detalhado; e

III - termo de compromisso do gestor local assegurando a aplicação integral do incentivo financeiro no projeto ou no conjunto de projetos, em até 6 (seis) meses a contar da data do repasse dos recursos. (BRASIL, 2012, p.1)

Caso, os responsáveis pelo planejamento e desenvolvimento das atividades de recuperação psicossocial, que são desenvolvidas no CAPS AD II de Araongas-PR, demonstrem interesse de viabilizar esses recursos financeiros disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde-SUS, precisam apresentar a documentação necessária para a liberação dos recursos direcionados especialmente para a realização de atividades de caráter psicossocial.

Uma característica importante dessa Portaria do Sistema Único de Saúde – SUS é o esforço de conjugar as atividades de

reabilitação psicossocial com as atividades de capacitação profissional porque o conjunto dessas atividades pode promover resultados melhores nos tratamentos médicos realizados no CAPS AD II de Arapongas-PR.

Segue os procedimentos metodológicos necessários para o desenvolvimento da pesquisa relacionada aos tratamentos de saúde mental, realizados pelo CAPS AD II de Arapongas-PR.

### **3 METODOLOGIA**

A realização deste estudo baseou-se numa revisão bibliográfica em artigos científicos, teses, dissertações e periódicos relacionados à temática de saúde mental, especialmente sobre a reabilitação psicossocial para embasamento teórico.

“Toda investigação se inicia por uma questão, por um problema, por uma pergunta, por uma dúvida. A resposta a esse movimento do pensamento geralmente se vincula a conhecimentos anteriores ou demanda a criação de novos referenciais.” (MINAYO, 2007, p.16)

No período do dia 16/09/2021 até o dia 22/09/2021, realizou-se entrevistas com os sujeitos da pesquisa, sendo 5 (cinco) funcionários do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS AD II de Arapongas-PR, componentes da Equipe Interdisciplinar do CAPS AD II, sendo 1 (uma) Psicóloga, 1 (um) Médico Psiquiatra, 1 (uma) Enfermeira, 1 (uma) Assistente Social e o Gerente da unidade de saúde mental. Essas entrevistas foram realizadas presencialmente, nas dependências do CAPS AD II de Arapongas-PR, localizada à Rua Marabu, 1.405, Centro, Arapongas-PR.

A realização das entrevistas teve como objetivo fazer uma avaliação diagnóstica com a equipe interdisciplinar, para constatar os conceitos e as perspectivas dos profissionais, sobre o processo de reabilitação psicossocial associada às atividades de capacitação profissional.

Para a coleta dos dados qualitativos foi utilizado um roteiro com 7 (sete) perguntas semiestruturadas e abertas, sendo que essas questões estão relacionadas às perspectivas desses profissionais,

sobre o desenvolvimento de atividades pautadas na reabilitação psicossocial e capacitação profissional, em conformidade com a realidade dos pacientes atendidos, na unidade de saúde mental, CAPS AD II de Arapongas-PR.

Após as entrevistas, foi realizada a análise dos dados qualitativos, levando em consideração os objetivos da pesquisa e o referencial teórico disponível e a descrição das possibilidades e limites no processo de realização de atividades, especialmente direcionado à reabilitação psicossocial, associada à geração de trabalho e renda.

Posteriormente, sistematizou-se as respostas para elaboração de um Projeto de reabilitação psicossocial, baseado em ações conjugadas, entre tratamento terapêutico e atividades de capacitação profissional e/ou geração de renda, que poderá ser realizado no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS AD II, denominado de Capacite sua vida.

Para esta finalidade, utilizou-se a metodologia 5W2H, que de acordo com Brum (2012), consiste em “[...] responder às sete perguntas de modo que todos os aspectos básicos e essenciais de um planejamento sejam analisados.”

Considera-se a relevância desse método na elaboração eficaz de um projeto, que conforme destacado por Coutinho:

A metodologia 5W2H tem como objetivo facilitar a compreensão do problema e a importância de propor uma melhoria/solução. Com o problema sendo compreendido sob os diferentes pontos de vista, os gestores podem analisar quais as decisões mais rentáveis que deverão ser tomadas, como encaminhar para uma equipe técnica especializada, de forma que o resultado ao final seja o melhor e mais coerente possível com o objetivo declarado no escopo do projeto. (COUTINHO, 2020, p.5)

O método serviu de auxílio para a definição das atividades de reabilitação psicossocial conjugadas às atividades de capacitação profissional, que serão propostas no projeto, visto que, de acordo com SEBRAE (2020), o instrumental 5W2H atua como suporte no processo estratégico, garantindo que as informações básicas e mais fundamentais sejam claramente definidas e as ações propostas sejam



minuciosas, porém simplificadas.

Além disso, a metodologia 5W2H contribuiu para a melhor visualização de todo o processo de elaboração e planejamento. De acordo com MEIRA (2004), ela é utilizada para descrever, de maneira completa, um plano de ação. É uma sigla oriunda da língua inglesa que significa: “What (o que fazer?); Why (por que fazer?); Who (quem será responsável); When (quando?); Where (onde); How (como fazer?); Howmuch (quanto custará?).”

No Centro de Atenção Psicossocial – CAPS AD II de Arapongas há 981 (novecentos e oitenta e uma pessoas) cadastradas, que fazem tratamento especializado, para dependência química. Na faixa etária dos 18 (dezoito) até 45 (quarenta e cinco) anos, 773 (setecentos e setenta e três) são do sexo masculino e 208 (duzentas e oito) pessoas do sexo feminino. 605 (seiscentos e cinco) dos pacientes têm escolaridade até o 7º. ano do Ensino Fundamental. (Arapongas, 2021, p.1)

De acordo, com as características dos pacientes dessa unidade de saúde mental e de informações repassadas pela equipe interdisciplinar sobre o público-alvo e os possíveis integrantes do projeto de reabilitação psicossocial e capacitação profissional, foram definidos os seguintes critérios de seleção:

- pacientes com cadastro de atendimento e acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS AD II, há mais de 2 (dois) anos;
- pessoas com dependência química, na faixa etária de 18 (dezoito) até 45 (quarenta e cinco) anos, do sexo masculino e feminino;
- escolaridade de no mínimo a 7º. ano do Ensino Fundamental, com comprovação de conclusão, mediante apresentação de histórico escolar;
- pacientes que têm o Plano Terapêutico Individual devidamente elaborado de acordo com os objetivos e metas de vida de cada paciente;
- indivíduos que já tenham participado de pelo menos 10 (dez) atividades terapêuticas;
- pessoas com disponibilidade de comparecer no CAPS AD II 2 (duas) vezes por semana, e;
- pacientes que estão desempregados, que realizam trabalhos informais e que demonstram interesse em participar de cursos de capacitação profissional.

É imprescindível, nessa metodologia, alcançar respostas significativas e ajustadas aos objetivos propostos no estudo. Seguem as informações relacionadas às questões que serão apresentadas como resultados.

#### **4 A VISÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR DO CAPS AD II DE ARAPONGAS - PR, SOBRE O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL, CONJUGADA À CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL**

Considerando que a equipe interdisciplinar do CAPS AD II de Arapongas tem conhecimento da realidade social das pessoas com dependência química e de suas necessidades, realizou-se uma avaliação diagnóstica, por meio de entrevistas com 5 (cinco) funcionários do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS AD II.

A seguir são apresentados os conceitos e as perspectivas da equipe interdisciplinar que representam as interações e opiniões relacionadas ao desenvolvimento dos trabalhos e atividades da unidade de saúde mental.

##### **4.1 Perspectivas de ampliação das atividades de reabilitação psicossocial, associada à capacitação profissional.**

A perspectiva de ampliação das atividades de reabilitação psicossocial, realizadas pela equipe interdisciplinar é que essas atividades exercem um papel importante na recuperação dos pacientes atendidos, segundo relato da Psicóloga.

Teve um Psicólogo com especialização em atividades terapêuticas, que desenvolvia trabalhos com argila, vasos, esculturas e outros objetos. Também em 2015, foram realizadas oficinas de artesanatos de tapetes de tecido, tricôs, crochê e *patchwork*, e oficinas de culinária, em que eram feitos salgadinhos para serem comercializado no próprio espaço do CAPS AD II e vendidos para os funcionários, pacientes e familiares de pacientes que frequentavam o local e os recursos arrecadados eram para adquirir mais materiais para fazer os salgadinhos.” (ARAPONGAS, 2021, p.9)

Identificou-se que desde 2015 já havia desenvolvimento de

atividades terapêuticas que incluíssem atividades de geração de trabalho e renda para minimizar as dificuldades enfrentadas por pessoas com dependência química.

Atualmente, ocorrem experiências positivas que são resultado da articulação de esforços da saúde mental e de trabalhos da economia solidária, com objetivo de proporcionar melhores condições de tratamento, reabilitação e inclusão social de pacientes com dependência química. São exemplos as atividades de reabilitação psicossocial, conjugadas às atividades de geração de trabalho e renda, destacados por Camaragibe (2013), *apud*, Santos e Carnut (2018, p. 169),

Iniciado em 2005 a partir dos grupos de terapia ocupacional do CAPS II, o Projeto Geração de Renda, tem como objetivo geral “[...] promover a inclusão das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas no mercado de trabalho, estimulando o potencial criativo, a solidariedade e a autoestima através da produção artesanal e outras atividades afins.” (CAMARAGIBE, 2013, *apud*, SANTOS, CARNUT, 2018).

As atividades realizadas no CAPS AD II favorecem as vivências, promovem a capacitação para o trabalho, acesso à renda e inclusão social, ações imprescindíveis que precisam continuar a fazer parte do planejamento e desenvolvimento das atividades de caráter psicossocial e terapêutica do Centro.

Constatou-se que atividades de caráter terapêutico e de preparação para o trabalho e renda tornam possível a realização de acompanhamentos mais significativos para os pacientes, especialmente após os internamentos, conforme destacado pela Assistente Social.

A maioria dos pacientes que saem dos internamentos em clínicas terapêuticas, tiveram contato ou realizaram atividades na cozinha, com jardinagem e serviços de limpeza, nos internamentos eles ajudam na manutenção diária, como cozinhar, limpar e trabalhos nos jardins e a continuidade dessas atividades seria muito bom para esses pacientes egressos dos internamentos. (ARAPONGAS, 2021, p.15)

É importante o acompanhamento prestado pois, após um internamento, a equipe interdisciplinar exerce um papel fundamental na continuidade dos cuidados de saúde mental, no apoio e nas orientações técnicas propícias às necessidades de cada paciente para promover um ambiente de recuperação psicossocial e de autonomia dos pacientes, seguindo uma linha complementar dos tratamentos realizados em Hospitais Psiquiátricos, de curto período. Nesse sentido, conforme enfatizam Sá e Oliveira,

Apresentam-se amplas estratégias micro e macrosociais para reabilitação psicossocial, a saber: acompanhamento terapêutico, tratamento medicamentoso, treino para o autocuidado, profissionalização, programas de ensino e lazer, intersetorialidade, parcerias, empoderamento da pessoa com transtorno mental, os meios de comunicação serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. (SÁ E OLIVEIRA, 2007, p.6)

A diversidade de trabalhos proporciona melhores condições de realização dos tratamentos terapêuticos e acompanhamentos psicossociais de pessoas que necessitam dos serviços de saúde mental disponibilizados.

Constatou-se ainda, por meio das entrevistas realizadas, que de acordo com os conceitos do Médico Psiquiatra, as diretrizes da Portaria 132/2012, que se relaciona ao desenvolvimento do conjunto de atividades de recuperação psicossocial e geração de trabalho e renda são seguidas pois a execução delas colaborar para o bom desempenho dos trabalhos realizados na unidade de saúde mental,

É adequado nos dias de hoje devido à pandemia, porque o CAPS AD II é como uma clínica ampliada, em que os pacientes precisam continuar seus tratamentos após os internamentos, com essas atividades terapêuticas que poderiam ser realizadas, como as oficinas terapêuticas e reuniões de grupos semanais. (ARAPONGAS, 2021, p.18)

Um dos aspectos analisados pela equipe interdisciplinar, na etapa de definição das oficinas terapêuticas, é que a atividades estejam em conformidade com os interesses das pessoas que recebem atendimentos e acompanhamentos para que a recuperação

psicossocial tenha mais resultados.

Assim, fazer anualmente uma pesquisa ou levantamento de opiniões, com sugestões sobre as atividades terapêuticas e trabalhos realizados, por meio de questionário simples, para verificar a opinião dos pacientes sobre os atendimentos e atividades terapêuticas serve para dar um norteamento nos trabalhos da equipe interdisciplinar. A avaliação é utilizada como instrumento de gestão, voltada para identificar também características específicas na realização das atividades terapêuticas, nos acompanhamentos e atendimentos psicossociais desenvolvidos de forma mais estratégica e adequada, sempre levando em conta a quantidade e qualidade dos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis na unidade de saúde mental.

A avaliação é um instrumento de gestão dos serviços prestados à população, que envolve um processo que vai além de discutir alternativas e soluções de problemas relacionados ao desenvolvimento das atividades e trabalhos cotidianos de uma unidade de saúde. Essa é uma tendência moderna de gestão de serviços e atividades realizadas por uma equipe interdisciplinar e essa dinâmica de caráter mais atual colabora com o aprimoramento dos trabalhos desenvolvidos pela equipe interdisciplinar. Nesse sentido, Crémadez (2010) argumenta que a realização de análises e reflexões aprimoraram o desenvolvimento dos trabalhos de equipe interdisciplinar:

Fundado no respeito aos graus de liberdade dos atores, a gestão estratégica parece particularmente bem adaptada à conduta das mudanças neste contexto. As técnicas de análise e de avaliação usadas envolvem diretamente os interessados, permitindo uma abertura maior ao que acontece fora do mundo estreito do trabalho cotidiano. Elas provocam também uma reflexão fundamental sobre os valores em adequação com os comportamentos reais, permitindo uma evolução da cultura profissional. O exame do contexto concorrencial e das oportunidades de cooperação conduz à implementação de novas relações entre os atores individuais e institucionais, modificando efetivamente o funcionamento do sistema de atendimento. Assim, a gestão estratégica permite embasar a mudança das regras do jogo sobre uma realidade comprovada. (CRÉMADEZ, 2010, p.12)

O uso das técnicas em que ocorrem as reflexões e análises profissionais junto com as ideias, opiniões e descobertas vindas dos próprios pacientes oferece um rol de atividades mais apropriado às necessidades das pessoas com dependência química, que recebem acompanhamento.

De acordo com a opinião do Gerente da unidade de saúde mental, há boas expectativas sobre o arranjo desse projeto pautado na Portaria 132/2012.

A Reabilitação Psicossocial é muito importante para os pacientes dependentes do álcool e outras drogas, mas, como sabemos, existem vários obstáculos que têm de ser ultrapassados pela equipe multiprofissional do CAPS AD II, como a falta de apoio da família, o ambiente em que eles moram, pouco apoio da sociedade em geral para dar oportunidade de trabalho. Mas esse projeto de capacitação profissional é de grande importância para uma melhor expectativa de vida dos pacientes e de seus familiares. (ARAPONGAS, 2021, p.7)

A narrativa mostra que os trabalhos e funções da equipe interdisciplinar é conhecer e compreender as necessidades dos pacientes e integrar os familiares para a realização de reuniões e atendimentos de grupo de familiares. Esses momentos criam bases de apoio para construir um ambiente de discussões dos problemas em comum entre pacientes e familiares, para que juntos enfrentem as dificuldades e recebam orientações sobre as possibilidades de tratamentos, incentivo à participação nas atividades terapêuticas e o módulo relacionado à geração de trabalho e renda.

Considera-se assertivo o arranjo baseado no conjunto de atividades que inclui integrar atividades terapêuticas e de geração de trabalho e renda, direcionados ao público-alvo da saúde mental como Santos e Carnut(2018) descrevem:

A questão do trabalho é um dos eixos da reforma psiquiátrica brasileira junto a três retaguardas: a retaguarda assistencial proporcionada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a retaguarda de moradia através do Sistema de Residências Terapêuticas e, por fim, a de reparação econômica através do programa 'De Volta para Casa'. No que se refere à reparação

econômica, considera-se importante observar a existência de duas formas de nomear as experiências em curso: as 'iniciativas de geração de trabalho e renda' (Rede Brasileira) e 'iniciativas de Cooperativas de Inclusão Social pelo Trabalho' (CIST). Outras formas, talvez menos utilizadas são as de 'empreendimentos de saúde mental e economia solidária' e de 'cooperativas sociais'. (SANTOS e CARNUT, 2018, p.3)

Ainda, em conformidade com as perspectivas da equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS AD II de Arapongas-PR, constatou-se no relato do Médico Psiquiatra, que o desenvolvimento de um projeto de reabilitação psicossocial, conjugado às atividades de capacitação profissional, promove melhores condições para a recuperação de pessoas com problemas de dependência química.

O projeto de capacitação é bom porque o mercado de trabalho exige cada vez mais de cada pessoa e a reabilitação psicossocial não envolve só o tratamento com medicamentos, mas também com a articulação da rede de saúde e o reconhecimento do paciente de que ele precisa ser tratado. O tratamento tem suas etapas, consulta, acompanhamento, medicação, as oficinas terapêuticas e a habilitação para se integrar ao mercado de trabalho. Todas as etapas são importantes. (ARAPONGAS, 2021, p.19)

Percebeu-se nos pormenores descritos pelo Médico Psiquiatra que é necessário entender e realizar os trabalhos de reabilitação psicossocial em diferentes ângulos e visões de atuação profissional, porque, de acordo com Filizola et al., (2011) “[...] a reabilitação psicossocial é compreendida como processo facilitador da restauração do indivíduo com limitações, no melhor nível possível, da autonomia e do exercício de suas funções na comunidade.

São relevantes os esforços da equipe interdisciplinar em intensificar a recuperação psicossocial, ainda mais nesse momento de pandemia/pós-pandemia em que são necessárias mudanças de costumes e hábitos e adaptações para lidar com os desafios e manter uma boa saúde mental.

Por isso, é fundamental analisar também as limitações e

dificuldades relacionadas à realização das atividades de reabilitação psicossocial, conjugadas às atividades de capacitação profissional, para promover as condições ideais para desenvolver as atividades previstas na Portaria 132/2012 e as necessidades do público-alvo do Centro.

#### **4.2 As dificuldades identificadas e os apontamentos propícios para tornar possível a realização das atividades de reabilitação psicossocial conjugada à capacitação profissional, no caps ad ii de Arapongas-Pr.**

No cotidiano dos trabalhos desenvolvidos na unidade de saúde mental, CAPS AD II de Arapongas-PR, observou-se algumas condições restritivas como os fatores descritos pela Psicóloga da unidade

Esses pacientes não dão continuidade ao tratamento. Também no momento pandêmico, ocorre a não aceitação do tratamento terapêutico, o médico recomenda também a participação nas oficinas e por causa das recaídas no uso de drogas e álcool, mas muitas vezes não comparecem nas oficinas e reuniões, daí a família pede internamento involuntário. Isso é muito comum acontecer. (ARAPONGAS, 2021, p.10)

Referente às dificuldades para realizar os acompanhamentos, a equipe interdisciplinar precisa desenvolver atividades que envolvem os familiares, que ficam afetados pelos efeitos causados por comportamentos inadequados e há resistência dos pacientes em aceitar tratamentos disponíveis.

Essa articulação que envolve os familiares é uma estratégia otimista de mobilização para promover a reabilitação psicossocial e tratamentos de saúde mental de pessoas acometidas dos transtornos mentais e das sequelas relacionadas ao uso de substâncias psicoativas e etílicas. O trabalho sistematizado de acompanhamento dos pacientes, que integra os familiares, é benéfico para todos os envolvidos no processo de reabilitação psicossocial, pois conforme destacam Sá e Oliveira (2007):



Na RAISM, uma estratégia relevante de empoderamento das pessoas com transtornos mentais e familiares, tem sido a instituição de assembleias, das quais participam clientes, familiares e trabalhadores da saúde mental. Ocorrem mensalmente nos serviços e nesse espaço são discutidos a atenção na saúde mental, os processos de trabalho e resultados da assistência. Trata-se de um espaço para planejamento das ações, apresentação de seminários e mobilização social. (SÁ e OLIVEIRA, 2007, p.5)

Reuniões, encontros e oficinas terapêuticas visam promover a integração do paciente e seus familiares diretamente relacionados, esposa, pais, filhos e outros para que todos tenham condições de entender e interagir no período de tratamento de pessoas com dependência química.

Conforme relato da profissional de Psicologia, além dos desafios e mudanças causadas pela pandemia, houve aumento de pedidos de internamentos involuntários feitos pelos familiares, que demonstram que “[...] a dependência química atinge não só os pacientes, mas também os familiares que talvez não estejam preparados para lidar com essas dificuldades.” (ARAPONGAS, 2021, p.10)

Ainda, de acordo com a descrição das dificuldades, feita pela Psicóloga, é comum os familiares não entenderem corretamente as causas e consequências da dependência química, das crises emocionais e psíquicas, relacionadas às abstinências do uso de álcool e outras drogas.

Nesse caso, é necessário também observar os bons resultados desses empenhos coletivos, pois conforme argumentam Valladares et al. (2003) apud Sá e Oliveira, traz à tona o termo empowerment, traduzido em português como empoderamento e definido como: “[...] valorização do poder contratual dos pacientes nas instituições e do seu poder relacional nos contatos interpessoais na sociedade.”(2007, p.5).

Ressalta a importância do papel dos familiares no acompanhamento e recuperação psicossocial para olhar a situação como um todo e não de forma fragmentada. Isso envolve realizar trabalhos terapêuticos, com todos os membros da família para obter resultados melhores na recuperação dos pacientes.

Há alguns fatores identificados na ausência da continuidade do tratamento dos pacientes, que prejudicam a recuperação da saúde mental que, de acordo com o Gerente do Centro, estão relacionados com “[...] a volta ao emprego, pouco apoio familiar e desinteresse do paciente.” (ARAPONGAS, 2021, p.7)

Na consideração do Gerente, ocorre o apontamento dos fatores que colaboram para a desistência e o afastamento dos pacientes dos tratamentos oferecidos. Desse modo, esse é um momento de fazer discussões e reflexões com a equipe interdisciplinar sobre a realização de trabalhos mais atrativos, que vão além das orientações psicossociais, trabalhos de sensibilização/conscientização e internamentos dos pacientes.

Essa sensibilização/conscientização dos profissionais de saúde mental, tem um sentido de visão do homem, ser humano dotado de necessidades e percepções psíquicas, que exigem a atenção dos profissionais que desenvolvem os trabalhos terapêuticos e o processo de reabilitação psicossocial. Nesse sentido, Siqueira (2009) cita uma experiência profissional:

Desta forma, espera-se da equipe técnica do NEAD-UFES uma atitude de restauração da sensibilidade, em virtude 'do adormecimento do afeto, da parceria' nos dias atuais. Ao ensinar o cuidar em saúde mental no cotidiano do Núcleo, precisamos cuidar do outro: do usuário, do aluno – ser humano em formação, para que possa exercer o cuidado em sua vida – acadêmica e profissional. Assim, mais que preparar um conteúdo a ser disponibilizado à população, o processo de 'apreender e aprender' o cuidado em saúde mental envolve planejar os conteúdos, orientar os estudos, mas também ouvir as necessidades dos usuários, dos alunos, estar atento às dificuldades, (re)planejar atividades, discutir sobre atitudes e valores, bem como sobre as possibilidades de convivência em grupo, de cuidado e de habilidades no uso das tecnologias facilitadoras da produção de saúde.” (SIQUEIRA, 2009, p. 12)

Identificou-se ainda o desprovimento dos trabalhos realizados pela equipe interdisciplinar, no que se refere ao acompanhamento sistematizado dos pacientes com dependência química, um dos motivos que geram dificuldades para alcançar resultados positivos, o

que também foi destacado pela Enfermeira da unidade:

A pandemia, a volta ao trabalho fazem esses pacientes se afastarem do tratamento e acompanhamento, a ausência da família, pois o apoio familiar é importante na recuperação e tratamento do paciente, que muitas vezes sofre as crises de abstinência e que precisam ser controladas com um acompanhamento adequado, mas isso geralmente não ocorre. (ARAPONGAS, 2021, p.13)

Os acompanhamentos realizados no período de pandemia são essenciais para a equipe interdisciplinar observar e avaliar as potencialidades de inclusão em atividades terapêuticas, repensar as práticas profissionais e estratégias de atendimentos que representam melhores condições de vida e recuperação da saúde mental.

Ademais, verificou-se também alguns dos aspectos que estão diretamente relacionados aos entraves do desenvolvimento adequado da reabilitação psicossocial, conjugada à promoção de geração de trabalho e renda, pois foram feitas algumas observações desses fatores pela Assistente Social.

Falta oficinas e terapeutas para realizar as atividades terapêuticas, existe essa ausência de profissionais especializados no CAPS AD. No momento temos poucos funcionários para fazer um bom trabalho com os pacientes. O CAPS AD é visto como lugar de fazer consulta com o psiquiatra, essa é a visão de que esse é um lugar para pedir internamentos dos parentes que têm problemas, como os que roubam e que agredem os outros. Precisa ter melhor articulação com a rede de Saúde e da Assistência Social para esclarecimentos sobre os tratamentos psicossociais e para a valorização do papel do CAPS AD. Falta mesmo um projeto que represente uma nova oportunidade de trabalho, nesse processo eles podem desenvolver a vida em comunidade, pois eles não estudam e não trabalham, quando usam drogas. (ARAPONGAS, 2021, p.16)

Esses aspectos descritos pela Assistente Social demonstram que a falta de recursos humanos qualificados colaborar com a perda da qualidade dos serviços e atendimentos prestados.

A qualidade dos serviços prestados às pessoas com

transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas e etílicas, depende de profissionais especializados para desenvolver essas atividades terapêuticas e de recuperação psicossocial. Queiroz et.al (2013) argumentam que:

Recentemente, observa-se a incorporação de novas políticas e práticas e gestão de pessoas, entre as quais o estímulo aos trabalhos em equipes multiprofissionais, o recrutamento de profissionais qualificados, a avaliação de desempenho por competências (ainda restrito aos níveis gerenciais). (QUEIROZ et.al, 2013, p.9)

Há a necessidade do uso de recursos humanos especializados e qualificados para gerar melhores resultados na recuperação de pessoas com dependência química, que procuram os serviços e atendimentos de saúde mental.

Constatou-se ainda, a perspectiva de utilização de instrumentos de gestão para colaborar com as melhorias nos atendimentos e acompanhamentos, como a elaboração de plano de providências a ser realizado pela equipe interdisciplinar e o gerente, visto que, juntos, descreverão as recomendações, as providências de curto e longo prazo e o setor a ser encaminhado documento.

Nesse documento formal são descritas todas as necessidades do CAPS AD II de Arapongas-PR, como contratação de profissionais especializados, elaboração de fluxos de encaminhamentos da rede municipal de serviços de saúde e protocolos de atendimentos, que são ações administrativas necessárias para o aprimoramento dos trabalhos da equipe interdisciplinar, comunicação à Secretaria Municipal da Saúde e ao Conselho Municipal da Saúde para garantir a efetivação desses aprimoramentos na unidade, pelos motivos que, de acordo com as determinações descritas no Decreto Federal n. 3.088/2011, Art. 13, nos itens da operacionalização da implantação da Rede de Atenção Psicossocial, deve ocorrer pela execução de:

c) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado no CGR e no CGSES/DF, com a programação da atenção à saúde das pessoas com sofrimento ou transtorno

mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos; na sequência, serão elaborados os Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes do CGR. (BRASIL, 2011, p.7)

Visto que também foi relatado sobre a importância do plano terapêutico singular, um instrumento de acompanhamento, em que precisa estar integrado aos trabalhos em rede da saúde e isso, conforme o Médico Psiquiatra do CAPS AD II de Arapongas-PR.

A elaboração do plano terapêutico não é realizada adequadamente, porque não há articulação com as unidades básicas de saúde para dar melhor orientação e acompanhamento dos pacientes. Especialmente àqueles que já foram internados por quatro, cinco vezes. Pode acontecer que o tratamento que nós oferecemos está fora da realidade do paciente e no CAPS AD é realizado acompanhamento para participação nos grupos terapêuticos. (ARAPONGAS, 2021, p.19)

A elaboração do plano terapêutico singular envolve a escuta qualificada, a compreensão dos anseios, objetivos de vida, dos quais os pacientes atendidos por profissionais do CAPS AD II constroem um projeto de vida, no sentido de haver uma mudança, tanto na condição de vida, quanto na autonomia social, pois para Braga(2019), esse plano de atendimento é importante, porque:

Entender os sujeitos nas suas demandas singulares é fundamental e suscita um cuidado com base na construção minuciosa e pormenorizada do plano terapêutico singular, sedimentado no projeto terapêutico do serviço. Perceber o projeto terapêutico do CAPS como um instrumento indispensável e potencializador do processo de reabilitação psicossocial é concebê-lo de forma a sustentar aspectos de empoderamento, autonomia e integralidade. (BRAGA, 2019, p.25)

Uma vez que esse plano terapêutico é devidamente preenchido com cada paciente do CAPS AD II, ainda há a necessidade

de formalização de ações estratégicas de articulação da rede de serviços de saúde, uma forma de proporcionar melhor atendimento, compreensão da realidade e das necessidades dos pacientes com problemas de dependência química, das famílias e do contexto comunitário em que vivem.

Um instrumento de gestão importante para a definição de ações e responsabilidades conjuntas que envolvem as Unidades Básicas de Saúde e a unidade de Saúde Mental – é providenciar a elaboração de um fluxo de atendimentos dos pacientes com problemas de dependência química porque, além de serem pacientes em comum das unidades de saúde, essa comunicação entre os componentes da Rede de Atenção à Saúde, cria melhores vínculos entre o CAPS AD II e as Unidades Básicas de Saúde de Arapongas-PR.

Além disso, a realização de reuniões setoriais regulares, que podem ser bimestrais ou trimestrais, consolida um trabalho de articulação, bem coordenado e organizado, no sentido de que todos os profissionais de diferentes complexidades colaborem no processo de recuperação da saúde mental. Os trabalhos de articulação são mais do que contatos telefônicos e encaminhamentos entre os setores da Rede de Atenção à Saúde.

Além disso, em consideração às diretrizes estabelecidas no Decreto Federal n. 3.088/2011, Art. 13, nos itens da operacionalização da implantação da Rede de Atenção Psicossocial se dá a realização de:

d) estímulo à instituição do Fórum Rede de Atenção Psicossocial que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede de Atenção Psicossocial na Região. (BRASIL, 2011, p.7)

Em decorrência, os serviços de saúde mental, sendo os atendimentos e acompanhamentos prestados terão apoio e fortalecimento nos trabalhos se, de fato, contar com a colaboração dos serviços básicos de saúde, que estão mais próximos das comunidades,

das famílias e da realidade dos pacientes com dependência química.

Os trabalhos realizados pelo CAPS AD II serão fortalecidos pela intercomunicação e a articulação da Rede de Saúde, devidamente caracterizado pelo Decreto n. 3.088/2011, “Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial: inciso III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.” (Brasil, 2011, p.2)

Todas essas estratégias de gestão, de aprimoramento e articulação visam a eficácia, eficiência e efetividade no desenvolvimento dos serviços das Redes de Atenção à Saúde, especialmente para contribuir com a redução dos sofrimentos dos pacientes e familiares que já enfrentam as vulnerabilidades clínicas e psíquicas relacionadas à dependência química.

Os aspectos descritos e analisados neste trabalho visam apresentar alternativas aos tratamentos de saúde mental, realizados pelo CAPS AD II de Arapongas-PR, uma vez que o desenvolvimento de atividades psicossociais, conjugadas às atividades de acesso ao trabalho e renda apresentam melhores resultados na recuperação da saúde mental e nas possibilidades de melhores condições de vida para os pacientes.

## **5 PROJETO CAPACITE SUA VIDA DO CAPS AD II, POSSIBILIDADES DE APRIMORAMENTO NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO PSICOSSOCIAL, ASSOCIADA À CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL**

O projeto, denominado Capacite sua vida, foi elaborado partindo do diagnóstico realizado com a equipe interdisciplinar do CAPS AD II de Arapongas-PR utilizando-se a metodologia 5W2H, com o intuito de propor um plano de ação mais eficiente e estratégico.

✓ Proposição do projeto Capacite sua vida, que é um conjunto atividades de recuperação psicossocial, conjugada às atividades de capacitação profissional, pautadas nas diretrizes da Portaria n. 132/2012, tem como objetivo inicial promover o acesso à capacitação

profissional de 10 (dez) a 15 (quinze) pacientes do CAPS AD II , com prazo de realização de 12 meses e dependendo dos resultados a serem alcançados, tem a perspectiva de tornar-se um Projeto de longa permanência, para assim atender um número ainda maior de pacientes;

✓ considerando que o CAPS AD II é uma unidade de saúde habilitada para promover a superação do modelo hospitalocêntrico (que é realização de consultas e encaminhamentos para internamentos em hospitais psiquiátricos), tem condições de promover estratégias de melhores tratamentos de pessoas com dependência química para a ampliação de atividades terapêuticas relacionadas à recuperação psicossocial com a promoção da geração de trabalho e renda, previstas na Portaria n.132/2021;

✓ esse projeto de recuperação psicossocial associada à capacitação profissional proporciona atividades psicossociais para diminuir os internamentos e favorecer a inclusão no mercado de trabalhos de pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas e etílicas, será desenvolvido no mesmo espaço físico do CAPS AD II de Arapongas-PR, localizado à Rua Marabu, 1.045, Centro, pois identificou-se que há uma edificação imobiliária localizada na região central do Município, com recursos materiais disponíveis, como material de expediente e escritório e uma equipe multiprofissional com formação em saúde mental, que realiza atendimentos, acompanhamentos e conhecimento da realidade dos pacientes atendidos por essa unidade de saúde mental;

✓ a realização deste projeto de Reabilitação Psicossocial associada às atividades de capacitação profissional exige a coordenação de um profissional devidamente habilitado para prestar acompanhamento das ações profissionais necessárias, que nesse caso fica definido e designado, o Gerente da unidade de Saúde Mental – CAPS AD II de Arapongas PR, para exercer as atribuições da coordenação do Projeto Capacite sua vida;

✓ o desenvolvimento do projeto Capacite sua vida, será subdividido em 3(três) módulos, 2 (dois) serão realizados por 4 (quatro) membros da equipe interdisciplinar, 1 (uma) Psicóloga, 1 (uma) Enfermeira, 1 (um) Médico Psiquiatra e 1 (uma) Assistente



Social, pois esses profissionais estão diretamente relacionados aos processos de atendimento, orientações e atividades terapêuticas e a recuperação psicossocial de pessoas cadastradas e atendidas. Esses profissionais serão responsáveis pela execução e avaliação das atividades do Projeto de reabilitação psicossocial, conjugado à capacitação profissional dos participantes. Para o terceiro módulo, referente à capacitação profissional, será contratada 1 (uma) Empresa de aperfeiçoamento profissional, como as Instituições de Ensino SENAI e SENAC, oferecendo 2 (dois) cursos de formação profissional. A primeira opção é na área de vendas (vendedor), com carga horária de 75 (setenta e cinco) horas, realizadas em 6 (seis) meses. A outra é o curso na área de alimentação (auxiliar de cozinha) com previsão de 60 (sessenta) horas, para ser realizado no período de 6 (seis) meses, tendo como previsão o levantamento de custeio e pagamento de acordo com os recursos estabelecidos na Portaria n. 132/2012, de custeios de atividades de capacitação profissional;

✓ o projeto de reabilitação psicossocial e capacitação profissional é previsto para ser desenvolvido, inicialmente, no período de 1 (um) ano, entre janeiro e dezembro de 2022. Em conformidade com as avaliações técnicas, poderá ser ampliado por um período indeterminado, com possibilidade de atender e incluir os demais pacientes do CAPS AD II, que estiverem dentro dos critérios de acompanhamento do processo de reabilitação psicossocial, associado à promoção de capacitação profissional;

as atividades serão subdivididas em 3 (três) módulos:

- 1º.) encontros realizados pela equipe interdisciplinar, por 1 (uma) Psicóloga, 1 (um) Médico Psiquiatra, 1 (uma) Enfermeira e 1 (uma) Assistente Social, do CAPS AD II. As atividades são orientações psicossociais e construção de projetos de vida, objetivos e metas pessoais a serem alcançados no período de atividades do projeto. Esses encontros serão realizados 2 (duas) vezes por semana, com duração de 1 (uma) hora para cada encontro e no período total de 2 (meses).

- 2º.) Encontros realizados pela equipe interdisciplinar, por 1 (uma) Psicóloga, 1 (um) Médico Psiquiatra, 1 (uma) Assistente Social e 1 (uma) Enfermeira do CAPS AD II, com atividades referente às questões de autoestima e cidadania, em preparação para o mercado de trabalho, com orientações sobre postura e comportamento em entrevista e nos ambientes de trabalho e serão realizadas 2 (duas) vezes por semana, com duração de aproximadamente 1 (uma) hora a cada encontro e no período total de 2 (meses). Essas duas etapas serão discutidas, avaliadas e definidas pela Equipe Interdisciplinar do CAPS AD II.
- 3º.) Realização de um Curso de Capacitação Profissional contratado junto à Instituição de Ensino e Formação Profissional, SENAC, para ministrar o curso na área de vendas (vendedor): técnicas de vendas, oratória, comunicação e postura profissional, comportamento e relacionamento interpessoal, com carga horária de 75 (setenta e cinco) horas, em 2 (duas) vezes por semana, em 4 (quatro) horas a cada dia de participação no curso, para se realizar no total de 6 (seis) meses. A outra opção é o curso na área de alimentação (auxiliar de cozinha): preparo de hambúrguer gourmet, preparo de pizza, preparo de lanches e sanduíches gourmet, com previsão de 60 (sessenta) horas para serem realizadas 2 (duas) vezes por semana, 4 (quatro) horas a cada dia de curso e para ser realizado no período de 6 (seis) meses. Essas atividades serão devidamente registradas em relatórios para avaliação e acompanhamento do processo de reabilitação psicossocial, pela equipe interdisciplinar do CAPS AD II.

✓ Quanto ao custo previsto para o desenvolvimento do Projeto de reabilitação psicossocial associada à capacitação profissional, em 01/09/2021, foi realizado um pedido de orçamento junto ao SENAC de Arapongas-PR, com os seguintes valores: curso na área de vendas (vendedor): técnicas de vendas, oratória, comunicação e postura profissional, comportamento e relacionamento

interpessoal, com carga horária de 75 (setenta e cinco) horas, no valor de R\$15.800,00, (quinze mil e oitocentos reais). Para o curso na área de alimentação (auxiliar de cozinha): preparo de hambúrguer gourmet, preparo de pizza, preparo de lanche e sanduíches gourmet, com previsão de 60 (sessenta) horas, o orçamento é no valor total de R\$15.200,00, (quinze mil e duzentos reais).

Essas alternativas de cursos do setor de prestação de serviços servem para que os participantes do projeto de recuperação psicossocial e capacitação profissional, denominado Capacite sua vida, tenham mais oportunidade de trabalho e renda e consequente autonomia social e financeira.

O projeto, que será proposto à unidade de saúde mental, o CAPS AD II de Arapongas, apresenta os elementos necessários para contribuir com o aprimoramento das atividades de reabilitação psicossocial e de geração de trabalho e renda, de aperfeiçoamento do processo de recuperação psicossocial dos pacientes. É um arranjo conciliador entre tratar e cuidar da saúde mental e aprimorar as capacidades produtivas de pessoas com dependência química, sem comprometer a individualidade, promovendo a inclusão social e inserção no mercado de trabalho.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A realização desse estudo possibilitou conhecer melhor os serviços e tratamentos de saúde mental do CAPS AD II de Arapongas. A estrutura dos serviços e atendimentos oferecidos comprova a importância de proposição de alternativas para a superação de tratamentos tradicionais e promoção dos avanços na reabilitação psicossocial.

Constatou-se que nesse contexto social existem vários pormenores que levam as pessoas com dependência química a ficarem mais vulneráveis aos efeitos do uso abusivo, tais como a ausência de inclusão social, falta de oportunidade de empregabilidade e de garantias de direitos que ocasionam um ciclo de exposições que depreciam os valores sociais das condições de vida e de saúde mental.

Ressalta-se a função da equipe interdisciplinar do CAPS AD II,

na atenção e cuidados à saúde mental dos pacientes com dependência química, de entender a importância de empreender ações profissionais que envolvem as iniciativas inovadoras e proativas para executar programas sociais e projeto de recuperação psicossocial e de capacitação profissional, como esse projeto elaborado e proposto ao Centro. Acredita-se que o projeto representa um arranjo conciliador entre tratar e cuidar da saúde mental, conjugado aos esforços de aprimorar as capacidades produtivas de pessoas com dependência química e estima-se que seja um caminho a ser consolidado por possibilidades de autonomia e inclusão social para aqueles que necessitam dos cuidados psicossociais e procuram melhores condições de vida, por um processo continuado de acompanhamento de reabilitação psicossocial, associada à capacitação profissional de pessoas atendidas

Identificou-se os desafios no desenvolvimento das atividades de reabilitação psicossocial e capacitação profissional, como a falta de profissionais especializados fazendo que os tratamentos e acompanhamentos dos pacientes fique cada vez mais precário e de pouca qualidade o que ocorre mais significativamente desde 2015, quando não houve continuidade na realização de atividades terapêuticas, de recuperação psicossocial e de geração de trabalho e renda, insuficiente utilização de instrumentos de gestão, como o plano de providências e elaboração de fluxogramas e protocolos de atendimentos e encaminhamentos, que colabora para melhorar a articulação da Rede de Serviços de Saúde do Município de Arapongas-PR. Os desafios impostos são superáveis ao se promover reflexões acerca do aprimoramento e ampliação dos atendimentos e acompanhamentos dos pacientes para conseguir melhores resultados e atingir os objetivos porque a equipe tem capacidades, habilitação e potencialidades.

## REFERÊNCIAS

BRAGA, M. S. **Projeto Terapêutico Como Estratégia de Organização para o Cuidado Integral nos Centros de Atenção Psicossocial: Uma Revisão Integrativa**. Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019. Disponível em: <Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/197151/TCC%20Final%2019para%20Reposit%C3%B3rio%2019.pdf?>> Acesso em: 27 ago 2021.

BRASIL. Constituição da República Federativa do. **Texto constitucional de 5 de outubro de 1988**. 10.ed. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 1994.

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. Brasília, 06 de abril de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações

Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde: Portaria nº 3.088/2011: institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

BRUM, Costa Tarcísio. **Oportunidades de aplicação de ferramentas de gestão na avaliação de políticas públicas**: o caso da política nacional de resíduos sólidos para a construção civil. Juiz de Fora, 2012. Disponível em: <https://www.ufjf.br/engenharia-de-produção/files/2014/09/2012-3-Tarcisio.pdf>., acesso em: 13 ago. 2021.

CAMARAGIBE. (Município). Prefeitura Municipal. Coordenação de Saúde Mental. Projeto Geração de Renda: Mentres que Fazem, 2013.

CAVALCANTI, Bianor Scelza, PECCI, Alketa. **Desenvolvimento e construção nacional: além da reforma do aparelho do Estado**. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

Centro de Informações sobre Saúde e Álcool - CISA. **Redução do consumo nocivo do álcool:** o que o Brasil tem feito a respeito? 2017. Disponível em: <https://cisa.org.br/index.php/sua-saude/informativos/artigo/item/147-reducao-do-consumo-nocivo-do-alcool-o-que-o-brasil-tem-feito-a-respeito>, acesso em: 20 nov. 2020.

Centro de Informações sobre Saúde e Álcool, 2018 - CISA. **Relatório global sobre álcool e saúde – 2018.** Disponível em: <https://cisa.org.br/index.php/pesquisa/dados-oficiais/artigo/item/71-relatorio-global-sobre-alcool-e-saude,2018>, acesso em 20 nov. 2020.

CRÉMADEZ, Michel. **A gestão estratégica dos hospitais na França: balanço e perspectivas.** Ciência & Saúde Coletiva, 15(5):2285-2296, 2010, Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GJ9S7wjhNwt5GJCW9yvqPpz/?lang=pt>, acesso em 16 nov. 2021.

COUTINHO, Thiago. **O que é o 5W2h e como utilizá-lo no planejamento estratégico pessoal e profissional.** Site Viotto, publicado em 25 maio 2020. Disponível em: <https://www.viotto.com.br/blog/artigo/o-que-e-5w2h>, acesso em 16 nov. 2021.

CUNHA, Armando; REZENDE, Fernando. **Desenvolvimento e construção nacional: orçamento e desenvolvimento.** Rio de Janeiro: FGV, 2005.

NOGUEIRA, Marco Antônio. **As possibilidades da política: ideias para a reforma democrática do Estado.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

FILIZOLA, C. L. A. et al. **Saúde mental e economia solidária: a família na inclusão pelo trabalho.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 418-425, 2011. Disponível em: Acesso em: 17 abr. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

SILVA NETO, José Moreira da; RIBEIRO, Ricardo Plácido. **Gestão estratégica de recursos públicos: avaliação das variáveis à efetividade na execução do Programa de Saúde da Família.** Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, RO/Brasil REAd Porto Alegre, 71.ed.n. 1 – jan./abr. 2012 – p. 191-210. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/read/a/8SFc7nyxwz3DCRcfRNwtwFy/?lang=pt>, acesso em 17 nov. 2021.

SÁ, Roberta Araújo Rocha; OLIVEIRA Eliany Nazaré de. **Reabilitação psicossocial: um enfoque dessa prática na rede de atenção integral à saúde mental de Sobral, CE.** Revista de Políticas Públicas. SANARE, Sobral, v.6, n.2, p.49-55, jul./dez. 2007. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/153>, acesso em 30 jul. 2021.

SANTOS, Shirley Alves dos; CARNUT, Leonardo. **Trabalho, sentidos e saúde mental: percepção de participantes em um projeto para geração de renda.** Semina: Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v. 39, n. 2, p. 159-180, jul./dez. 2018. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1676-5443201800200005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-5443201800200005), acesso em: 27 de jul. de 2021.

SEBRAE.5W2H: tire suas dúvidas e coloque produtividade no seu dia a dia. Disponível em: <<https://www.sebrae.com.br/sites/PortalSebrae/artigos/5w2h-tire-suas-duvidas-ecoloque-produtividade-no-seu-dia-a-dia,06731951b837f510VgnVCM1000004c00210aRCRD>>. Acesso em: 16 de outubro de 2020.

Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Atenção Psicossocial, CAPS AD II: **Processo Administrativo 25.154/2020, de 26 de novembro de 2020.** Arapongas, 2020.

Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Atenção Psicossocial, CAPS AD II: **Processo Administrativo 15.099/2021, de 10 de junho de 2021.** Arapongas, 2021.

Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Atenção Psicossocial, CAPS AD II: **Processo Administrativo 25.041/2021, de 13 de setembro de 2021.** Arapongas, 2021.

Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Atenção Psicossocial, CAPS AD II: **Processo Administrativo 25.355/2021, de 16, setembro de 2021.** Arapongas, 2021.

SIQUEIRA, Marluce Miguel de. **As competências em saúde mental das equipes dos serviços de saúde: o caso NEAD-UFES SMAD,** Revista *Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, vol. 5, n. 2, 2009, p. 1-14 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto São Paulo, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/803/80313060008.pdf>, acesso em: 6 ago. 2021.

SOUZA, Jessé. **Exclusão social é fator determinante para o uso de crack.** Rio de Janeiro Ensp Fiocruz., 2016. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/video/exclusao-social-e-fator-determinante-para-o-uso-de-crack>, acesso em: 21 nov. 2020.

VALLADARES, A. C. A., LAPPANN-BOTTI, N. C., MELLO, R.; et al. **Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais.** Revista Eletrônica de Enfermagem. Nº. 1, 2003. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/revista51/index.html>. Acesso em 18/03/2020.





## **MUDANÇAS NAS ESTRATÉGIAS DE TRABALHO DO CAPS AD E O IMPACTO PARA O USUÁRIO DO SERVIÇO**

*JOELMA DA LUZ VOZNINSKI*

*CHRISTIANE RIEDI DANIEL*

*PATRICIA PACHECO TYSKI SUCKOW*

*MARIANA PEGORARO BARONI*

*ANA CAROLINA DORIGONI BINI*

### **1 INTRODUÇÃO**

Segundo o Ministério da Saúde (2005), a reforma psiquiátrica inicia-se no Brasil, com um movimento social, em 1978, por trabalhadores da área de saúde mental e do movimento sanitário, sindicalistas, familiares e pacientes com longo histórico de internamento psiquiátrico, reivindicando mudanças no modelo de atendimento, devido aos problemas de violência asilar, ao modelo de assistência à saúde oferecida e pelos direitos das pessoas com transtornos mentais, internados em hospitais psiquiátricos. Em 1987, na cidade de São Paulo, foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial - CAPS para oferecer ao paciente psiquiátrico um modelo de cuidado substitutivo ao modelo manicomial.

O projeto de lei Paulo Delgado impulsiona o campo da Luta Antimanicomial pelo país no campo legislativo e normativo, requerendo os direitos da pessoa com transtornos mentais e por uma sociedade sem manicômios. Em seis de abril de 2001, foi sancionada a lei n. 10.216, que dispõe sobre os direitos e proteção dos portadores de transtornos mentais, garantindo um tratamento humanizado com base na integralidade, equidade, universalidade, que use meios menos invasivos para a saúde e que seja realizado, quando possível, dentro do seu território. (BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde mental no Brasil, 2005).

O processo de desinstitucionalização psiquiátrica, a lei n. 10.216 e a criação do SUS, trazem o alicerce para o modelo de transição do cuidado em saúde mental para as pessoas com transtorno mental e os pacientes egressos de hospital psiquiátrico, garantindo-lhes um tratamento com dignidade, cuidados em

liberdade e convivência na sociedade. A reforma psiquiátrica é um processo político e social que depende de várias esferas de poder (Federal, Estadual e Municipal) vários atores e Instituições (Faculdades, Instituições de saúde, profissionais, entre outros) para que as práticas no cuidado sejam realizadas respeitando os direitos dos usuários e para que eles participem da vida na comunidade. (BRASIL. Ministério da saúde. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde mental no Brasil, 2005.)

A portaria n. 336/02 cria os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS em diferentes modalidades e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas CAPS AD com o objetivo de oferecer aos usuários do serviço de saúde mental, que apresentam transtornos relacionados com uso de crack, álcool e outras drogas, um tratamento com olhar integral ao indivíduo, baseado na redução de danos, articulado com outros pontos de atenção à saúde e preferencialmente que o tratamento seja realizado dentro de seu território. (BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial, 2012.)

A redução de danos é uma estratégia de cuidado prevista pelo Ministério da Saúde utilizada no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas CAPS AD que não preconiza a abstinência do uso da droga, mas, promove a reinserção social do indivíduo, considerando o para além da droga e tem como principal objetivo minimizar prejuízos clínicos, psicológicos e sociais que a droga provoca na vida dos usuários. (BRASIL. Ministério da saúde. Portaria n. 336/02, 2002.)

Mudar a forma de oferecer tratamento a uma determinada população é um processo complexo, pois depende de uma série de fatores tanto burocráticos, como a implantação de leis, portarias e diretrizes, quanto subjetivos de vários atores envolvidos no processo, como a mudança de paradigma, de pensamentos, relacionamento interpessoal e método de trabalho.

Esta mudança praticada pela equipe multiprofissional representa não só um novo modelo de atendimento, mas reforça o vínculo com o usuário tornando-o protagonista do tratamento.

As dificuldades encontradas para implantação deste modelo proposto resultam de uma organização administrativa e foco na capacitação da equipe multiprofissional e na educação continuada,

gerando uma série de desafios para o gestor público. Assim, o objetivo deste trabalho é investigar o impacto das mudanças nas estratégias de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas CAPS AD para os usuários deste serviço.

## **2 MÉTODOS**

Esta pesquisa é de abordagem qualitativa descritiva, realizada em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas CAPS AD da cidade de Prudentópolis - PR. Esse serviço destina-se a oferecer tratamento para pessoas com transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas. A equipe multidisciplinar é composta pelos seguintes profissionais: Médico clínico e Médico Psiquiatra, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Psicólogo, Assistente Social, Pedagogo, Agente de alcoolismo, Serviços Gerais, Auxiliar Administrativo e Motorista.

A coleta de informações foi feita por meio de entrevista semiestruturada com os gestores do serviço, com indagações a respeito do modelo de atendimento, composição da equipe, capacitação profissional e o impacto do modelo de atendimento para os usuários do Centro de Atenção Psicossocial CAPS AD.

O Centro oferece atendimento de segunda à sexta feira, das 8h às 17h, pela equipe multidisciplinar, em atendimentos com livre demanda dos usuários, atendimentos agendados diariamente pelos técnicos de referência e semanalmente pelo profissional médico clínico e médico psiquiatra.

Diariamente são ofertados, para os usuários, grupos terapêuticos, grupos operativos, grupo de ajuda mútua, grupo de práticas expressivas e corporais, acolhidas, atendimentos individuais, atenção em situação de crise e intervenções psicossociais. O serviço também oferece apoio aos familiares dos usuários em atendimentos individuais e reuniões semanais para familiares.

Os atendimentos domiciliares são realizados com solicitações de familiares, visitas programadas e busca ativa de usuários.

O apoio matricial é realizado com a rede intrasetorial (Atenção Básica de Saúde, Serviço de Urgência e Emergência, Leitos de Saúde

Mental, SIMPR), anualmente, com ações programadas e sempre que há necessidade, também são realizados atendimentos conjuntamente com a rede intersetorial (CRAS, CREAS, CONSELHO TUTELAR, SOS.

Desde a formação no ano de 2011, o serviço passou por várias transformações, tanto em relação à formação de equipe multidisciplinar, quanto ao método de trabalho.

No ano de 2015 a instituição participou de um programa de intercâmbio proposto pelo governo federal, na cidade de Barbacena, Minas Gerais. Durante o período de doze meses, dois profissionais, um do serviço de saúde mental e um da rede intrasetorial permaneceu durante trinta dias no projeto de intercâmbio.

As ações do intercâmbio contemplavam aprendizados e vivências nos dispositivos de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial RAPS da cidade: Hospitais Psiquiátricos, Centro de Atenção Psicossocial II, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III, Centro de Convivência e Consultório de Rua.

Este aprendizado proporcionou à Gestão realizar mudanças no método de trabalho, e um cronograma de trabalho estruturado foi implantado na unidade e, também, a supervisão clínico institucional de equipe, que passou a ser realizada periodicamente com a rede intersetorial e intrasetorial.

### 3 RESULTADOS

Foram entrevistadas as gestoras do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas CAPS AD durante os anos iniciais do serviço: Gestora 1 (G-1) que esteve em exercício durante os anos de 2011 a 2015 e Gestora 2 (G-2) do ano de 2015 até o presente momento. Foram abordados temas referentes ao modelo de atendimento, composição da equipe e capacitação profissional.

Na entrevista com a G-1 observa-se que os atendimentos, nos anos iniciais do serviço, aconteciam por intervenções individuais pelos profissionais da equipe multidisciplinar e atendimento médico, baseados no modelo biomédico, com poucas intervenções de cunho psicossocial e articulações com a Rede de Atenção Psicossocial. Os atendimentos objetivavam a abstinência do uso da droga e o

internamento como forma principal de tratamento: “[...] a ideia que tínhamos era de que o tratamento para ser exitoso necessitava da abstinência e para esse caminho era necessário o internamento.”(G-1).

“Os atendimentos em grupo aconteciam com menor frequência semanal e com pouca didática, eram ofertados semanalmente grupo de artesanato e grupo com Técnico em Reabilitação em Dependência Química. Os atendimentos domiciliares tinham o intuito de abordagem e a tentativa de sensibilização para tratamento.” (G1)

Entre as principais dificuldades encontradas para desenvolver ações de atendimento aos usuários, as gestoras fazem referência à preparação e qualificação profissional, a lógica da abstinência considerando o contexto histórico e local ao modelo de atendimento, que segue a via de internamento, como principal forma de tratamento ao usuário de saúde mental.

“O entendimento é que para o tratamento ser exitoso é necessária a abstinência ao uso de álcool e outras drogas.”(G-1).O internamento era a principal forma de tratamento, a padronização na forma de atendimento não respeitando o projeto terapêutico singular. “O manicômio é algo que prende, que amarra” e tudo que o limita é manicomial. Existem várias formas de tratar e a melhor é aquela pensada juntamente com o usuário, tentando identificar com ele as razões que o levam à dependência.

Um resultado que chama atenção é que apesar de todas as mudanças implantadas, a fala da G2 aponta a dificuldade que ainda há na mudança completa do modelo que apesar de ultrapassado se encontra enraizado nos serviços de saúde. “Algumas práticas ainda reforçam a lógica manicomial como o atendimento na lógica fracionada das profissões, o internamento como forma principal de tratamento, embora em alguns casos seja necessário, como por exemplo, nos casos de crise e urgências psiquiátricas.” (G2)

No que diz respeito à equipe de trabalho, a G1 relata que “A equipe de trabalho nos anos entre 2011 a 2015, era composta por um assistente social (que se dividia entre a função de coordenação e os atendimentos no serviço), dois técnicos de reabilitação em

dependência química, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um psicólogo, dois serviços gerais, um artesão e um estagiário.”

As mudanças significativas no modelo de atendimento, começam a ocorrer a partir do ano 2015, decorrente das capacitações profissionais, discussões de caso, supervisão institucional e o projeto de intercâmbio com a cidade de Barbacena. A partir das intervenções da educação permanente e educação continuada, o atendimento ao usuário acontece de forma mais humanizada, respeitando-o em sua individualidade e construindo, conjuntamente, a melhor forma de tratamento.

Entre as mudanças de estratégias no atendimento, estão o aumento no atendimento em grupo, as ações de reinserção social e a qualidade no atendimento individual, procurando a melhor via terapêutica com o usuário e equipe, conforme observado na fala de G2: Atualmente a equipe é composta por treze profissionais: dois assistentes sociais (um atuando na coordenação de saúde mental e outro nos atendimentos ao usuário), um administrativo, um psicólogo, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, dois técnicos em dependência química, dois serviços gerais, um pedagogo, um motorista, um médico clínico e um médico psiquiatra.”

Além disso, a G2 ressalta que “O tratamento ofertado ao usuário do serviço acontece de forma menos impositiva, considerando a autonomia e o seu desejo,” Sempre que possível, o tratamento é pensado juntamente com o usuário, utilizando estratégias dentro do território e articulada com a rede intersetorial e intrasetorial de atenção à saúde.

Outra questão importante é a abordagem no tratamento e G-2 aponta que “Durante o tratamento o usuário é avaliado em variados aspectos: critérios orgânicos (relacionados ao sono, alimentação), aspectos psicológicos (traumas e sofrimento psíquico), aspectos sociais (renda, vínculos familiares e pontos de apoio) e as expectativas do usuário em relação ao tratamento, o que ele busca e espera com o tratamento. O usuário é visto como um ser biopsicossocial, avaliado em vários aspectos da vida e não somente pelo uso da droga.” Esta falta em relação a abordagem do tratamento também é apontada pela G1 que, apesar de ter gerido a unidade antes das mudanças implantadas, defende o modelo atual “O CAPS AD Centro de Atenção

Psicossocial precisa ser uma referência para os usuários, no qual ele deve ser acolhido, vinculado, respeitado e compreendido em seus direitos. O serviço ajuda o usuário a pensar aspectos como: projeto de vida e reinserção social e oferece apoio aos familiares dos usuários que entram em sofrimento. (G 1)

Um item importante destacado por ambas as gestoras foi a educação continuada que consideram essencial para o melhor funcionamento dos serviços de saúde. G1: “A educação continuada é essencial ao andamento do serviço, ajuda os profissionais a ampliar sua forma de pensar e agir, melhorando as práticas de trabalho e a qualidade do trabalho prestado.” G2: “A educação continuada permite ao profissional estar mais seguro, mais informado e repensar suas práticas melhorando a qualidade técnica do serviço prestado. O entendimento que o usuário tem direitos e desejos, o saber técnico deve estar aliado às aspirações do usuário, ao seu projeto de vida.”

No quadro 1, algumas das ações de mudança implantadas na unidade a partir do ano de 2015, que proporcionam a autonomia do usuário dentro da unidade e no tratamento, promovendo a reinserção e reabilitação psicossocial.

Quadro 1: Principais mudanças identificadas no período antes e após a mudança estrutural no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas CAPS-AD

Ações	Antes de 2015	Após 2015
Alimentação	Servida pelos funcionários. Os usuários alimentam-se com colheres.	Os usuários se servem no buffet Os usuários escolhem os talheres que desejam usar.
Método de trabalho	Impositivo. Modelo Biomédico.	Construído com o usuário. Projeto Terapêutico Singular.
Atendimento em grupo	Menor frequência semanal. Realizado por poucos profissionais.	Ofertado pelo serviço todos os dias. Realizado por todos os técnicos do serviço.
Ações de reabilitação e reinserção psicossocial	Menor frequência	Realizadas com maior frequência dentro do PTS. Programada pelo serviço (viagens e passeios culturais).



## 4 DISCUSSÃO

Os resultados mostram que a mudança na gestão da unidade Centro de Atenção Psicossocial CAPS-AD trouxe melhorias aos pacientes. A gestão em saúde difere da administração em saúde, pois aborda também os processos e protocolos a serem implantados e o impacto na qualidade do serviço de saúde. A capacitação das equipes tem um papel importante para alcançar os objetivos e metas traçados pela gestão, de acordo com os propostos pelo Ministério da Saúde.

Os cuidados em saúde das pessoas com transtorno mental e sofrimento psíquico por muitos anos foi realizado exclusivamente pelos manicômios. Essas instituições mantinham a promessa de que tratariam a pessoa e a devolveriam para a sociedade curada, porém, o cenário dentro desses locais era desumano. Inúmeras pessoas conviviam quase sem nenhuma assistência e seu retorno à sociedade nem sempre era com a cura esperada. (Ministério da saúde, 2005.)

O tratamento nos manicômios era direcionado pelo profissional médico psiquiatra que decidia as ações de saúde a serem tomadas em relação ao paciente. Basicamente o tratamento se resumia ao medicamento, que na maioria das vezes deixava o paciente sem reações emocionais e com poucos reflexos corporais e emocionais. Não havia contato com o mundo exterior, tudo acontecia dos muros para dentro, sem chances de opinar de nenhuma forma no tratamento. Raramente recebiam visitas de familiares. Não havia nenhuma preocupação com a subjetividade dos pacientes, nenhuma ação coletiva nem mesmo individual de cunho multiprofissional em relação ao tratamento. Nesta realidade milhares de pessoas viveram anos nestes locais perdendo completamente o contato com familiares e com a convivência em sociedade.

A reforma psiquiátrica teve início no Brasil ao final dos anos setenta, fruto de movimentos sociais de trabalhadores da área de saúde, do movimento sanitário, de familiares de pacientes e usuários do serviço de saúde mental que reivindicavam os direitos das pessoas com transtorno mental.

O movimento aconteceu com o principal objetivo de modificar a assistência ao paciente psiquiátrico. Solicitando mudanças nas

práticas de saúde e formas de cuidado, autonomia tanto de trabalhadores quanto dos pacientes dentro do tratamento e tecnologia no tratamento.

No contexto da reforma psiquiátrica começam a surgir as primeiras intervenções no campo da saúde mental pelo país. São implantados Núcleos de Atenção Psicossocial - NAPS para pacientes egressos de hospitais psiquiátricos e Centros de Atenção Psicossocial - CAPS para cuidados ambulatoriais de cunho psicossocial. O projeto de lei Paulo Delgado regulamenta os direitos das pessoas com transtorno mental e a criação do SUS prevê o controle social por conselhos de saúde e participação da comunidade.

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas CAPS AD foi criado em fevereiro de 2002 pela portaria 336/02, para o tratamento de saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e outros prejuízos decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. (BRASIL, 2002.)

Porém, somente a criação das leis, diretrizes e serviços de atendimento não garantem que o modelo de atendimento seja modificado e que os usuários sejam respeitados.

A lógica manicomial de prender, segregar e medicar para tratar ainda está dentro das pessoas, tanto profissionais quanto usuários e familiares, um modelo ainda reproduzido fora dos manicômios, na prática de profissionais, familiares e até mesmo usuários. Por isso ainda é comum o tratamento em saúde mental ser priorizado por internamento e remédios, preconizando abstinência do uso de drogas.

O atendimento oferecido no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas CAPS AD de Prudentópolis, nos anos que antecedem a 2015, ocorria pautado no modelo biomédico, impositivo, pois, não era respeitada a autonomia e os direitos do usuário no tratamento. Havia pouco atendimento coletivo e a estratégia de internamento era a principal forma de tratamento juntamente com a abstinência do uso da droga.

O maior desafio para melhorar o tratamento e a forma de cuidado ao usuário do serviço de saúde mental é a formação de recursos humanos. O investimento em tecnologia leve com a

formação, capacitação e educação permanente de trabalhadores, estudantes, professores é essencial para a mudança de paradigmas e preconceito e a melhoria do cuidado em saúde mental. (MATTOS et al, 2020.)

As ações de capacitações na área de saúde mental, tanto com a equipe do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas CAPS AD e com Rede de Atenção Psicossocial - RAPS do município de Prudentópolis, as discussões de caso e a supervisão clínico institucional proporcionaram aos profissionais ampliar a formação técnica e teórica em saúde mental modificando a forma de pensar e melhorando a qualidade do atendimento prestado.

O projeto de intercâmbio com a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS da cidade de Barbacena possibilitou aos profissionais do Centro o conhecimento das práticas do cuidado ofertado aos usuários e proporcionou a modificações no cotidiano de trabalho.

As mudanças nas estratégias de atendimento permitem que o usuário sinta-se empoderado no seu tratamento, pois tem poder de escolha. O vínculo terapêutico e a acolhida produzem segurança e confiança para opção pelo melhor método de tratamento à dependência.

O atendimento no Centro de Prudentópolis passa por transformações a partir do ano de 2015 com o cronograma estruturado de trabalho, o atendimento multiprofissional na lógica interdisciplinar, a implantação do Projeto Terapêutico Singular - PTS, a ampliação da oferta de atendimentos coletivos no serviço e de ações de reinserção e reabilitação psicossocial.

A portaria n. 3.088 de 2011 prevê que os atendimentos em saúde mental sejam realizados prioritariamente em espaços coletivos de grupos, assembleias e reuniões sob a ótica da redução de danos promovendo a reabilitação e reinserção social. (BRASIL, 2011.)

Os atendimentos individuais realizados pelos profissionais, a partir de 2015, são realizados por meio da avaliação biopsicossocial do usuário, considerando-o sob vários aspectos: biológico (avaliando aspectos relacionados ao sono, alimentação), psicológico (traumas, sofrimento psíquico) e sociais (renda, vínculos familiares).

São diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS para o

funcionamento dos serviços que prestam assistência em saúde mental: [...] respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas, garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar, desenvolvimento da lógica do cuidado tendo como o eixo central a construção do Projeto Terapêutico Singular. (BRASIL, 2011.)

A forma de tratamento é decidida com o usuário e discutida nas reuniões de equipe, considerando o desejo e a autonomia dele no do tratamento, os aspectos que influenciam na saúde e os fatores que mantém a dependência química ou alcoólica.

Alguns atendimentos como as consultas médicas, a construção do Projeto Terapêutico Singular - PTS e outros atendimentos que necessitem ser direcionados, objetivos ou sigilosos são realizados individualmente. Outros são feitos coletivamente em grupos terapêuticos, grupos operativos, grupos de ajuda mútua, grupos de práticas corporais e expressivas.

O Projeto Terapêutico Singular é projetado pelo usuário, seu técnico de referência na unidade de saúde e, em alguns casos, pensado conjuntamente pela equipe de trabalho. As ações do PTS consideram as necessidades biopsicossociais do usuário: seu planejamento de vida, metas, sonhos, cuidados de saúde, ações de reabilitação e reinserção social, questões familiares entre outras.

Os atendimentos coletivos ocorrem com grupos, realizados no Centro Prudentópolis diariamente, por todos os técnicos do serviço, cada grupo é coordenado por profissional distinto.

A partir do ano de 2015, da reestruturação do cronograma e da ampliação da equipe de trabalho, os grupos foram programados pela equipe de acordo com as habilidades dos profissionais e necessidades do serviço:

- Grupo de psicologia: baseado na escuta qualificada, o tema é definido pelos participantes, conduzido pelo Psicólogo, os usuários são livres para dialogar a respeito do assunto escolhido.

- Grupo de caminhada: conduzido pela Técnica de Enfermagem, o roteiro da caminhada é definido em conjunto com os usuários, o destino são os lugares públicos e turísticos da cidade como praças, parques, museu, rio, cachoeira, entre outros.
- Grupo de saúde: conduzido pelo enfermeiro. São discutidas ações de prevenção e promoção de saúde.
- Grupo de horta e jardinagem: conduzido pela pedagoga e os usuários compartilham informações e dicas de jardinagem e da horta no ambiente do serviço.
- Grupo de reabilitação em dependência: conduzido pelo profissional Técnico em Reabilitação em Dependência Química, são discutidas entre os usuários e mediador do grupo ações que produzem redução de danos, qualidade de vida e saúde mental.
- Grupo de artesanato: conduzido pela assistente social e pedagoga, profissionais e usuários executam trabalhos manuais permitindo a livre expressão mental e fazem a escuta flutuante e qualificada durante o processo.
- Grupo com familiares: conduzido pelo Assistente Social e Psicólogo, permite aos familiares falar sobre o sofrimento enfrentado pela família em relação à dependência e os prejuízos que causa.
- Assembleia: realizada mensalmente com todos os profissionais do serviço, usuários e familiares. Todos podem fazer sugestões, reclamações em relação ao serviço, neste espaço são definidos acordos em relação a algumas regras.
- Reunião de equipe destinada à discussão de casos, construção de projeto terapêutico singular e outras questões referente ao funcionamento do serviço.

Os grupos são abertos, não têm número estabelecido de pessoas, com duração entre uma e duas horas, ocorrendo sempre no horário acordado previamente por profissionais e usuários durante as assembleias. São destinados aos usuários diariamente e, semanalmente para familiares, permitindo que os integrantes tenham

espaço para falar e se expressar em relação aos temas.

Este modelo de assistência em saúde mental exige que tanto gestão dos serviços como profissionais de linha de frente, exerçam um trabalho voltado ao usuário que minimize os sofrimentos causados pelo uso de substâncias psicoativas, sensibilizando-os para o tratamento. Assim, o trabalho vai além da desintoxicação e abstinência porque propõe a produzir a consciência em relação ao uso e suas consequências e proporcionar qualidade de vida. (PINHO, 2009.)

Os grupos terapêuticos, operativos, de práticas expressivas, corporais e de ajuda mútua são planejados pelos profissionais de acordo com a necessidade dos usuários e habilidades dos profissionais, com o objetivo de promover a reinserção e reabilitação psicossocial.

Estes espaços coletivos compõem uma técnica de trabalho em que há interação entre profissional e usuário permitindo a expressão deste e o respeito à sua forma de pensar e agir. Profissionais e usuários, tem a oportunidade de ressignificar sofrimentos e dar novo sentido à vida. (RIBEIRO et al., 2008.)

Todos os grupos oferecidos pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas CAPS AD, proporcionam aos usuários a livre expressão nos temas escolhidos por eles ou pelo profissional, relacionando o tema com o cotidiano dos usuários proporcionando a reflexão e mudança de hábitos. Os grupos de psicologia, de saúde, de reabilitação em dependência química e artesanato têm esta ótica principal, além de outras que eventualmente surjam, momentaneamente, durante o encontro.

Os grupos de horta e jardinagem têm o objetivo de ajuda mútua, troca de informações e saberes. O grupo para familiares de usuários proporciona a troca de informações entre os participantes e o alívio das emoções por meio da fala.

O grupo de caminhada, as viagens programadas e os passeios culturais objetivam a reinserção e reabilitação psicossocial.

Os usuários de substâncias psicoativas frequentemente sofrem preconceitos tanto pela sociedade como pelos próprios familiares e são impedidos de circular por vários espaços da cidade,

ou, não têm condições e oportunidades para visitarem espaços coletivos. As viagens e passeios proporcionam a oportunidade de conhecer a arte, a história da cidade nas visitas ao museu ou locais turísticos da cidade e conhecer lugares como as praias, parques.

Durante os grupos de assembleias os usuários e profissionais definem regras do serviço como: horários de grupos, das refeições, sugerem temas para reuniões, entre outros do cotidiano do serviço, tornando o usuário protagonista na gestão do serviço. A reunião de equipe tem o objetivo de discutir casos, trocar informações e saberes, construir o Projeto Terapêutico Singular, entre outras questões do cotidiano do serviço.

## **5 CONCLUSÃO**

Da pesquisa e análise realizada conclui-se que a mudança de estratégia de trabalho é um processo amplo e complexo que depende de várias esferas de governo, de profissionais que trabalham na linha de frente e de usuários. A principal via para a mudança de estratégia é o investimento em tecnologia leve para melhorar a qualidade do atendimento prestado.

## **6 REFERÊNCIAS**

BRASIL, Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: orientação para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA como lugares de Atenção Psicossocial nos territórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministérios da Saúde, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 130, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 336, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, 2001.

MATTOS, Mussio Pirajá; CAMPOS, Hudson Manoel Nogueira; GOMES, Daiene Rosa; FERREIRA, Lorena; CARVALHO, Raquel Baroni; ESPOSTI, Carolina Dutra Degli. **Educação permanente em Saúde nos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa da literatura**. Revista Saúde em Debate. Espírito Santo, out-dez 2020. Debate 44 (127). on-line Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012724>, acesso em: 20 out 2020.

PINHO, Paula Hayasi. **Os desafios na atenção aos usuários de álcool e outras drogas e a reabilitação psicossocial**. Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009. Disponível on-line em: [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-22062009123744/publico/Paula\\_Pinho.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-22062009123744/publico/Paula_Pinho.pdf), acesso em: 20 out 2020.

RIBEIRO, Lorena Araújo; SALA, Ariane Liamara Brito; OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro. **As oficinas terapêuticas nos Centros de Atenção Psicossocial**. Revista Mineira de Enfermagem. Cuiabá, vol. 12 nº4, 2008.on-line Disponível em: <http://nesp.unb.br/obsam/wp-content/uploads/2018/11/As-Oficinas-Terap%C3%AAuticas-nos-centros-de-aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial.pdf>, acesso em: 20 out 2020.





---

---

## **DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NOS MUNICÍPIOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

*MARÍLIA TREVISAN SONEGO  
CHRISTIANE RIEDI DANIEL  
GIOVANA FRAZON DE ANDRADE  
VANESSA CRISTINA NOVAK  
MARINA PEGORARO BARONI*

### **1 INTRODUÇÃO**

O conceito de saúde ampliada é defendido como um direito fundamental e como a principal meta social de todos os governos (OMS, 1946). Na década de 70, em Alma-Ata, iniciou o primeiro movimento apontando a “[...] necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo.” (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978). Após considerar os determinantes da saúde biológicos, ambientais e de estilo de vida e as grandes desigualdades em termos de acesso a saúde, que surgiram os primeiros questionamentos sobre a eficácia da biomedicina como único modelo de atenção à saúde pública (HABIMORAD et al., 2020) ampliou-se o diálogo para a inserção de outras práticas em saúde não consideradas como científicas na época.

Em resposta a este movimento, a Organização Mundial de Saúde (OMS) incentiva o uso de sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, da chamada Medicina Tradicional e Medicina Complementar Alternativa (MT/MCA) pelos sistemas de saúde de todos os países membros, apoiando inclusive as pesquisas na área, para que as práticas fossem utilizadas de uma forma mais segura e com a eficácia comprovada (MONTEIRO, 2012).

As recomendações de Alma-Ata, após quatro décadas da Conferência que foi base para a Declaração, continuam relevantes em virtude de nortear a discussão para implantação das Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas, denominadas no Brasil de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PIC) (BARBOSA, et al. 2020). Com a expansão mundial de medicinas, práticas

complementares e alternativas associadas à necessidade de garantir a segurança dos pacientes, qualidade e eficácia na atuação, esta área ganhou, oficialmente, maior relevância no Brasil, em 2006, pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (NASCIMENTO et al., 2018). A PNPIC surgiu devido as demandas sociais para contemplar diretrizes e responsabilidades institucionais para oferta de serviços e produtos de Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Termalismo Social/Crenoterapia, inicialmente.

O processo de inserção da PNPIC no Sistema Único de Saúde (SUS) foi aprovado pelo Conselho Federal de Saúde em fevereiro de 2006, sendo publicada nas Portarias Ministeriais nº 971 em 03 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006 (BRASIL, 2006) que recomendam a implantação e implementação de ações e serviços no SUS, com o objetivo de garantir a prevenção de agravos, a promoção e a recuperação da saúde, com ênfase na Atenção Básica, além de propor o cuidado humanizado e integral em saúde. (COSTA et al., 2020).

Em 2017, a PNPIC foi ampliada em 14 novas PICS a partir da publicação das Portaria nº 849: Arterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reike, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga (BRASIL, 2017). Já em 2018, com a Portaria nº 702, mais 10 recursos terapêuticos foram incluídos: Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de Mãos, Ozonioterapia e Terapia Floral (BRASIL, 2018). Atualmente há 29 práticas incluídas na PNPIC.

Em oposição ao alto custo das ações biomédicas, as PIC inseridas na Atenção Básica objetivam ampliar o conceito de integralidade no SUS com valores mais acessíveis. Tais práticas, por privilegiarem a atividade terapêutica e se basearem em teorias voltadas para os aspectos ambientais e comportamentais do processo saúde-doença, caracterizam-se como estratégias potencialmente interessantes para o enfrentamento dos novos desafios na atenção à saúde (HABIMORAD et al., 2020).

Luz (2005) pondera a situação da saúde quando observa que a medicina científica não atende a todos os problemas de saúde de grande parte da população e, somado à existência de uma importante crise ética e social da medicina contemporânea, caracterizada pela medicalização, a ênfase na doença, a deterioração da relação médico-paciente – na qual o paciente é visto como um consumidor e não como um ser humano que carece de cuidados, cujos sintomas precisam ser amenizados - tudo isso colabora com o crescimento do uso de práticas alternativas e complementares em saúde (LUZ, 2005).

Pensar em estratégias que escapam da atuação biomédica convencional visa garantir a atenção integral, a promoção global do autocuidado e cuidado humano. Contudo, dados atualizados do Ministério da Saúde informam que as PICs são usadas em apenas 3.024 (54%) dos municípios brasileiros, após 12 anos da publicação da PNPIC (BRASIL, 2020). Além disso, é imprescindível refletir sobre o baixo impacto financeiro da Política (0,008% do total de recursos gastos), visto que as PIC contribuem para reduzir as despesas no SUS ao mesmo tempo em que promovem a prevenção em saúde, proporcionam reabilitações mais rápidas e menos efeitos colaterais, além de amenizar o consumo exagerado de medicação e de outros procedimentos e internações (FIOCRUZ, 2019). Segundo dados do Ministério da Saúde, 78% dos serviços de PICs são ofertados na Atenção Básica, 18% na Média Complexidade e apenas 4% na Alta Complexidade (BRASIL, 2020).

Avaliando os benefícios da implantação da PNPIC tanto para os usuários como para a gestão em saúde, este artigo realiza uma revisão de literatura dos últimos quinze anos para identificar os desafios enfrentados pelos gestores em saúde na implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares (PNPIC).

## 2 MÉTODOS

É uma revisão de literatura que realiza um estudo secundário que agrupa e sintetiza estudos primários de características semelhantes e de boa qualidade, a fim de fornecer uma visão geral dos achados científicos (ATALLAH; CASTRO, 1998) sobre a seguinte

questão: quais os desafios enfrentados pela gestão em saúde para a adesão à PNPIC?

A busca eletrônica foi realizada entre junho e agosto de 2021, nas bases de dados Scientific Electronic Library (Scielo), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed, de artigos científicos com as palavras-chave Práticas Integrativas e Complementares, Gestão em Saúde, Sistema Único de Saúde e Política de Saúde utilizando o operador booleano AND para especificar a busca. Também foram utilizados os termos equivalentes em inglês *Integrative and Complementary Practices, Health Management, Unified Health Systeme Health Policy*.

Foram localizados inicialmente 61 artigos que contemplavam os seguintes critérios de inclusão: artigos completos escritos na língua portuguesa, inglesa ou espanhola; no período de publicação compreendido entre 2006 e 2021 por corresponder ao período de existência da PNPIC; ter as palavras-chave para busca: Práticas Integrativas e Complementares, Gestão em Saúde, Sistema Único de Saúde e Política de Saúde. Considerando os critérios de exclusão, foram retirados da pesquisa aqueles documentos que não eram artigos científicos (n=16); os artigos científicos duplicados (n=32); artigos indisponíveis na íntegra e que não traziam informações relevantes sobre a experiência de implantação da PNPIC nos municípios nos resumos (n=5). Assim, a amostra final foi constituída de 8 artigos apresentados em síntese a seguir na sessão de resultados da presente pesquisa.

### **3 RESULTADOS**

Os artigos que constituem a amostra da pesquisa são listados no quadro 1 conforme os autores, ano de publicação, título, tipo de estudo, desafios e facilitadores apontados.

**Quadro 1 - Artigos que compõem a amostra**

Autores	Título do artigo	Tipo de estudo	Desafios	Facilitadores
Soares, R. D.; Pinho, J. R. O.; Tonello, A. S. (2020).	Diagnóstico situacional das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde do Maranhão	Descritivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de recurso específico para a política;</li> <li>- número de profissionais capacitados para a realização das PIC ainda é escasso;</li> <li>- os ciclos de mudança na gestão que interrompem a continuidade do trabalho e a rotatividade dos profissionais que atuam na assistência;</li> <li>- poucos espaços físicos institucionais para o desenvolvimento das práticas;</li> <li>- baixa divulgação e conhecimento sobre a política;</li> <li>- inexistência de uma coordenação nacional oficial da PNPIC no âmbito do MS e a ausência de legislação municipal e estadual acerca das PIC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contribuem para a resolutividade, o cuidado à saúde da população e a promoção da saúde.</li> </ul>
Habimorada et al., (2020)	Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares	Revisão narrativa de literatura	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausência de um recurso indutor;</li> <li>- necessidade de desenvolvimento/ adequação da legislação;</li> <li>- falta de fornecimento de insumos;</li> <li>- falta de preparo de profissionais do SUS para atuar no campo das PIC;</li> <li>- oferta incipiente de cursos de formação em PIC que atendam às necessidades do SUS;</li> <li>- restrição de acesso às PIC na atenção secundária;</li> <li>- baixo conhecimento e acesso de usuários às PIC oficiais;</li> <li>- baixo conhecimento de profissionais e gestores em relação à PNPIC;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Experiência pessoal de uso de PIC por profissionais do SUS;</li> <li>- PIC na APS favorece ações de promoção da saúde;</li> <li>- interesse de usuários em relação às PIC oficiais;</li> <li>- uso informal de Medicina Tradicional;</li> <li>- identidade entre PIC e elementos das práticas de saúde da cultura e religião brasileiras.</li> </ul>

			- indefinição de escopo da PNPIC e falhas de registro do SIA-SUS e CNES.	
Ruela et al., (2019)	Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura	Revisão integrativa	- Desconhecimento sobre a PNPIC por parte dos profissionais e o pouco interesse pelas especializações na área; - déficit de profissionais especializados para implementação das práticas; escassez de evidências científicas.	- As PIC são vistas como uma importante estratégia de assistência à saúde, especialmente por considerarem a pessoa em sua integralidade, diferenciando-se do modelo biomédico; - baixo perfil de efeitos adversos, passando pelo efeito natural de estímulos à cura de dentro para fora; - complementação do tratamento alopático, pelo acolhimento e escuta qualificada realizada durante a consulta; - compatibilidade das práticas com os valores, as crenças e a filosofia de saúde e de vida do usuário; redução no consumo de medicamentos.
Sousa et al., (2017)	Acupuntura no Sistema Único de Saúde - uma análise nos diferentes instrumentos de gestão	Pesquisa documental de natureza analítica e abordagem quanti-qualitativa.	- O subfinanciamento da política; - lacunas como a implementação do monitoramento, a avaliação e o desenvolvimento/ adequação de legislação específica para os serviços no SUS; - a incorporação na gestão local ainda é incipiente;	- A política auxiliou a descrever a organização para a oferta da acupuntura; - contexto favorável no âmbito legislativo; a PNPIC estimula estados e municípios a formularem políticas de

			poucos estudos sobre a oferta das PIC no SUS, além de incoerências e desigualdades nos registros provocando uma subnotificação e o distanciamento entre o registrado e o praticado.	práticas integrativas e complementares.
Fischborn et al., (2016)	A Política das Práticas Integrativas e Complementares do SUS: o relato da implementação em uma unidade de ensino e serviço de saúde	Relato de experiência	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profissionais de saúde despreparados para desenvolver novas técnicas;</li> <li>- desconhecimento acerca da PNPIC por parte dos profissionais, gestores e usuários;</li> <li>lacuna de discussão sobre as práticas no meio acadêmico;</li> <li>- desinteresse dos profissionais em capacitar-se;</li> <li>dificuldade de adoção das práticas pela diferença em relação ao modelo biologicista.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidado humanizado, integral e continuado;</li> <li>- a prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos;</li> <li>- promove a redução de gastos à medida em que alia maior eficácia na terapêutica de algumas patologias com viabilidade econômica;</li> <li>os participantes referiram respiração leve, eliminação de tensões nervosas e elevada sensação de bem-estar físico, mental e emocional, após a aplicação das PIC.</li> </ul>
Figueredo et al., (2014)	A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios	Estudo descritivo pautado na abordagem qualitativa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necessidade de investimento por conta da União;</li> <li>- baixo conhecimento dos profissionais, desconfiança e descrédito da gestão;</li> <li>- pouco interesse dos gestores na implementação da PNPIC;</li> <li>- necessidade de disseminação de informações sobre a PIC;</li> <li>- desinformação da potencialidade de cura das plantas medicinais e da negação da importância do</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Possibilita aos profissionais de saúde oferecer outra forma de tratamento;</li> <li>- os custos financeiros do uso de plantas medicinais e fitoterápicos são menores;</li> <li>- as plantas medicinais e os fitoterápicos têm menor potencial de provocar efeitos adversos;</li> <li>- garante o direito</li> </ul>



			<p>conhecimento popular no uso da Fitoterapia;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pequeno número de profissionais com formação para atuar nas PIC;</li> <li>- carência de infraestrutura para implementação das práticas;</li> <li>- conhecimento deturpado sobre a eficácia e a segurança de plantas medicinais, e necessidade de realização de estudos científicos;</li> <li>- organização dos serviços com base no modelo tradicional;</li> <li>recusa do paciente em usar fitoterapia.</li> </ul>	<p>do usuário de escolher outra forma de tratamento, se assim preferir;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- as plantas medicinais são acessíveis à população, resgatam o conhecimento popular e favorecem a participação popular;</li> <li>- o resgate de uma prática milenar, na qual e imbricam o conhecimento científico e o conhecimento popular e os diferentes entendimentos sobre o adoecimento e as formas de tratá-lo;</li> <li>- criação de emprego e renda nos municípios que implementam a Fitoterapia, devido à cadeia produtiva que se estabelece para a produção das plantas medicinais e dos fitoterápicos.</li> </ul>
Galhardi et al., (2013)	O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local	Estudo transversal com abordagem quanti-qualitativa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de garantias de recursos pela PNPIC;</li> <li>ausência de coordenação da política que contribua para a institucionalização na rede de serviços;</li> <li>- falta de conhecimento dos gestores sobre a PNPIC;</li> <li>- Necessidade de adequação da área física;</li> <li>- contratação de profissionais, criação de vagas para concurso e/ou</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menor custo;</li> <li>- reduz a permanência em internações hospitalares;</li> <li>reduz a prescrição de medicamentos.</li> </ul>

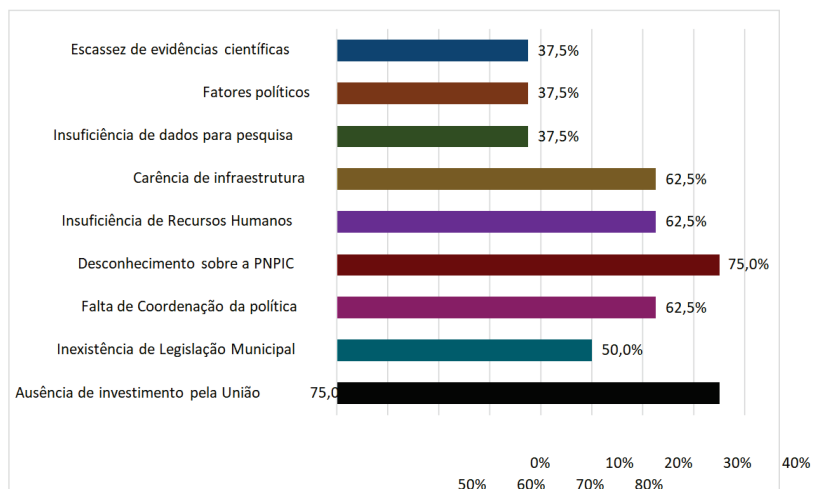
			<p>aumento de carga horária dos profissionais atuantes;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- necessidade de criação de legislação municipal sobre as PIC;</li> <li>- A implantação das práticas sofre influência do contexto político e não são geridas de acordo com a racionalidade técnica.</li> </ul>	
<p>Santos; Tessler., (2012)</p>	<p>Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde</p>	<p>Análise de experiências, cuja metodologia foi a pesquisa-ação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Financiamento insuficiente;</li> <li>- dificuldade na institucionalização das PIC;</li> <li>- carência de diretrizes operacionais para a implantação da PNPIC;</li> <li>- número reduzido de recursos humanos;</li> <li>- carência de espaços institucionais para a realização das práticas; escassez de evidências científicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ampliação de acesso e qualificação dos serviços, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde da população;</li> <li>- contexto mundial favorável a expansão das PIC, devido ao abalo da biomedicina nas relações com os usuários, à tendência ao uso abusivo de tecnologias duras, aos efeitos iatrogênicos e a uma significativa desumanização das práticas profissionais;</li> <li>- aumento da procura pelas PIC;</li> <li>- opção por meios terapêuticos simples, menos caros, com igual ou maior eficácia; fomenta a gestão participativa.</li> </ul>

Fonte: Autores

Dentre os diversos aspectos e parâmetros utilizados para avaliar a implementação de uma política pública, este artigo se deteve em identificar e relatar os desafios encontrados pelos gestores na

implantação da PNPIC segundo os estudos selecionados. Por este motivo e para melhor visualização das informações contidas nos artigos selecionados na amostra, os desafios frequentemente relatados são exibidos no gráfico 1 conforme o número de ocorrências.

Gráfico 1 -Desafios na implementação da PNPIC referidos na mostra (n = 8).



Fonte: Autores

Entre as queixas recorrentes dos gestores, 75% dos estudos (n=6) reportaram a falta de conhecimento sobre a política (FIGUEREDO; GURGEL; GURGEL JUNIOR, 2014; FISCHBORN et al., 2016; GALHARDI; BARROS; LEITE-MOR, 2013; HABIMORAD et al., 2020; RUELA et al., 2019; SOARES; PINHO; TONELLO, 2020.) e a ausência de investimento por parte da União (n=6; 75%) para a implementação das práticas integrativas nos municípios (FIGUEREDO; GURGEL; GURGEL JUNIOR, 2014; GALHARDI; BARROS; LEITE-MOR, 2013; HABIMORAD et al., 2020; SANTOS; TESSER, 2012; SOARES; PINHO; TONELLO, 2020; SOUSA et al., 2017).

Na sequência das dificuldades relatadas está a carência de infraestrutura (n=5; 62,5%) (FIGUEREDO; GURGEL; GURGEL JUNIOR, 2014; GALHARDI; BARROS; LEITE-MOR, 2013; HABIMORAD et al.,

2020; SANTOS; TESSER, 2012; SOARES; PINHO; TONELLO, 2020). e de recursos humanos capacitados (n=5; 62,5%) (FIGUEREDO; GURGEL; GURGEL JUNIOR, 2014; HABIMORAD et al., 2020; RUELA et al., 2019; SANTOS; TESSER, 2012; SOARES; PINHO; TONELLO, 2020) e a ausência de coordenação da política (n=5; 62,5%) em âmbito municipal, estadual e nacional (GALHARDI; BARROS; LEITE-MOR, 2013; HABIMORAD et al., 2020; SANTOS; TESSER, 2012; SOARES; PINHO; TONELLO, 2020; SOUSA et al., 2017).

A organização e implantação da PNPIC também é dificultada quando se observa a inexistência de legislação nos municípios (n=4; 50%) e, posto isto, a necessidade de elaborar legislação aplicável à realidade de cada população (HABIMORAD et al., 2020; SANTOS; TESSER, 2012; SOARES; PINHO; TONELLO, 2020; SOUSA et al., 2017). Com uma frequência inferior aos desafios citados anteriormente, observa-se que apenas 3 estudos reportaram a carência de evidências científicas (37,5%) (FIGUEREDO; GURGEL; GURGEL JUNIOR, 2014; RUELA et al., 2019; SANTOS; TESSER, 2012), insuficiência de dados registrados para desenvolvimento de pesquisas (HABIMORAD et al., 2020; SOARES; PINHO; TONELLO, 2020; SOUSA et al., 2017). As questões que derivam de ações políticas também surgem como importantes adversidades (FIGUEREDO; GURGEL; GURGEL JUNIOR, 2014; GALHARDI; BARROS; LEITE-MOR, 2013; SOARES; PINHO; TONELLO, 2020).

## **4 DISCUSSÃO**

A implementação da PNPIC e demais políticas da área da saúde, necessita contar com um financiamento para subsidiar as ações que contemplam a política. Entre os desafios mais relatados nos estudos está o subfinanciamento da PNPIC, considerando que não há um financiamento específico. O mesmo recurso derivado do repasse para a Atenção Primária à Saúde (APS) de cada município (BRASIL, 2018).

Embora os gestores reconheçam a importância da política, especialmente na Atenção Básica (AB), veem a falta de orçamento próprio como um obstáculo para a adesão e implantação das práticas

integrativas (SANTOS; TESSER, 2012; SOARES; PINHO; TONELLO, 2020; SOUSA et al., 2017). Conforme Habimoradet al. (2020) a implantação das PICs necessita do fornecimento de insumos estratégicos e investimento para pesquisa e desenvolvimento. Tal como apontam Figueredo, Gurgel e Gurgel Junior (2014) em estudo sobre a implementação da Fitoterapia, embora a prática seja de baixo custo, inicialmente é necessário um importante aporte financeiro para a criação de laboratórios, aquisição de equipamentos e estruturação da cadeia produtiva de matéria-prima, o que é apontado igualmente no estudo sobre homeopatia de Galhardi, Barros e Leite-Mor (2013).

Tal qual a polêmica que envolve o financiamento da PNPIC, o desconhecimento sobre a política é um relevante impeditivo para a adesão, tanto na atenção primária, como na alta e média complexidade. Em relação ao desconhecimento, a referência é à falta de conhecimento sobre a existência da política (FIGUEREDO; GURGEL; GURGEL JUNIOR, 2014), de informação para incorporação, para obter financiamento e como se dá a institucionalização da PNPIC (SOARES; PINHO; TONELLO, 2020), ausência de entendimento sobre as práticas tanto por parte dos profissionais que atuam na área da saúde (GALHARDI; BARROS; LEITE- MOR, 2013; HABIMORAD et al., 2020; RUELA et al., 2019), como dos usuários (FISCHBORN et al., 2016). Neste sentido é necessário investir na divulgação da PNPIC, utilizar métodos instrucionais para facilitar o acesso e compreensão dela e promover a formação continuada dos profissionais e gestores em saúde. No que tange à gestão, o Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde (AVASUS) conta com um curso para nortear a implementação das práticas nos municípios nomeado Gestão de Práticas Integrativas e Complementares, elaborado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) (BRASIL, 2017).

No estudo de Galhardi, Barros e Leite-Mor (2013), avaliando o conhecimento dos gestores de saúde nos municípios do estado de São Paulo sobre a PNPIC e a relevância para a implementação da homeopatia nos estabelecimentos de saúde, apenas 31% dos gestores tinham conhecimento parcial sobre a política, o que justifica a não adesão.

É indispensável refletir sobre a importância dos recursos

humanos quando se pensa em ações de saúde, especialmente na PNPIC. A existência e formação dos profissionais influencia amplamente no sucesso da implementação das diversas práticas. Neste contexto, a maioria dos estudos que compõe a amostra referem a insuficiência de profissionais capacitados (SANTOS; TESSER, 2012; SOARES; PINHO; TONELLO, 2020), a alta rotatividade no quadro de servidores (SOARES; PINHO; TONELLO, 2020), formação e qualificação insuficiente dos profissionais que já atuam na atenção básica (FIGUEREDO; GURGEL; GURGEL JUNIOR, 2014; RUELA et al., 2019; SANTOS; TESSER, 2012), a baixa procura por especializações e interesse na área (HABIMORAD et al., 2020). Galhardi, Barros e Leite-Mor (2013) apontam a necessidade de contratação de profissionais específicos e a criação de vagas para concurso e/ou aumento da carga horária dos profissionais atuantes no município. Habimorad et al. (2020) identificam o incentivo à formação e qualificação profissional em número adequado para atuar nas PICs como uma solução possível para a demanda.

Assim como a necessidade de recursos humanos para o desenvolvimento local da PNPIC, a infraestrutura que inclui os locais e insumos para a realização das práticas é um aspecto frágil para a implementação. Os estudos encontrados relatam a ausência de área física institucional (GALHARDI; BARROS; LEITE-MOR, 2013; SANTOS; TESSER, 2012; SOARES; PINHO; TONELLO, 2020) e de insumos (matéria-prima vegetal, agulhas etc.) para a realização das práticas de forma contínua nas unidades de saúde (FIGUEREDO; GURGEL; GURGEL JUNIOR, 2014; HABIMORAD et al., 2020). Tal situação se encaixa nas demandas por um orçamento próprio da PNPIC, cujos repasses devem ser realizados pela União (SOARES; PINHO; TONELLO, 2020). Os mesmos autores evidenciam a necessidade de profissionais que realizem a coordenação local ou responsáveis pela política nos municípios. A falta de direção atrapalha a institucionalização, organização e controle das ações que envolvem a PNPIC (SOARES; PINHO; TONELLO, 2020).

Habimorad et al. (2020) e Sousa et al. (2017) enfatizam a importância da implementação de um sistema de monitoramento e avaliação menos burocráticos, para subsidiar o planejamento e a

gestão. Na pesquisa Galhardi, Barros e Leite-Mor (2013), definem a implantação como o início do atendimento e implementação como as ações que envolvem a organização dos serviços visando a institucionalização da PIC. Na mesma direção, Santos e Tesser (2012) reconhecem a carência de diretrizes operacionais da política, o que dificulta a consolidação das práticas integrativas na atenção primária.

Considerando o processo de implementação, Almeida, Brito e Estabrooks (2013) apresentam a tradução do modelo RE-AIM (Reach= Alcance, Eficácia/Efetividade, Adoção, Implementação, Manutenção) adaptado culturalmente para o Brasil, objetivando proporcionar aos gestores ferramentas para a qualidade de gestão e planejamento das ações em saúde para garantir melhor distribuição de recursos, inclusive análise econômica de custo-efetividade. Outra importante ferramenta a ser utilizada para avaliar as intervenções nos serviços de saúde e a implementação das políticas é o *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) (DAMSCHRODER et al., 2015), traduzido como Quadro conceitual consolidado para pesquisa de implementação (PADOVEZE et al., 2020). O CFIR é composto por cinco domínios principais: características de intervenção, cenário externo, cenário interno, características dos indivíduos e do processo de implementação (CCMR-CFIR, 2014). Nesta revisão bibliográfica não foram encontrados artigos que utilizem tais ferramentas para avaliar a implementação da PNPIC, sendo sugerido para estudos futuros a utilização dos modelos da ciência da implementação aqui citados.

Um desafio que consta em 50% dos estudos pesquisados diz respeito à legislação que envolve as PICs. Habimorad et al. (2020) e Sousa et al. (2017) apontam que há necessidade de adequação e/ou complementação da legislação específica para tais serviços no SUS. O estudo desenvolvido por Soares, Pinho e Tonello (2020) relata a falta de legislação municipal para o funcionamento das PICs, sendo esta uma carência que complementa os dois autores citados anteriormente, refletindo que existe uma lacuna do ponto de vista legislativo em todas as esferas de gestão. Santos e Tesser (2012) destacam que um dos desafios dos gestores públicos é a efetiva institucionalização das PICs no SUS, visto que a legislação vigente não é suficiente para a PNPIC.

Os fatores políticos que envolvem o desenvolvimento da PNPIC também são encarados como uma adversidade na efetiva implementação, porque, com frequência, sofrem mudanças na gestão e interferências externas, nem sempre técnicas e concordantes com os princípios do SUS e da política (FIGUEREDO; GURGEL; GURGEL JUNIOR, 2014; GALHARDI; BARROS; LEITE-MOR, 2013; SOARES; PINHO; TONELLO, 2020).

No estudo de Habimorad et al. (2020), entre as fragilidades na implantação da PNPIC é mencionada a falha no registro das informações no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Entre as dificuldades observadas que confirmam a deficiência de dados é a indefinição do que se compreende como PIC e como os profissionais efetuam o registro de atividades, o que aponta inconsistências nos sistemas de informação, falta de integração entre eles, a subnotificação e um distanciamento entre o registrado e o praticado (SOARES; PINHO; TONELLO, 2020; SOUSA et al., 2017).

Por fim, alguns gestores referiram como impeditivo para implementação da PNPIC a ausência de evidências científicas substanciais para a implementação das PICs, associada a um forte apelo por seguir o modelo biomédico para atenção à saúde (FIGUEREDO; GURGEL; GURGEL JUNIOR, 2014; FISCHBORN et al., 2016; RUELA et al., 2019; SANTOS; TESSER, 2012). Figueredo, Gurgel e Gurgel Junior (2014) e Fischborn et al. (2016) também indicam a situação que os usuários não aderem nem se mostram interessados na aplicação das práticas. Para tanto é necessário investir na mobilização das instituições representativas, promover ações de formação nas instituições de ensino que formam os profissionais de saúde e desmistificar, com apoio da ciência, os benefícios à saúde e à gestão com a implementação da PNPIC massivamente no SUS (FISCHBORN et al., 2016; GALHARDI; BARROS; LEITE-MOR, 2013).

## **5 CONCLUSÃO**

Para identificar os principais desafios enfrentados pelos gestores em saúde na implementação da PNPIC, a pesquisa concluiu,



com base nos artigos já publicados, que a ausência de financiamento exclusivo para a política, o desconhecimento sobre ela são fatores que mais impacta na não adesão. Com menor frequência de menções nos artigos avaliados, mas superando a marca de 50% dos estudos incluídos, tem-se a carência de infraestrutura e de recursos humanos, a ausência de coordenação da PNPIC e a inexistência de legislação municipal. Por fim, os desafios menos referidos foram a escassez de evidências científicas, insuficiência de dados para pesquisa e a influência de fatores políticos.

Considera-se importante validar as queixas dos gestores em saúde, bem como investir na capacitação e divulgação da PNPIC, prever investimento próprio para implementação da política, observando o contínuo monitoramento e avaliação com os instrumentos de pesquisa.

## 6 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. A.; BRITO, F. A.; ESTABROOKS, P. A. **Modelo RE-AIM: tradução e adaptação cultural para o Brasil**. Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, [S. l.], v. 1, n. 1, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/refacs.v1i1.602>, acesso em 13 de jan 2021.

ATALLAH, A.N., CASTRO A.A. **Revisão Sistemática e Metanálises, em: Evidências para melhores decisões clínicas**. São Paulo: Lemos 1998.

BARBOSA, et al. **Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil**. Cadernos Saúde Pública, vol.36 n.1 Rio de Janeiro. 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X202000010500](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X202000010500), acesso em: 15 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. **Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde**. Brasília (DF): MS; 2006. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971\\_03\\_05\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html), acesso em: 15 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 17 de julho de 2006. **Aprova a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília (DF): MS;

2006. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1600\\_17\\_07\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1600_17_07_2006.html), acesso em: 19 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. **Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.** Brasília (DF): MS; 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849\\_28\\_03\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html), acesso em: 30 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. **Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC.** Brasília (DF): MS; 2018. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702\\_22\\_03\\_2018.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html), acesso em: 30 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. AVASUS. **Gestão de Práticas Integrativas e Complementares.** Rio Grande do Norte (RN); 2017. Disponível em: <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=151>. Acesso em: 19 nov. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde.** Julho, 2020. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Departamento de Saúde da Família. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Disponível em: [https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200804\\_N\\_RelatoriodeMonitoramentodasPICsnoBrasil\\_3839145517810156487.pdf](https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200804_N_RelatoriodeMonitoramentodasPICsnoBrasil_3839145517810156487.pdf), acesso em: 19 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Práticas Integrativas e Complementares (PICs).** 2020 Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/p/praticas-integrativas-e-complementares-pics> acesso em: 26 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.** 2018. Disponível em: [https://aps.saude.gov.br/ape/pics/como implantar](https://aps.saude.gov.br/ape/pics/como%20implantar), acesso em: 31 ago. 2021.

Center for Clinical Management Research. CCMR-CFIR. **Consolidated framework for implementation research (CFIR)**. Ann Arbor: Center for Clinical Management Research; 2014. Disponível em: <http://cfirguide.org/>, acesso em: 31 ago. 2021.

COSTA, A.S.A. *et al.* Entre o local e o nacional: os desafios contemporâneos na gestão da política nacional de práticas integrativas e complementares em saúde direcionados para a atenção básica, no município de São Luís - MA. **Brazilian Journal of Development**, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/8388/7230>. Acesso em 13 dez 2020.

DAMSCRODER, L., HALL, C., GILLON, L. *et al.* The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): progress to date, tools and resources, and plans for the future. **Implementation Sci** 10 (Suppl 1), A12 (2015). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-10-S1-A12>

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, **Alma-Ata**, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>, acesso em: 15 nov. 2020.

FIGUEREDO, C. A. de; GURGEL, I. G. D.; GURGEL JUNIOR, G. D. A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 24, n. 2, p. 381– 400, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000200004>, acesso em: 25 nov 2020

FIOCRUZ. Gastos com práticas integrativas no SUS correspondem a 0,008% das despesas ambulatoriais e hospitalares. **Observapics**, 2019. Disponível em: <http://observapics.fiocruz.br/picsconsomem-0008-dos-gastos-do-sus-com-procedimentos/>, acesso em: 19 nov. 2020.

FISCHBORN, A. F. *et al.* **A política das práticas integrativas e complementares do SUS: o relato da implementação em uma unidade de ensino e serviço de saúde**. Cinergis, [S. l.], v. 17, n. Suplemento 1, p. 358–363, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.17058/cinergis.v17i0.8149>, 19 nov. 2020.

GALHARDI, W. M. P.; BARROS, N. F. de; LEITE-MOR, A. C. M. B. **O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local.** *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 213–220, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-8123201300010002219> nov. 2020.

HABIMORAD, P. H. L. et al. **Implementation of brazil's national policy on complementary and integrative practices: Strength and weaknesses.** *Ciência e Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 25, n. 2, p. 395–405, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.11332018>, acesso em: 13 jan. 2021.

HABIMORAD, P. H. L. et al. **Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.** *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 25, n. 2, p. 395–405, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.11332018>, 19 nov. 2020.

LUZ, M.T. **Cultura contemporânea e Medicinas Alternativas: novos paradigmas em Saúde no fim do século XX.** *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):145-176, 2005. Disponível em: Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a08.pdf>, acesso em 13 dez. 2020.

MONTEIRO, M. M. S. **Práticas integrativas e complementares no Brasil – Revisão Sistemática.** 2012. 36. (Monografia) – FIOCRUZ, Recife, 2012. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/28539>, acesso em: 27 jan. 2021.

NASCIMENTO, M. C. N. et al. **Formação em práticas integrativas e complementares em saúde: desafios para as Universidades Públicas.** *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16 n. 2, p. 751-772, maio/ago. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v16n2/1678-1007-tes-1981-7746-sol00130.pdf>, acesso em: 17 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (OMS/WHO) **Constituição da Organização Mundial da Saúde**, 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMSOrganiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-daSa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>, acesso em: 15 nov. 2020.

PADOVEZE, M. C. et al. **Quadro conceitual consolidado para pesquisa de implementação – CFIR. Translation committee – C F I R .**

Disponível em: <https://cfirguide.org/wp-content/uploads/2021/02/CFIR-Portuguese-v1.0-20201230revM C.pdf>, acesso em: 31 ago. 2021.

RUELA, L. DE O. et al.. **Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. Ciênc. saúde coletiva, 2019 24(11), p. 4239–4250, nov. 2019.

SANTOS, M. C.; TESSER, C. D.. **Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. Ciênc. saúde coletiva, 2012 17(11), p. 3011–3024, nov. 2012.

SOARES, R. D.; PINHO, J. R. O.; TONELLO, A. S.. **Diagnóstico situacional das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde do Maranhão.** *Saúde em Debate*, v. 44, n. Saúde debate, 2020 44(126), p. 749–761, jul. 2020.

SOUSA, L. A. DE . et al.. **Acupuntura no Sistema Único de Saúde – uma análise nos diferentes instrumentos de gestão.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. Ciênc. saúde coletiva, 2017 22(1), p. 301–310, jan. 2017.

## **PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA A GESTÃO EM SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO MUNICÍPIO DE NOVO ITACOLOMI**

*MICHELLY FRANCINNY RODRIGUES DA SILVA  
JOCIANE DE LIMA TEIXEIRA  
CHRISTIANE RIEDI DANIEL  
MARINA PEGORARO BARONI*

### **1 INTRODUÇÃO**

Desde 2020 o Brasil enfrenta surto de COVID-19, vírus originado na cidade de Wuhan, na China, que causa preocupação entre equipes da saúde de todo o mundo porque se espalha rapidamente causando grande colapso em hospitais, por sua gravidade, em alguns casos, especialmente em pessoas com comorbidades. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 18 de março de 2020, os casos confirmados da COVID-19 já haviam ultrapassado 214 mil em todo o mundo (RIBAS, et al., 2020).

O Plano de Contingência é um documento elaborado com o intuito de auxiliar na resposta ao enfrentamento à pandemia, mas não contempla algumas ações recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como estipulação de recursos necessários para conter as ocorrências no país e articulações de estratégias multisetoriais para prover aportes financeiros necessários (NASSAR, et al., 2020). Esses planos de contingência preveem ações diferentes de acordo com a gravidade da pandemia.

A COVID-19 é responsável por doenças respiratórias, que deixam sérios danos às pessoas e a economia do sistema de saúde, sendo necessário um rápido plano de enfrentamento para que os males sejam os menores possíveis, de modo a atender com efetividade as emergências relacionadas à circulação do vírus e seus malefícios.

Doença infecciosa, é causada pelo vírus *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2), tendo como período de incubação médio de 5 dias e sintomas em até 11 dias, podendo ter pessoas com resultado positivo, mas assintomáticas, que não apresentam sintoma algum. Os sintomas mais comuns são: febre

(98%), tosse (76%), dispneia (55%) e fadiga muscular (44%). Pacientes com comorbidades pré-existentes à infecção desenvolvem formas mais severas da doença e têm taxas de mortalidade significativamente elevadas (NASSAR, et al., 2020).

Com o avanço rápido da pandemia no mundo todo, foram necessários planos de ação de respostas rápidas à disseminação da doença em que estão incluídas ações de detecção precoce, isolamento, vigilância epidemiológica, medidas de prevenção e controle, avaliação de impactos sanitários. Esses projetos objetivam fornecer direcionamentos práticos para os gestores no planejamento de políticas de saúde, visam o desenvolvimento de estratégias de preparação e respostas para o combate da pandemia.

O Ministério da Saúde do Brasil, pela Secretaria de Vigilância em Saúde, elaborou o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19 que contempla três níveis de resposta: alerta, perigo iminente e emergência em saúde pública.

Segundo Albuquerque et al. (2020):

Esse cenário demanda planejamento e implementação das melhores práticas recomendadas ao combate à disseminação da infecção. Com vistas a fomentar reflexões sobre a otimização do planejamento da resposta brasileira à pandemia, buscou-se nesta comunicação comparar o conteúdo do Plano de Contingência Nacional com as diretrizes publicadas pela OMS em seu guia de elaboração de planos estratégicos de preparação e resposta para o combate ao COVID-19. (ALBUQUERQUE et al., 2020)

Ainda há muitas dificuldades no controle, redução de mortalidades e tratamento de pacientes sequelados, falta de medicamentos eficazes, de testes, vacinas que não chegam a toda população, falta de conscientização da população de que este vírus pode ser mortal requerendo a permanência de ações voltadas à gestão de risco.

Diante da dificuldade que todo Brasil enfrenta para minimizar os riscos causados pela pandemia, há a necessidade de conhecer os rumos que a Gestão segue, analisando o Plano de Contingência do município de Novo Itacolomi – Paraná. Conhecer as providências

adotadas, é importante para auxiliar no enfrentamento, na prevenção e redução de possíveis danos causados pela evolução da doença, seja no sistema de saúde ou na economia.

O estudo objetiva analisar o plano de contingência para enfrentamento da COVID-19 adotado pelo município de Novo Itacolomi – PR, à luz das recomendações da Organização Mundial de Saúde.

## **2 MÉTODOS**

A abordagem do estudo e revisão bibliográfica, que permite saber o que é trabalhado em determinada política pública, para identificar as fragilidades e pontos relevantes.

Esse método é composto pela pesquisa contendo os seguintes passos: determinação do tema para descrição, pesquisa, em sites confiáveis, sobre o tema proposto, diagnóstico do problema e justificativa do tema.

A análise, visa encontrar respostas para o problema de pesquisa tendo como ponto de partida o Plano de Contingência do município de Novo Itacolomi – PR, publicado em março de 2020.

Após a descrição das abordagens, é correlacionado com o Plano de Contingência Nacional, que permite conhecer os desafios e a continuidade dos passos metodológicos propostos.

Os sites em que foram realizadas as buscas para a pesquisa bibliográfica foram as bases de dados PubMed, SciELO e em fontes eletrônicas dispostas nos bancos da Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde, Associação Médica Brasileira (AMB), Fio Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Diário Oficial da União (DOU).

Foram utilizadas as palavras-chave: Pandemia COVID-19, Controle e Plano de Contingência. combinadas com os termos Brasil e Covid-19. As buscas envolveram a revisão da literatura de informações pertinentes ao período de março de 2020 a julho de 2021.



### 3 RESULTADOS

Os dados obtidos são do município de Novo Itacolomi, que está localizado no norte do Paraná, distante 402 Km da capital Curitiba (IBGE), tem uma área de 150,437 Km<sup>2</sup> (IBGE) e população de 2.836 habitantes (IBGE/2021). Tem como municípios limítrofes Cambira, Rio Bom, Borrazópolis, Kaloré, Marumbi e Apucarana.

Segundo consta no Plano Diretor do Município de Novo Itacolomi, a maior fonte de renda dos habitantes é a agricultura e a pecuária, na grande maioria familiar. O número de pequenas empresas aumenta e emprega mão-de-obra disponível. O município dispõe de um Parque Industrial, com empresas nos setores de confecções, móveis e alimentos, que oferece um total de aproximadamente 210 empregos.

Ainda conforme o Plano Diretor, Novo Itacolomi teve a produção voltadas à subsistência e exportação, com o cultivo de café, arroz, feijão, milho, soja, trigo, além da pecuária leiteira e de corte, sempre figurarem no cenário agrícola desde os primeiros plantios no município até a atualidade. Nos últimos anos ocorrem novas alternativas como cultivo de banana, cerca de 200 hectares, levando o município a ser um dos maiores produtores do Vale do Ivaí. Também outra atividade econômica de relevância é a avicultura, num total de aproximadamente 120 barracões, com capacidade de 15.000 aves cada, gerando uma produção anual de cerca de 6 milhões de aves, também dando ao município o título de maior produtor de aves. Com o crescimento rural e empresarial da cidade, houve também o crescimento do número de pessoas vindas de outras regiões.

O Plano de Contingência para COVID-19 da Secretária de Saúde de Novo Itacolomi, reforça o compromisso do Gestor Municipal de desenvolver ações efetivas de controle frente à epidemia, proporcionando preenchimento importante de espaço contra a doença, representado pela mobilização coordenada de toda sociedade. Segundo o Plano de Contingência (2020):

As ações a serem implantadas devem promover a assistência adequada ao paciente, vigilância epidemiológica sensível e oportuna, bem como ações de comunicação. Essas diretrizes

têm por objetivo auxiliar os serviços de saúde na mitigação dos processos epidêmicos, comunicação de risco e na redução da morbimortalidade por esta doença. As equipes do Sistema Único de Saúde desenvolvem diversas atividades de rotina, que dão sustentação às ações que serão aplicadas no Plano de Contingência (PLANO DE CONTINGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE NOVO ITACOLOMI, 2020).

Diante da situação que o mundo vive, o grau de letalidade dos casos de Covid-19 é crescente a preocupação das autoridades nacionais e cresce a preocupação da Administração Municipal, uma vez que grande parte dos fatores contributivos para a ocorrência desse agravo é produzida pelo homem no meio urbano.

Os dados foram tratados com base na publicação de decretos municipais que, diante do agravamento da epidemia, definiam as regras para evitar que o município de Novo Itacolomi sofresse com a multiplicação do vírus, em massa.

Quadro 1 -Decretos, súmulas, número de casos e óbitos de Novo Itacolomi

Decreto	Vigência	Súmula	Número de casos	Óbitos
2829/2020	18/03/2020 vigorará até perdurar o estado de emergência	Suspensão das aulas; adiamento de consultas eletivas; proibição de eventos de massa.	0	0
2830/2020	20/03/2020 sem prazo final	Suspensão dos serviços e do comércio considerados não essenciais.	0	0
2836/2020	30/03/2020 por tempo indeterminado	Quarentena a partir de 31/03/2020	0	0
2845/2020	16/04/2020 até 31/12/2020	Estado de calamidade pública	0	0
2868/2020	19/05/2020 até o fim da pandemia	Obrigatoriedade do uso de máscaras portadas as pessoas que estiverem fora das residências	0	0
2898/2020	29/07/2020 por tempo indeterminado	Manutenção das medidas de distanciamento social	13	0

## GESTÃO & SAÚDE

INTEGRAÇÃO DE ÁREAS EM BUSCA DE MELHORIAS

2919/2020	27/08/2020	Horário de funcionamento do comércio essencial	0	0
2933/2020	24/09/2020	Autorizada a prática de esportes sem aglomeração e somente por pessoas do município	1	0
3015/2021	26/02/2021 por 15 dias	Acolhe, na íntegra, o decreto estadual 6983/2020 de fechamento das atividades não essenciais	4	5
3021/2021	19/03/2021 por tempo indeterminado	Proibição de vendedores ambulantes	5	5
3036/2021	15/04/2021 a 30/04/2021	Academias de ginástica podem funcionar com 30% da capacidade total; toque de recolher das 22h às 5h; aos domingos somente serviços essenciais com atendimento delivery	3	5
3041/2021	03/05/2021	Acata, na íntegra, o decreto estadual 7506/2021; proíbe a comercialização e o consumo de bebidas alcoólicas em espaços de uso público ou coletivo no período das 23 horas às 5 horas, diariamente, estendendo-se a vedação para quaisquer estabelecimentos comerciais	5	5
3043/2021	10/05/2021	Decreta calamidade pública para todos os fins	6	5
3045/2021	20/05/2021	Acata, na íntegra, o decreto estadual 7672/2021: restaurantes, bares e lanchonetes: das 10 horas às 22 horas, com limitação da capacidade em 50%, permitindo-se o funcionamento durante 24 horas apenas por meio da modalidade de entrega	5	5

3054/2021	28/05/2021 até 13/06/2021	Decreta <i>lockdown</i> aos sábados e domingos compreendendo os finais de semana 29 e 30 de maio; 05 e 06 de junho; 12 e 13 de junho, quando todas as atividades, essenciais ou não, estarão terminantemente fechadas.	29	6
3060/2021	15/06/2021 até 30/06/2021	Acata, na íntegra, o decreto estadual 7893/2021: prorroga até dia 30/06 as medidas do decreto 7020/2021	16	6
3071/2021	30/06/2021 até 30/07/2021	Acata na íntegra, o decreto estadual 8042/2021: com restrição de horário, modalidade de atendimento e/ou regras de ocupação e capacidade	32	6

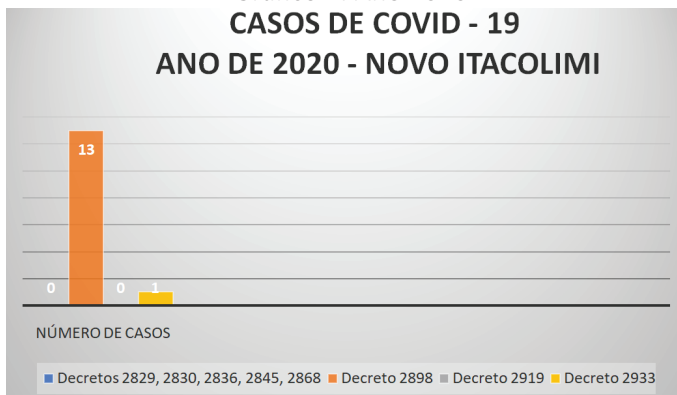
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Novo Itacolomi, 2021

Na tratativa dos dados constata-se que os decretos começam a ser publicados no início da pandemia, no Brasil e o município de Novo Itacolomi consegue manter-se, sem casos, durante a vigência dos primeiros 5 (cinco) decretos que determinavam a suspensão das aulas, adiamento das consultas eletivas que necessitavam de transporte coletivo cedido pelo município, a proibição de eventos em massa, suspensão de todos os serviços não essenciais, a obrigatoriedade do uso de máscara em qualquer ambiente fora do domicílio, decreto de quarentena e estado de calamidade pública. Esses decretos podem ser consultados no site <http://novoitacolomi.pr.gov.br/portal/>.

Os primeiros casos no município surgiram em meados de julho, com a confirmação de 13 casos e com o decreto vigente de restrição com funcionamento somente de serviços essenciais, uso obrigatório de máscara, sendo mantido com o decreto de manutenção dessas ações. Os casos foram novamente zerados.

Em setembro de 2020, porém com a flexibilização das ações de combate à epidemia, os casos novamente apareceram com ocorrência de mortes.

Gráfico 1: Ano 2020  
**CASOS DE COVID - 19**  
**ANO DE 2020 - NOVO ITACOLIMI**

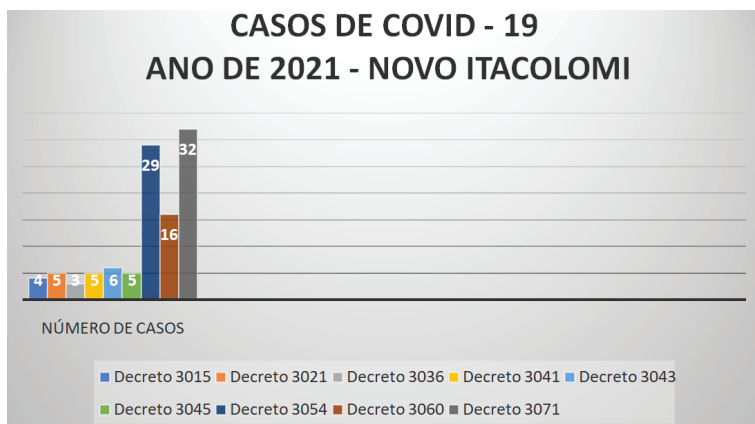


Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Novo Itacolimi, 2020

Conforme o gráfico os decretos foram publicados e os casos diminuam à medida em que os decretos ficavam mais rígidos.

Já em 2021 os casos tiveram alta diante do decreto da limitação de 50% da capacidade de bares, lanchonetes, igrejas etc. Conforme flexibilizam-se as ações os casos começam a aumentar, sendo necessário o retorno de medidas mais extremas com o decreto de lockdown por 3 finais de semana.

Gráfico 2: Ano 2021  
**CASOS DE COVID - 19**  
**ANO DE 2021 - NOVO ITACOLIMI**



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Novo Itacolimi, 2020

Em maio o decreto novamente é flexibilizado e os casos no município disparam, fazendo necessário o recuo nas medidas e a volta de mais restrições. Nota-se que os casos não são de grandes números, mas considerados de risco pelo fato do município de Novo Itacolomi ser de pequeno porte, com 2836 habitantes (IBGE, 2021).

As limitações de consulta de dados, para o trabalho foi de março de 2020 a julho de 2021. As dificuldades estavam nas tratativas dos dados que foram descritos em planilha manual, resgatada na Epidemiologia da Secretaria de Saúde de Novo Itacolomi.

O Paraná é dividido em 4 macrorregionais de saúde, que por sua vez são subdivididas em regionais e a cidade de Novo Itacolomi está inserida na regional de Apucarana, sede da 16ª Regional de Saúde. Apucarana, segundo IBGE (2021) tem 137.438 habitantes. Compara-se os dados da mesma época, coletados do município de Novo Itacolomi com os da cidade. As informações constam no site da Prefeitura (2021).

Tabela 1 -Comparativo de dados e decretos entre Novo Itacolomi e Apucarana

Novo Itacolomi				Apucarana			
Decreto	Data	Casos n (%)	Óbitos n (%)	Decreto	Data	Casos n (%)	Óbitos n (%)
2829/2020	18/03/2020	0 (0)	0 (0)	108/2020	16/03/2020	0 (0)	0 (0)
2830/2020	20/03/2020	0 (0)	0 (0)	115/2020	20/03/2020	0 (0)	0 (0)
2836/2020	30/03/2020	0 (0)	0 (0)	132/2020	27/03/2020	0 (0)	0 (0)
2845/2020	16/04/2020	0 (0)	0 (0)	164/2020	17/04/2020	12 (0,008)	2 (0,001)
2868/2020	19/05/2020	0 (0)	0 (0)	245/2020	27/05/2020	43 (0,031)	2 (0,001)
2898/2020	29/07/2020	13 (0,45)	0 (0)	297/2020	25/06/2020	584 (0,42)	13 (0,009)
2919/2020	27/08/2020	0 (0)	0 (0)	434/2020	20/08/2020	977 (0,71)	29 (0,02)
2933/2020	24/09/2020	1 (0,035)	0 (0)	466/2020	03/09/2020	1290 (0,93)	38 (0,027)
3015/2021	26/02/2021	4 (0,14)	5 (0,17)	6983/2021	26/02/2021	6217 (4,52)	153 (0,11)
3021/2021	19/03/2021	5 (0,17)	5 (0,17)	7020/2021	05/03/2021	7731 (5,62)	181 (0,13)
3036/2021	15/04/2021	3 (0,10)	5 (0,17)	7320/2021	13/04/2021	9003 (6,55)	231 (0,16)
3041/2021	03/05/2021	5 (0,17)	5 (0,17)	7506/2021	30/04/2021	10038 (7,30)	265 (0,19)
3043/2021	10/05/2021	6 (0,21)	5 (0,17)	7672/2021	17/05/2021	10059 (7,31)	276 (0,20)
3045/2021	20/05/2021	5 (0,17)	5 (0,17)	----	----	11530 (8,38)	302 (0,21)
3054/2021	28/05/2021	29 (1,02)	6 (0,21)	7716/2021	25/05/2021	12621 (9,18)	332 (0,24)
3060/2021	15/06/2021	16 (0,56)	6 (0,21)	365/2021	25/05/2021	14819 (10,78)	393 (0,28)
3071/2021	30/06/2021	32 (1,12)	6 (0,21)	434/2021	29/06/2021	15503 (11,27)	425 (0,30)

Fonte: <http://www.apucarana.pr.gov.br/site/coronavirus/#decretos>;  
<http://www.apucarana.pr.gov.br/site/coronavirus/#decretos>, 2021.

Conforme a tabela acima permite observar, Novo Itacolomi tem incidência de casos mais tardiamente que Apucarana e começa na

mesma proporção (Novo Itacolomi 29/07/2020 e Apucarana 17/04/2020) A porcentagem entre Novo Itacolomi e Apucarana tem certa distância devido ao número de habitantes, Apucarana tem o aumento gradativo de casos com o passar dos dias e Novo Itacolomi não tem nenhum caso durante o período de agosto de 2020. Novo Itacolomi estava com medidas restritivas no comércio, uso obrigatório de máscara em qualquer ambiente fora da residência, manutenção do decreto 2868/2020, toque de recolher para habitantes e horário de funcionamento do comércio essencial, assim que o decreto afrouxa, os casos reaparecem.

Os decretos publicados seguem a mesma linha de restrição nos dois municípios, mantendo o uso de máscaras, restringindo a abertura do comércio, para a abertura somente dos serviços essenciais.

Enquanto vigiam as restrições impostas no município de Novo Itacolomi, os casos de COVID-19 mantiveram-se sob controle, com o afrouxamento das restrições, segundo os decretos, os casos tiveram um aumento na cidade de Apucarana, porque as portarias e resoluções são a forma que os órgãos da administração pública têm para declarar, oficialmente, suas determinações diante de um cenário.

## **4 DISCUSSÃO**

Conforme indicativos, a COVID-19 assola o mundo, inclusive o Brasil. Os decretos exarados no começo da pandemia surtiram efeitos imediatos retardando o início de casos na cidade de Novo Itacolomi, apesar de persistirem consideráveis incertezas em relação ao comportamento sazonal do vírus da COVID-19. Uma hipótese é que as medidas preventivas não foram suficientes para sanar a propagação do vírus (CAMPOS et al., 2021).

As aulas foram suspensas e mantidas remotamente em Novo Itacolomi, segundo o decreto 2829/2020 e com vigência até a emissão do decreto estadual 735/2021, que regulamenta a volta às aulas desde que sejam seguidas as normas de segurança. A volta às aulas foi possível pela vacinação em massa dos professores.

No decorrer dos dias, mesmo com os decretos de prevenção,

os casos foram surgindo, mas em menor número do que em Apucarana, cidade vizinha e cidade de referência hospitalar de Novo Itacolomi.

Conforme as características de cada município, ao estabelecer um indicador, foi possível observar o aumento gradativo de casos em Apucarana, conforme a tabela 1, sendo que Novo Itacolomi os casos são até zerados e surgem com pouca incidência. A rápida disseminação da doença deve-se ao alto potencial de hospitalização, a alta letalidade e a falta de cuidados individuais e coletivos em seguir as medidas de segurança mantendo-se em isolamento, em casa. (AQUINO e LIMA, 2020).

Segundo Conte (2020), a fragilidade do planejamento regional das estratégias de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) comprometeu a adequação às múltiplas realidades brasileiras. Não obstante a diversificação de políticas e investimentos melhor relacionados às necessidades de saúde, às dinâmicas territoriais específicas visando à redução da iniquidade no acesso na utilização e no gasto público em saúde não são alcançadas.

O plano de contingência tem um papel norteador de medidas a serem tomadas diante da situação de crise, tais como: condução de avaliações de comportamento para identificar canais preferíveis de comunicação com a comunidade, preparo de mensagens enviadas em nível local, incluindo os grupos mais vulneráveis, identificação de grupos comunitários e redes locais e disseminação de materiais educativos em locais e canais estratégicos. A ação rápida, investigação de casos é papel importante e indispensável para o combate eficaz à pandemia. (Secretaria Municipal de Saúde, 2020).

Os protocolos de ações servem para rastreamento, monitoramento de casos confirmados e suspeitos, no entanto as ações iniciais são pautadas nos planos de contingência para notificar, tratar, de modo geral, os casos confirmados e suspeitos, dada a importância que um plano de contingência bem elaborado tem. (Secretaria Municipal de Saúde, 2020).

Os indicadores numéricos da COVID-19 são importantes para as decisões e ações a serem tomadas tempo hábil e são dados que apontam para a necessidade da intensificação das ações de vigilância



em saúde referenciada em informações, de forma coordenada e articulada com outros setores e da sociedade civil organizada (PLANO DE CONTINGÊNCIA, 2020).

## 5 CONCLUSÃO

O plano de contingência de enfrentamento da propagação da COVID-19 atende às recomendações da Organização Mundial de Saúde. Neste plano estão preenchidas as principais lacunas do ponto de vista de entrada, prevenção e controle da infecção em equipamentos, espaços comunitários, manejo de casos, suporte operacional e logístico. Este planejamento é indispensável para os gestores em saúde utilizar estratégias de combate e aprimoramento da resposta à pandemia.

## 6 REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Nilalárisse Silva da. **Planejamento operacional durante a pandemia de COVID-19: comparação entre recomendações da Organização Mundial da Saúde e o plano de contingência nacional.** *Cogitare enferm.* [Internet] 25, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72659>, acesso em: 4 jul. 2021.

AQUINO, E.M. L.; LIMA, R.T. S. **Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e medidas no Brasil.** Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4BHTCFF4bDqq4qT7WtPhvYr/?lang=pt>, acesso em: 10 out. 2021.

CAMPOS, Luis; MANSINHO, Kamal; FREITAS, Paulo Teles de; RAMOS, Vitor; SAKELLARIDES, Constantino. **Os Desafios dos hospitais perante a COVID-19 e a gripe sazonal durante o outono-inverno de 2020/2021.** Disponível em: [https://run.unl.pt/bitstream/10362/105369/1/14818\\_59729\\_1\\_PB.pdf](https://run.unl.pt/bitstream/10362/105369/1/14818_59729_1_PB.pdf), acesso em: 12 out. 2021.

CONTE, Bruno Pereira. A incidência da COVID-19 nos municípios gaúchos: teriam todos condições de combater o avanço do vírus? Disponível em: <https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/820/2020/06/Textos-para-Discuss%C3%A3o-08-A-Incid%C3%Aancia-da->

COVID-19-nos-Munic%C3%ADpios-Ga%C3%BAchos.pdf, acesso em: 5 out. 2021.

NASSAR, Pedro Ruiz Barbosa; MORAES, Érica Brandão; BRAGA, André Luiz de Souza; CHISTÓVAM, Bárbara Pompeu; NETO, Mercedes. **Gestão de risco e as estratégias do plano de contingência para COVID-19.** Rev Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2020; 28:e55415. Disponível em <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/55415/36248> Acesso em: 5 out. 2021.

RIBAS, André Ricardo; NAPIMOGA, Freitas Marcelo; DONALIS, Rita. **Análise da gravidade da pandemia de Covid-19.** Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/TzjkrLwNj78YhV4Bkxg69zx/?format=html&lang=pt>, acesso em: 4 jul. 2021.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=411729&search=parana|novo-itacolomi|infograficos:-informacoes-completas>, acesso em: 2 out. 2021.

Plano Diretor do Município de Novo Itacolomi. Secretaria de Estado do Desenvolvimento Urbano – Serviço Social Urbano PARANACIDADE. Junho de 2012. Resolução nº 25, disponível em: [http://static.simapln.com.br/media/pdf/legislacao/federal/resolucao\\_25.pdf](http://static.simapln.com.br/media/pdf/legislacao/federal/resolucao_25.pdf), acesso em 1 out. 2021.

Prefeitura Municipal de Apucarana. Transparência COVID-19, disponível em: <http://www.apucarana.pr.gov.br/site/coronavirus/#decretos>, acesso em 3 out. 2021.

Prefeitura Municipal de Novo Itacolomi. Publicações e comunicados – COVID-19 nos anos de 2020 e 2021, disponíveis em: <http://177.92.20.206:8090/portaltransparencia/publicacoes/21>, acesso em: 4 out. 2021.



**INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS EM JACAREZINHO-PR:  
UMA OLHAR DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19***PRISCILLA MOREIRA DE MATTOS**LARISSA ZAKRZEWSKI**TATIANA DA SILVA MELO MALAQUIAS**MARÍLIA DANIELLA MACHADO ARAÚJO CAVALCANTE**MAICON HENRIQUE LENTSCK***1 INTRODUÇÃO**

Em fevereiro de 2020 foi declarada emergência de saúde pública nacional, pela portaria nº 188 do Ministério da Saúde, visto o risco de infecção humana pelo vírus coronavírus Sars-CoV-2, em março declarada pandemia pela a OMS (OLIVEIRA; LUCAS; IQUIAPAZA, 2020). O coronavírus é um vírus zoonótico, com RNA da ordem Nidovirales, que causa infecções respiratórias que, dependendo do estado de saúde do infectado, pode levar à morte (BELASCO; FONSECA, 2020). Até o presente momento, de acordo com os dados divulgados pelo portal Coronavírus Brasil (2021) do Ministério da Saúde, mais de 21 milhões de pessoas já foram contaminadas, no Brasil, tendo já alcançado o número de 601.000 mortos (BRASIL, 2021). Evidentemente, além dos problemas de ordem biológica na saúde pública, o estado pandêmico afeta ainda, devido ao impacto na economia e o isolamento social, a saúde mental da população (BONELLO et al., 2021).

De acordo com Bonello et al., (2021) os impactos na saúde mental são significativos, pois, com o passar dos meses percebeu-se que a população adoeceu mais de problemas mentais, por consequências psicológicas e psiquiátricas que ainda estão aflorando. Este cenário reflete na saúde mental, gerando um agravamento significativo da situação de pânico e medo. Pesquisa publicada pelo Instituto DATAFOLHA revelou que a pandemia do COVID-19 afetou a saúde mental de 4 a cada 10 brasileiros (ALVES, 2021), o que, efetivamente, demonstra que o problema de saúde pública afetou a saúde física e mental dos indivíduos.

No serviço de saúde pública, as internações psiquiátricas são

necessárias em diversas situações para tratar o paciente, retirando-o do convívio social quando coloca em risco a si mesmo e as pessoas conviventes (FORTES, 2010). No caso, é importante que a pessoa tenha acesso a uma equipe de saúde multidisciplinar com um suporte adequado para atender suas necessidades, como ser inserido novamente na sociedade, depois de recuperado. (FORTES, 2010).

Com o estado pandêmico, os serviços da área da saúde, não relacionados, diretamente, ao combate ao Coronavírus foram afetados, haja visto que o foco era garantir a sobrevivência das pessoas. Além disso, para que um paciente seja internado em qualquer tipo de instituição, é indispensável que sejam realizados os testes de COVID-19, conforme apontam as normativas vigentes. Como ressalta a pesquisa sobre a saúde mental dos brasileiros na pandemia, houve um aumento significativo de casos de saúde mental, no Brasil, em decorrência da pandemia, afetando a capacidade de acolhimento das pessoas em leitos psiquiátricos. (ALVES, 2021).

Frente ao cenário pandêmico e ao conteúdo exposto, este artigo investiga como as internações psiquiátricas da população afetada por problemas na saúde mental foram impactadas e como esse fenômeno atingiu o município de Jacarezinho, localizado no norte do estado do Paraná. Assim, para compor o estudo coletou-se as internações no Sistema Único de Saúde (SUS), no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde no período pandêmico de COVID-19, referentes a pacientes com transtornos mentais e/ou comportamentais, com o objetivo de apurar como o vírus atingiu população e as características dos diferentes públicos.

## **2 MÉTODOS**

É um estudo transversal, com uma população com transtornos mentais e/ou comportamentais sob internações hospitalares financiadas pelo Sistema Único de Saúde, durante o período de pandemia pela COVID-19 no município de Jacarezinho-PR.

Os dados foram coletados no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde no Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), e são internações hospitalares de 18 (dezoito)

competências de apresentação das Autorizações de Internação Hospitalar no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde e publicadas entre março de 2020 (início da pandemia) e junho de 2021 (últimos dados disponíveis).

Utilizou-se como critérios de inclusão, todos os pacientes que tiveram registro no Sistema de Internação Hospitalar (SIH-SUS) cujo diagnóstico principal é definido em um código do Capítulo V na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão – CID 10, que se refere aos Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99).

Para a descrição da características dos pacientes e das internações, foram selecionadas as seguintes variáveis com as seguintes estratificações: – sociodemográficas: sexo (feminino, masculino) e idade (considerando as seguintes faixas etárias: ≤ 14 anos; 15 a 29 anos e 30 a 59 anos) e II – clínicas: tipo da internação: internações hospitalares psiquiátricas, que tiveram o tipo de AIH normal (AIH 1), considerada inicial e de longa permanência (AIH 5), considerada de continuidade; motivo de internação (diagnóstico principal de internação agrupados segundo os seguintes agrupamento da CID-10: F00-F09- transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos; F10-F19 - transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa; F20-F29 - esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes; F30-F39- transtornos de humor [afetivos]; e F40-F99- demais transtornos mentais) e tempo de permanência (total de dias de internação agrupados em: até 7 dias; de 8 a 28 dias e 29 dias e mais de permanência hospitalar).

Foi elaborado um instrumento de coleta de dados, uma planilha do software Excel® com campos específicos para cada variável em estudo. Após essa organização, as internações psiquiátricas, foram analisadas por meio de frequência e porcentagem, além de observação da relação entre o sexo e as demais variáveis, afim de identificar associações. Para essa análise foi realizado o teste de qui-quadrado ou exato de Fischer, quando valores esperados eram menores que 5, e considerada associação significativa aquela com p-valor menor que 0,05, utilizando o software SPSS, versão 20.0.

Por ser pesquisa com bancos de dados secundários, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual, o presente estudo é dispensado de análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, em conformidade com a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.

### 3 RESULTADOS

Durante a pandemia pelo COVID-19, no município de Jacarezinho - PR, as internações no SUS por transtornos mentais e comportamentais foram mais observadas nos homens (68,2%). Em relação às faixas etárias, as internações acontecem de forma progressiva, sendo na faixa etária de 30 a 59 anos a mais expressiva (75,8%), não sendo observadas entre idosos. As principais causas de internações durante a pandemia em curso, foram os transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas (54,5%), seguido de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (30,3%). As internações concentram-se em um período de internação por mais de 8 dias, sendo 49,5% entre 8 e 28 dias e 38,6% acima de 29 dias (Tabela 1).

Tabela 1 - Características de pacientes internados por transtornos mentais e/ou comportamentais pelo SUS durante a pandemia de COVID-19. Jacarezinho, Paraná, Brasil, abril 2020 a junho 2021.

Pacientes	n	%
	132	(100)
Sexo		
Feminino	42	31,8
Masculino	90	68,2
Idade		
≤ 14 anos	2	1,5
15 a 29 anos	30	22,7
30 a 59 anos	100	75,8
Tipo da internação		
Inicial	70	53,0
Continuidade	62	47,0
Causa		
Transtornos mentais pelo uso de substâncias psicoativas	72	54,5
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	40	30,3

Transtornos do humor (afetivos)	9	6,8
Transtornos mentais orgânicos, inclusive ossintomáticos	6	4,5
Demais transtornos mentais	5	3,8
Tempo de permanência		
0 a 7 dias	16	12,1
8 a 28 dias	65	49,5
29 dias e mais	51	38,6

Autores (2021)

A Tabela 2 apresenta as características dos pacientes segundo o sexo. Observou-se que a variável causa tem associação com o sexo ( $p < 0,001$ ), determinada pela diferença das proporções das causas entre os sexos, porque transtornos mentais e comportamentais, devido ao uso de substâncias psicoativas foram mais frequentes nos homens (66,7%), diferentemente da esquizofrenia que foi maior no sexo feminino (42,9%). Os demais grupos de causas foram transtornos de humor (14,3%) transtornos mentais orgânicos (14,3%) e outros transtornos mentais (4,8%) também são causas mais frequentes em internações femininas. As demais características não foram associadas ao sexo, determinando que a distribuição das variáveis é igual para homens e mulheres (Tabela 2).

Tabela 2 - Características de pacientes internados por transtornos mentais e/ou comportamentais pelo SUS durante a pandemia de COVID-19, segundo o sexo. Jacarezinho, Paraná, Brasil, abril 2020 a junho 2021.

	Masculino		Feminino		P valor
	n	%	n	%	
Pacientes	90	(100)	42	(100)	
Idade					0,566
≤ 14 anos	2	2,2	0	0,0	
15 a 29 anos	19	21,1	11	26,2	
30 a 59 anos	69	76,7	31	73,0	
Tipo da internação					
Inicial	53	58,9	17	40,5	
Continuidade	37	41,1	25	59,5	
Causa					0,061
Transtornos mentais pelo uso de substâncias psicoativas	60	66,7	12	28,6	
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	22	24,4	18	42,9	



Transtornos do humor (afetivos)	3	3,3	6	14,3	0,566
Transtornos mentais orgânicos, inclusive ossintomáticos	2	2,2	4	9,5	
Demais transtornos mentais	3	3,3	2	4,8	
Tempo de permanência					0,526
0 a 7 dias	13	14,4	3	7,15	
8 a 28 dias	43	47,8	22	2,4	
29 dias e mais	34	37,8	17	40,5	

Autores (2021)

## 4 DISCUSSÃO

No período observado do processo pandêmico por COVID-19, as internações psiquiátricas no município de Jacarezinho - PR apresentaram uma proporção maior no sexo masculino, aumento conforme a elevação das faixas etárias, entretanto sem observação entre idosos, e com internações consideradas de longa permanência. A observação em relação ao sexo, determinou uma associação das causas com o sexo, demonstrando diferenças entre as internações. O público masculino é mais afetado por transtornos comportamentais, que envolvem o uso de substâncias entorpecentes, as mulheres são internadas devido a transtornos mentais que, na maioria dos casos, relacionam-se a esquizofrenia e transtornos de humor. Logo, um olhar diferenciado para a situação apresentada deve ser realizado, de modo a garantir a saúde mental da população, o que também foi inferido pelo presente trabalho de pesquisa e será apresentado a seguir.

A pesquisa de Bonello et al., (2021) revela que no período pandêmico, as internações por saúde mental de pessoas do sexo masculino, entre os anos de 2019 e 2020, aumentou significativamente, principalmente a pacientes de longo prazo, automutilação/ideação suicida, mania, psicose e tentativa de suicídio e demonstra maior interferência da pandemia para os transtornos mentais e/ou comportamentais no sexo masculino. Por outro lado, de acordo com a mesma pesquisa, também houve uma diminuição na internação por outros transtornos, tais como desordem alcóolica, ansiedade, depressão e desordem de substâncias (BONELLO et al., 2021). Desse modo, houve um aumento nos casos de internação em determinados transtornos e o declínio de outros, entre os anos supracitados.

A prevalência do sexo masculino, a idade do internamento e o tempo de internação é uma realidade não somente da cidade de Jacarezinho pois é identificado das regiões Sul e Norte do país. (ARAÚJO; NASCIMENTO; SANTOS, 2021). Pessoas do sexo masculino, por usarem mais substâncias entorpecentes e a opção de tratamento refletem em maiores números de internações hospitalares. A maior procura para internação é acima dos trinta anos, quando o homem procura a autonomia de vida e financeira. Antes desta idade a imaturidade faz com que acredite ser poderoso em relação ao vício. Antes dos trinta anos, dificilmente os homens se reconhecem fracos diante da dependência química (BONELLO et al., 2021).

Os homens usam mais drogas que as mulheres, numa fuga da realidade, e desde adolescentes se arriscam mais, em contrapartida, na reparação, procuram tratamento para deixar o vício. (NASCIMENTO et al., 2007).

Ruppelt et al. (2021) citam que as pessoas do sexo feminino são internadas com transtornos depressivos durante o período pandêmico. Entretanto, relacionado a esse fator, menos casos foram encontrados nas tabelas dos sistemas de informações de saúde, não por menos pessoas adoecendo, mas por não dispor de tantos leitos e os profissionais de saúde estarem voltados para o atendimento de emergências outras que não as mentais por uma medida de escolha entre vida ou morte. Dessa forma, a saúde mental não é tão urgente quanto uma pessoa diagnosticada com COVID-19 em estado grave.

Em relação ao tratamento, as patologias psiquiátricas não apresentam cura, já a infecção por COVID-19 e outros tipos de infecções, podem ser letais sem o tratamento adequado (DSM 5, 2014). Para a COVID-19, existe uma prevenção de sintomas mais graves por meio da vacinação. Tal fato refletiu nas internações psiquiátricas, ao mesmo tempo que causou mais adoecimentos depressivos pelos lutos e temor generalizado, porém, mesmo doentes, as pessoas não podiam sair de casa, muito menos para se internarem em hospitais psiquiátricos (MINERVINO et al., 2020).

Constatou-se que em idosos não houve registro de internações por transtornos psiquiátricos no município de Jacarezinho, entretanto, conforme Anjos et al., (2017) as taxas

apresentam diminuição nas regiões do Brasil, determinada pela reforma psiquiátrica brasileira, que substituiu o modelo tradicional de internação hospitalar pelo psicossocial, o que sinaliza as novas práticas de assistência e gestão da saúde mental no país e os idosos, que antes eram submetidos às clínicas de atendimento psiquiátrico, agora são direcionados a outros centros de tratamento para tratamento psicossocial, sem a internação, porém com acompanhamento médico contínuo (ANJOS et al., 2017).

Em relação aos transtornos comportamentais por uso de substâncias, Fernandes et al., (2017), constatam que, em discreta maioria, o uso do álcool é predominante nos homens, em idade adulta e desempregados. Para os estudiosos, o aumento do uso destas substâncias acarreta o aumento dos transtornos comportamentais, em especial a esquizofrenia paranoide, a maior consequência do uso prolongado de entorpecentes, além da predisposição genética (FERNANDES et al., 2017). Com o uso constante e aliado à psicose já instalada no cérebro, existe uma confusão mental frequente tornando-se uma infeliz rotina na vida (FERNANDES et al., 2017). A pandemia, no sentido social, expôs e direcionou muitas pessoas para o desemprego, sendo 40,8% o número de trabalhadores informais em decorrência da atual crise na saúde pública e medidas restritivas (COSTA, 2020). Tal situação, evidentemente, é um fator que leva, homens e mulheres, ao uso de substâncias psicoativas.

O tempo de internação, por motivo de uso de substâncias psicoativas dura, em média, 29 dias, e para que o tratamento da patologia dependência de substâncias psicoativas seja eficaz é necessário, após a desintoxicação, um tratamento de maior duração e, posteriormente, a manutenção do tratamento no hospital dia - CAPS AD, por tempo a ser determinado individualmente pela equipe médica da unidade (ROCHA, 2021).

Nora e Rocha(2015) discutem que o tempo de internação psiquiátrica é reduzido consideravelmente, pois há um aumento grande dos hospitais-dia, os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, onde as pessoas passam o dia e, ao final, retornam à família e à rotina. A tendência é aumentar esta ressocialização em contrapartida à institucionalização e cronificação da patologia que um longo

internamento para drogadição causa. É sabido que o paciente deve voltar a conviver em sociedade, e administrar sua compulsão. Assim, o tempo de internação é menor e a manutenção do tratamento maior, reinserindo-o diariamente na vida cotidiana, com sobriedade.

Internações psiquiátricas por outros transtornos que não os mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas demandam mais tempo de tratamento, devido ao ajuste medicamentoso para a retirada da crise e, diferentemente da dependência química em que a medicação é para controlar a compulsão pelo uso das substâncias. (SEVERO; DIMENSTEIN, 2009). Além disso, para o paciente psiquiátrico é necessário um diagnóstico fechado, profissionais de saúde que acompanhem o caso, além de uma série de exames. (SEVERO; DIMENTSTEIN, 2009).

Segundo Araújo, Nascimento e Santos (2021), internações por tempo menor são uma tendência na saúde mental num processo de desinstitucionalização, pois cabe à família e ao meio social acolher esta parte tão discriminada da saúde e não confinar o doente mental a um internamento marginalizado e por tempo indefinido, pois a institucionalização do paciente psiquiátrico causa cronificação da patologia. A reforma psiquiátrica defende a autonomia dos pacientes, o resgate da autoestima e dos cuidados pessoais no intuito de se manter saudável.

As internações, independentemente da necessidade e qualificação é um direito fundamental de todo e qualquer indivíduo que necessite, não se negando a vaga, desde que declarada e comprovada sua necessidade (FORTES, 2010).

No estudo verificou-se que há diferenças entre os sexos masculino e feminino nas internações em hospitais psiquiátricos em Jacarezinho-PR. Para os homens, conforme apontam os dados, as internações ocorrem mais devido ao uso exacerbado de substâncias psicoativas, ou seja, devido a transtornos comportamentais, o que não é tão recorrente no sexo feminino. As mulheres, são encaminhadas para internações psiquiátricas por conta de transtornos mentais, ligados a transtornos de humor e esquizofrenia.

Logo, conclui-se que diferentes causas levam pessoas de sexos opostos a serem internados em hospitais psiquiátricos, o que foi ainda

mais acentuado em período pandêmico do COVID-19, haja visto as dificuldades de socialização advindas do isolamento social e o impacto na economia, causando descontrolado índice de desemprego. Desse modo, considerando as causas de internação que atingem homens e mulheres, há necessidade de diferentes métodos de abordagem entre os sexos masculino e feminino, sem, no entanto, generalizar as causas de internação para os distintos públicos, realizando-se, dessa forma, um estudo individual de cada caso, porém com planos previamente preparados para receber a demanda social emergente.

## 5 CONCLUSÃO

Com o declínio na saúde mental da população ocasionada pela pandemia do COVID-19 e aumento no número de internações psiquiátricas, verificou-se que os homens são mais propensos a transtornos de comportamento (uso de substâncias psicoativas), enquanto as mulheres por outros transtornos mentais, tais como transtornos de humor e esquizofrenia. A partir dessa investigação, sugere-se a elaboração de um plano de atendimento individual, tendo como base os dados coletados, priorizando o indivíduo conforme a demanda, uma vez que as questões psiquiátricas são subjetivas, carecendo de investigação pormenorizada para possíveis intervenções, visando o melhor para o paciente, independente do momento ser pandêmico ou não. São necessários estudos mais amplos acerca do tema, expandindo-se os dados para outros territórios, a fim de verificar como se dá o fenômeno e com o intuito de se propor novas estratégias e políticas públicas para o combate das patologias relacionadas à saúde mental, independentemente do período pandêmico.

## 6 REFERÊNCIAS

ALVES, Stephanie. **Pandemia afetou a saúde mental de quatro em cada dez brasileiros, diz pesquisa. CNN.** São Paulo. 24 set. 21. Saúde. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/pandemia-afetou-a-saude-mental-de-quatros-em-cada-dez-brasileiros-diz-pesquisa>, acesso em: 10 out. 2021.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANJOS, Karla Ferraz *et al.* Internação e mortalidade hospitalar de idosos por transtornos mentais e comportamentais no Brasil, 2008-2014. *Epidemiologia. Serviço de Saúde*. Brasília: 26(1), p. 39-49, jan-mar. 2017.

ARAÚJO, R. F.; et al. Reflexões baseadas na prática de acadêmicas de enfermagem sobre internações psiquiátricas no contexto da pandemia pela Covid-19. In: LEITE, D.S.; SILVA, P.F. **Saúde Coletiva: avanços e desafios para a integralidade do cuidado**. São Paulo: Editora Científica Digital, 2021, p. 388-399. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.org/articles/210705255.pdf>, acesso em: 20 set. 2021.

BELASCO, A. G. S.; FONSECA, C. D. DA. Coronavírus 2020. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 73, n. 2, Rev. Bras. Enferm., 2020, p. 73 (2), p.e2020n2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020730201>, acesso em: 12 out. 21.

BONELLO, F.; ZAMMIT, D.; GRECH, A.; CAMILLERI, V.; CREMONA, R. Effect of COVID-19 pandemic on mental health hospital admissions: comparative population-based study. **Cambridge University Press**. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-open/article/effect-of-covid19-pandemic-on-mental-health-hospital-admissions-comparative-population-based-study/E0216143505E83D0B4D1B5CCCED49B54>, acesso em: 4 out. 2021.

MINERVINO, A. J. et al.. Desafios em saúde mental durante a pandemia: relato de experiência. **Revista Bioética**. vol.28. n.4. Ver. Bioét., 2020, p. 647-654.

CORONAVIRUS Brasil. **Painel Coronavírus**, 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>, acesso em: 12 out. 2021.

COSTA, Simone da Silva. Pandemia e desemprego no Brasil. **Revista de Administração Pública**. 2020, v. 54, n. 4, p. 969-978. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200170> Acesso em: 30/09/2021.

FERNANDES, M. A. *et al.* Transtornos mentais e comportamentais por uso de substâncias psicoativas em hospital psiquiátrico. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**. Ribeirão Preto: v. 13, n. 2, p. 64-70, 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762017000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762017000200002&lng=pt&nrm=iso), acesso em: 07 out. 2021.

FORTES, Hildenete Monteiro. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. 2010, v. 10, p. 321-330. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000600009>, acesso em: 12 out. 2021.

NASCIMENTO, Enilda Rosendo; OLIVEIRA, Jeane Freitas; PAIVA, Mirian Santos. Especificidades de usuários(as) de drogas visando uma assistência baseada na heterogeneidade. **Revista de Enfermagem**. v. 11.dez, p. 694-698, 2020.

NORA, Caroline Dalla; ROCHA, Neusa Sica da. Fatores associados ao tempo de internação em uma unidade psiquiátrica em um hospital universitário geral: um estudo prospectivo (2015). **UFRGS/HCPA**. Disponível em: [https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/136556/Poster\\_41517.pdf?sequence=2](https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/136556/Poster_41517.pdf?sequence=2) acesso em: 27 set. 2021.

OLIVEIRA, Adriana Cristina de; LUCAS, ThabataCoaglio; IQUIAPAZA, Robert Aldo. Whathasthe covid-19 pandemic taught us about adopting preventive measures?.**Texto & Contexto Enfermagem**. v. 29, maio 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0106>, acesso em: 11 out. 2021.

ROCHA, H. A. *et al.*.Psychiatric hospitalizations by the Unified Health System in Brazil between 2000 and 2014. **Revista de Saúde Pública**. v. 55, P.14, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002155>, acesso em: 12 out. 2021.

RUPPELT, B.*et al.* Internações em Unidade de Atenção Psicossocial: análise antes e durante a pandemia por COVID-19. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**,v. 13, n. 8, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/8340>, acesso em: 10 out. 2021.

SEVERO, Ana Kalliny de Sousa; DIMENSTEIN, Magda. O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. **Estudos de Psicologia**. Natal: v. 14. n. 1, p. 59-67, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2009000100008>, acesso em: 8 out. 2021.

**A (IN) SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL ENQUANTO  
PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA: GESTÃO DE POLÍTICAS  
PÚBLICAS NO GOVERNO FEDERAL BRASILEIRO E OS  
DESMONTES ORÇAMENTÁRIOS E INSTITUCIONAIS**

CAROLINE BECHER  
CHRISTIANE RIEDI DANIEL  
PATRICIA PACHECO TYSKI SUCKOW  
MARINA PEGORARO BARONI  
ANA CAROLINA DORIGONI BINI

## **1 INTRODUÇÃO**

Apresenta-se a Segurança Alimentar e Nutricional -SAN e oDireito Humano à Alimentação Adequada- DHAA enquanto partes fundamentais do sistema de proteção social brasileiro garantidor de direitos sociais à população, definindo como um conceito de proteção social ampliado. Para tanto, é necessário apresentar a SAN e o DHAA enquanto parte fundamental do sistema de proteção social brasileiro garantidor de direitos sociais à população, realizar uma análise da trajetória de debates sobre o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e a concretização da segurança alimentar e nutricional, enquanto política pública, especialmente entre os mais vulneráveis. Pretende-se, ainda, trazer à tona a discussão sobre a fome e a pobreza, enquanto fenômenos sociais, expressos e latentes, na sociedade brasileira do século XXI que tem alto grau de tecnologias para produção de alimentos e, sobretudo um país com vasta extensão territorial agricultável.

Segundo dados disponibilizados pela *Food and Agriculture Organization of the United Nations* – FAO a respeito do cenário da alimentação da população mundial, no ano de 2009, 1,2 bilhões de pessoas sofriam de fome crônica ou não tinham acesso a alimentos em quantidade e qualidade suficientes para satisfazer as necessidades nutricionais mínimas. (SILVA, 2017). No Brasil, havia 19 milhões de brasileiros em situação de fome no Brasil, segundo dados de 2020 da Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (PENSSAN, 2020). Houve um agravamento dramático da



fome mundial em 2020, relacionado às consequências da Covid-19. Embora o impacto da pandemia ainda não tenha sido totalmente mapeado, relatórios de várias agências internacionais, como a própria FAO, estimam que cerca de um décimo da população global, aproximadamente 811 milhões de pessoas, foram acometidos pela fome desde 2019 até os dias atuais. O número sugere que será necessário um grande esforço para o mundo honrar a promessa de acabar com a fome até 2030.

Os riscos para a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e a fome dos brasileiros já são constatados desde 2016, sendo agora aprofundados pela emergência da epidemia da COVID-19, exigindo compreensão, da extensão e magnitude, dos problemas e da articulação de medidas governamentais nas gestões das esferas municipais, estaduais e federais, para assegurar o acesso à alimentação adequada e saudável, com vistas a reduzir os impactos negativos da pobreza e da fome, resultando agravos na alimentação, saúde e nutrição dos mais vulneráveis. (ALPINO, 2020)

Diante disso, é necessário que temas relevantes, como a fome, a miséria, e a desnutrição, ou qualquer outro que englobe a Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), ganhem maior visibilidade na agenda de discussões sobre políticas governamentais, tanto nas esferas governamentais como nas institucionais, indicadas aqui pelos espaços acadêmicos na área da saúde.

SAN e DHAA se relacionam, na medida em que SAN diz respeito à forma como as políticas públicas e as ações da sociedade, podem e devem garantir o DHAA a todos os cidadãos. É estabelecido que o DHAA, deve ser garantido no contexto de SAN, não só um dever do Estado, mas como responsabilidade da sociedade civil. O direito humano à alimentação está expresso no artigo 6º da Constituição Federal, que prevê educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, e assistência aos desamparados. Dispõe, no mesmo artigo, que “[...] Art. 6º são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma

da constituição.” (BRASIL, 1988).

O entendimento que orienta o estado brasileiro, na Constituição Federal, situa a alimentação como direito de toda humanidade e cita que “Todo mundo tem direito a uma alimentação saudável, acessível, de qualidade, em quantidade suficiente e de modo permanente.” (BRASIL, 2005 p.1).

No Brasil, o DHAA e a SAN devem ser foco de debate, principalmente no âmbito das políticas públicas de alimentação e nutrição, sendo necessária, para a concretização, uma abordagem multiprofissional e intersetorial (SILVA, 2017). Entretanto, estas compreensões se alteram, de acordo com os planos de governos e modelos de gestão de políticas públicas e, sobretudo no que diz respeito aos financiamentos públicos, sendo a PNSAN uma política intersetorial que abriga programas da política de saúde, de assistência social, de educação, não tendo, exclusivamente, um repasse de financiamento próprio.

Assim, o objetivo desta pesquisa é apresentar a SAN e o DHAA enquanto parte fundamental do sistema de proteção social brasileiro garantidor de direitos sociais à população, o que é definido como um conceito de proteção social ampliado (BECHER, CORDEIRO, 2021). Analisa-se apenas os documentos disponíveis em plataformas oficiais, fazendo a análise documental para apresentar os financiamentos públicos para a política e programas existentes no Brasil e o desmonte ocorrido desde os anos de 2014 até os dias atuais, no segmento.

## **2 MÉTODOS**

Em uma sociedade pautada na alta tecnologia agrícola e avanços científicos na área da saúde, o que justifica a existência em grande escala de pessoas em situação de insegurança alimentar e nutricional em todo território nacional? Esta é a pergunta que norteia este estudo.

Realizou-se um levantamento bibliográfico e documental sobre a temática escolhida. Para a pesquisa bibliográfica foi realizada uma busca de artigos científicos em plataformas *scielo* e uma análise documental em plataformas oficiais do governo federal sobre as

legislações e financiamentos de políticas públicas de combate à fome; investigar micro dados das plataformas Mapeamento de Segurança Alimentar e Nutricional (MAPASAN) e do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) do estado do Paraná e a própria aferição textual de legislações relacionadas à temática. As demais fontes documentais selecionadas foram: Relatório do Banco Mundial, “Combate à Pobreza Rural no Brasil: Uma estratégia integrada (2001); Novo Retrato da Agricultura Familiar O Brasil Redescoberto” (FAO - 2000); Atlas da Exclusão Social no Brasil (POCHMANN; AMORIM, 2003), Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2010).

Sem o pensamento metódico, não é possível compreender a realidade nem entender sua constituição. A compreensão da realidade engloba sempre um posicionamento transformador e revolucionário. O rigor na compreensão e formulação de categorias não é um fim em si mesmo, mas contempla uma prática transformadora. (MINAYIO, 1993).

O método considera também a relação existente entre objetividade-subjetividade, compreendendo que toda a construção subjetiva é resultado de uma dada prática social que é por natureza objetiva (MINAYIO, 1993). Assim, é no seio desse processo de transformação da realidade que cabe entender os fenômenos, inclusive o da insegurança alimentar ou da fome. Por isso, uma preocupação constante é compreender a realidade por elementos subjetivos acessíveis, como, por exemplo, depoimentos, entrevistas, no confronto com demais elementos da realidade, de fontes documentais etc.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Para consolidar o marco histórico de combate à fome no país, foi que em 16 de setembro de 2006, entra para a história das conquistas sociais no Brasil o ato de promulgação da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), carregando em si uma teia de significados ao elevar o acesso à alimentação à condição de política de estado permanente, tanto defendida por Josué de Castro. (BECHER; CORDEIRO, 2021).

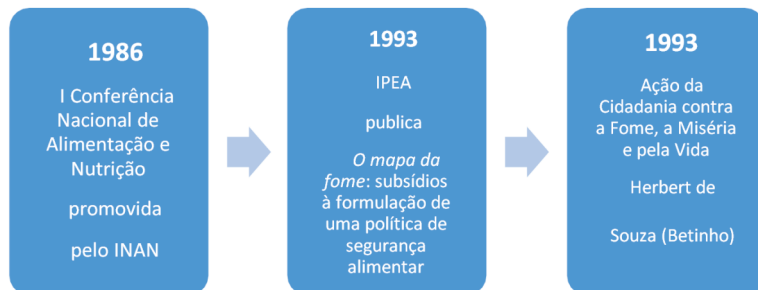
A partir de 2003, observa-se a ressignificação do tema miséria e fome, faz parte do vocabulário do brasileiro a questão segurança alimentar, popularizando a terminologia e elevando o assunto para uma posição de maior destaque na agenda das políticas públicas e nas ações ministeriais, compondo uma nova fase das políticas de combate à fome que não resulta apenas da vontade política de governantes, embora essa seja uma variável fundamental no modelo de definição de agenda. (BECHER;CODEIRO,2021).

A FAO declara que o problema da fome global não é uma questão exclusiva de pouca disponibilidade de alimentos, mas derivada da pobreza de grande parte da população e da má distribuição de riquezas no mundo (BECHER, CORDEIRO,2021).

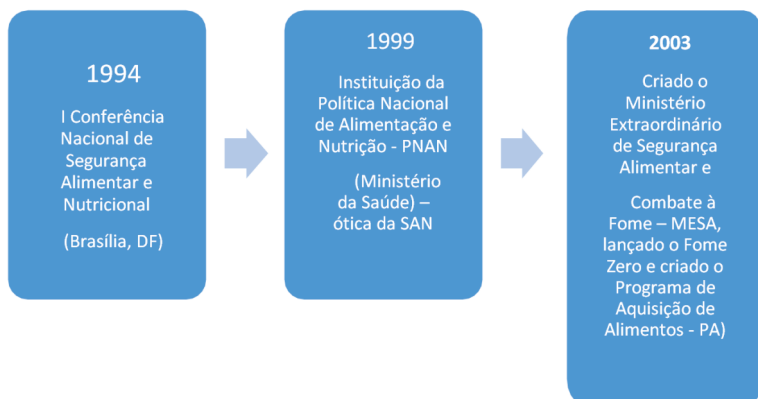
A Constituição de 88 marca o início da redemocratização do Brasil. Com o fim da ditadura militar, estruturava-se uma sociedade democrática e de avanços sociais em especial, na seguridade e nos direitos sociais. Na concepção de Rocha (2000, p. 19), “[...] a Constituição Federal de 1988, por sua vez coroou esse processo atribuindo relevância à participação da sociedade na vida do Estado, ao instituir vários dispositivos nas esferas públicas de âmbito federal e local.” A Constituição de 88 ficou conhecida popularmente como cidadã porque a população contribuiu na definição de vários artigos, e mecanismos de decisão em âmbito federal, estadual e municipal. Outro grande avanço alcançado foi a descentralização das políticas sociais por meio de conselhos gestores, com representantes do Estado e da sociedade civil influenciando sobre as políticas públicas de modo geral (BECHER, CORDEIRO, 2021)

Para fins didáticos, apresenta-se um quadro evolutivo dos principais acontecimentos históricos referente a SAN no Brasil.

## Quadro I: Evolução histórica do modelo de governança da Política Nacional de Segurança alimentar e nutricional



### Quadro I- continuação



Fonte: Adaptado Brasil (2010)

Somado à criação da PNSAN, o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) foi instituído em 2006 pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional com o objetivo de assegurar o DHAA. Desde a sua criação, avanços legais e institucionais garantem a sua construção como estrutura responsável pela implementação e gestão participativa da PNSAN em âmbito federal, estadual e municipal. A política tem como diretriz:

Art. 3º A PNSAN tem como base as seguintes diretrizes, que orientarão a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional I- promoção do acesso universal à alimentação adequada e saudável, com prioridade para as famílias e pessoas em situação de insegurança alimentar e nutricional; II - promoção do abastecimento e estruturação de sistemas sustentáveis e descentralizados, de base agroecológica, de produção, extração, processamento e distribuição de alimentos; III - instituição de processos permanentes de educação alimentar e nutricional, pesquisa e formação nas áreas de segurança alimentar e nutricional e do direito humano à alimentação adequada; IV - promoção, universalização e coordenação das ações de segurança alimentar e nutricional voltadas para quilombolas e demais povos e comunidades tradicionais de que trata o art. 3º, inciso I, do Decreto no 6.040, de 7 de fevereiro de 2007, povos indígenas e assentados da reforma agrária. (PNSAN, 2006).

O governo de Fernando Henrique Cardoso, inicia uma série de programas, dentre eles o Bolsa Escola de cunho assistencialista com a orientação das agências financiadoras e organizações internacionais. Entretanto, é somente em 2003, no governo de Luiz Inácio Lula da Silva que a estratégia Fome Zero é colocada em prática. Para o ex-presidente da república em uma carta escrita em 2010, o Fome Zero foi um marco na história do Brasil pois, pela primeira vez na história, um governo se dispôs a organizar uma estratégia de articulação de políticas em vários Ministérios para erradicar a fome para que todos os brasileiros pudessem se alimentar com dignidade, organizou-se uma estratégia em quatro eixos:

(I) acesso aos alimentos; (II) fortalecimento da agricultura familiar; (III) geração de renda; (IV) articulação, mobilização e controle social. Essa equação foi reconhecida

internacionalmente, principalmente pela capacidade de integrar e articular políticas. Delas, a mais conhecida é o Bolsa Família, maior programa de transferência de renda do mundo. Porém, o impacto do Bolsa Família não teria sido tão grande se não estivesse articulado a outros programas e ações. O Fome Zero é também o Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (Pronaf) e o seu complementar, o Programa Nacional de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar (PAA). É o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), a criação dos Restaurantes Populares e as cozinhas comunitárias. Engloba, também, a construção de cisternas de captação de água da chuva nas regiões do semiárido. Do Fome Zero faz parte, ainda, a iniciativa de estabelecer as bases para uma legislação específica para o setor que preserve e permita ampliar as conquistas. Essa é a importância da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), promulgada no ano do centenário de Josué de Castro e que instituiu o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) (SILVA, 2010, s/p).

Nesta carta, observa-se semelhanças entre a estratégia Fome Zero e os eixos do relatório do Banco Mundial<sup>1</sup> sobre os desafios da redução da pobreza rural no Brasil. O governo de Luiz Inácio Lula da Silva apostou na estratégia Fome Zero para o combate à pobreza no Brasil daí, resulta a célebre frase de Lula, contida no relatório sobre o Fome Zero “Todos os brasileiros terão no mínimo, três refeições diárias.” (SILVA, 2010, s/p). Lula, parafraseando Herbert José de Sousa, o Betinho, insere em seus discursos presidenciais, para justificar a urgência de estruturar os programas da estratégia, outra frase imponente “quem tem fome tem pressa”, ganhando ainda mais a popularidade dos brasileiros, naquele contexto (SILVA, 2010, s/p).

Para além de uma análise das fontes históricas, como cartas presidenciais, que, sem sombra de dúvidas, representaram um direcionamento político e um modelo de gestão pública frente os fenômenos sociais apresentados no Brasil naquele contexto, é primordial assinalar que o fenômeno social da fome no Brasil não vem apenas de um contexto contemporâneo e, muito menos na era do governo de Lula da Silva.

---

<sup>1</sup> A análise do Relatório do Banco Mundial, “Combate à Pobreza Rural no Brasil: Uma estratégia integrada” (2001) consta nas páginas 70–71, desta pesquisa.

Josué de Castro<sup>2</sup> publica, em 1946, a primeira edição do livro “Geografia da fome: o dilema brasileiro: pão ou aço”. Para o autor:

A fome, no Brasil, é consequência, antes de tudo, do seu passado histórico, com os seus grupos humanos sempre em luta e quase nunca em harmonia com os quadros naturais. Luta, em certos casos, provocada e por culpa, portanto da agressividade do meio, que iniciou abertamente as hostilidades, mas quase sempre por inabilidade do elemento colonizador, indiferente a tudo que não significasse vantagem direta e imediata para os seus planos de aventura mercantil. Aventura desdobrada em ciclos sucessivos de economia destrutiva, ou pelo menos desequilibrante da saúde econômica da nação: a do pau-brasil, a da cana-de-açúcar, a da caça ao índio, a da mineração, a da lavoura nômade, a do café, a da extração da borracha, e finalmente a da industrialização artificial baseada no ficcionismo das barreiras alfandegárias e no regime da inflação (CASTRO, 1984, p.16)

Nas obras, provou que a questão da fome não erao quantitativo de alimentos ou do número de habitantes, mas da má distribuição das riquezas, concentradas cada vez mais nas mãos de menos pessoas, os grandes latifúndios. Por isso, acreditava que o problema da fome não seria resolvido com a ampliação da produção de alimentos, mas com a distribuição dos recursos, da terra para os trabalhadores nela produzirem, sendo um ferrenho defensor da reforma agrária.

Retornando aos anos iniciais do governo Lula, um ano após assumir a presidência da República, foi criado o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) responsável pela articulação das políticas nacionais de desenvolvimento social, de segurança alimentar e nutricional, de assistência social e de renda e cidadania no país. (BRASIL, 2010)

Criado em 23 de janeiro de 2004, o MDS<sup>3</sup> tem a missão de coordenar, supervisionar, controlar e avaliar a execução dos

---

<sup>2</sup> Josué de Castro nasceu em 5 de setembro de 1908, em Recife, Pernambuco, Brasil. Filho de um agricultor do Sertão Nordestino que em 1877, em função da seca, migrou para a capital.

<sup>3</sup> No governo de Jair Messias Bolsonaro foi extinto e a pasta foi incorporada ao Ministério da Cidadania, juntamente com o Ministério do Esporte e da Cultura, dificultando a operacionalização de programas ligados à PNSAN.



programas de transferência de renda, cujo maior expoente é o Bolsa Família. Era o órgão que coordenava a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

A Lei nº 13.341, de 29/09/2016, no Art. 2º “Transforma o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) em Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. Os Arts. 6º e 7º, transferem competências, órgãos e entidades vinculadas ao Ministério do Desenvolvimento Agrário para esse Ministério. E o Art. 27, inciso XIV, trata da área de competência desse Ministério.”(BRASIL, 2016).

A pasta da alimentação e interface entre a produção agrícola advinda da agricultura familiar ganha um recorte especial com a criação do Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (MDSA), com foco na superação da pobreza, atenção à primeira infância e a promoção da alimentação saudável e adequada no país.

A grandeza deste desafio exigiu a reorganização de estruturas e marcos legais, para desenvolver de forma célere e articulada as políticas de inclusão social, transferência de renda condicionada, assistência social e segurança alimentar e nutricional e estabelecer uma intersetorialidade com a política de saúde, via atenção básica. O ministério mantém um sistema de proteção social como estratégia de combate à pobreza, em especial da pobreza extrema.

O órgão coordenava o SUAS e apresentava suporte ao funcionamento do SISVAN, fazendo a coordenação das ações intersetoriais de superação da pobreza extrema e responsável pelo maior programa de transferência de renda condicionada do mundo, o Programa Bolsa Família.

No ano de 2019 muitos ministérios foram dissolvidos, dentre eles o MDSA, rebaixando o Ministério para secretaria do Ministério de Cidadania, conforme apresentado abaixo:

## Quadro 2 – Estrutura legal



Elaborado pelas autoras (2019)

Esta situação dos ministérios representa um retrocesso de direitos sociais para o Brasil, não significa somente uma troca de nomes e/ou tipificações, mas, um desmonte de políticas públicas, estruturas de programas, ligados tanto a PNSAN quanto aos programas relacionados a política de saúde. Quando um ministério pulveriza as ações e corta discussões necessárias sobre financiamentos públicos, por exemplo, há um movimento em cascata que destrói aos poucos a estrutura de programas e projetos operacionalizados nos e por estados e municípios, desmantelando todo o sistema de proteção social (BECHER; CORDEIRO, 2021).

Vive-se com um modo de produção econômico e em uma sociedade que gera desigualdades. Tanto em território rural como em urbano, ela se manifesta na pobreza, êxodo rural, concentração de

população em áreas vulneráveis, insegurança alimentar, falta de saneamento básico, não inserção nas cadeias produtivas e mercados formais, não regularização fundiária, falta de acesso ao trabalho, emprego e renda etc.

Em níveis conceituais, a proteção social existe para promover, minimamente, as condições de manutenção e reprodução da vida humana e é executada, prioritariamente, pelos Estados por meio das políticas públicas e sociais, programas e projetos. A proteção social é definida como “[...] um conjunto de iniciativas públicas ou estatalmente reguladas para a provisão de serviços e benefícios sociais visando enfrentar situações de risco ou privações sociais.” (JACCOUD, 2009 p. 58)

No Brasil, a proteção social é estruturada a partir do modelo de Seguridade Social, que prevê as seguintes proteções: aos trabalhadores assalariados formais; e promoção da saúde universal da população; para provisão do mínimo necessário à manutenção da vida e acesso aos direitos. Assim, tem-se o tripé da seguridade social, composto pelas políticas de previdência, saúde e assistência social, conforme apresentado na figura 1, abaixo:

Figura 1 – Modelo de Proteção Social Brasileiro



Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário (2016)

Muitos programas alocados na política de SAN, tangenciam a discussão de saúde e, são operacionalizados pela saúde pública, em nível de atenção básica. A PNAN tem como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional.

A promoção da saúde consiste num conjunto de estratégias focadas na melhoria das condições de vida dos indivíduos e coletividades. Materializa-se por meio de políticas, estratégias, ações e intervenções no meio com objetivo de atuar sobre os condicionantes e determinantes sociais de saúde, de forma intersetorial e com participação popular, favorecendo escolhas saudáveis por parte dos indivíduos e coletividades no território onde residem, estudam, trabalham.

As ações de promoção da saúde são potencializadas por meio da articulação dos diferentes setores da saúde e com outros setores. Essas articulações promovem a efetividade e sustentabilidade das ações ao longo do tempo, melhorando as condições de saúde das populações e dos territórios. (BRASIL, 2010)

A Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) tem por objetivo apoiar Estados e municípios brasileiros no desenvolvimento da promoção e proteção à saúde da população, possibilitando um pleno potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania. Além disso, reflete a preocupação com a prevenção e com o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição como a prevenção das carências nutricionais específicas, desnutrição e contribui para a redução da prevalência do sobrepeso e obesidade e das doenças crônicas não transmissíveis, além de contemplar necessidades alimentares para patologias específicas, tais como doença falciforme, hipertensão, diabetes, câncer, doença celíaca, entre outras. (BRASIL 2010).

A PAAS corresponde a uma das diretrizes da PNAN, insere-se como eixo estratégico da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), e tem como enfoque prioritário a realização de um direito humano básico, que proporciona a realização de práticas alimentares

apropriadas dos pontos de vista biológico e sociocultural, bem como o uso sustentável do meio ambiente. (BRASIL, 2010).

Os anos 90 trouxeram a emergência de uma agenda mundial do combate à fome, fomentando discussões na América do Norte, Europa Ocidental e América Latina, situação que discute as redefinições na função da agricultura, produção agrícola e sobretudo, da função social da pequena agricultura familiar (BECHER; ALVES; CORDEIRO, 2021)

Os impactos destas contrarreformas culminam em uma transformação da política agrária em política social e suas expressões no campo da produção e da reprodução social dos segmentos envolvidos. Graziano da Silva (1999) destaca um novo padrão de reforma agrária e considera que existem contradições no tocante às políticas públicas para a agricultura familiar e patronal, citando que “[...] para o setor capitalista destinam-se as políticas agrícolas e para a pequena produção a reforma agrária deve ter um cunho social.” (SILVA, 1999).

Desse modo, as políticas agrárias se aproximaram cada vez mais das políticas sociais, a partir da criação de diversos programas específicos para um perfil social de agricultor específico que não o patronal, como é o caso de dois programas que merecem destaque no Brasil, o Programa de Aquisição de Alimentos - PAA e o Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE, ligados diretamente à Política de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN). Constituiu-se, assim, um núcleo central do que foi um movimento e reconceituação da questão agrária, que coloca na berlinda a reprodução da força do trabalho excedente e os fenômenos sociais que emergiram no campo.

Segundo Vieira (2001), em nenhum momento a política social encontra tamanho acolhimento em Constituição brasileira, como aconteceu na de 1988 nos campos da educação, da saúde, previdência social, assistência social, definições de direitos dos trabalhadores urbanos e rurais.

A Constituição de 1988 define que a política agrária tem a finalidade de promover e priorizar a justiça social. Conforme Silva F.

O conjunto de medidas que visam a promover melhor

distribuição da terra, mediante modificações no regime de sua posse e uso, a fim de atender aos princípios de justiça social e ao aumento da produtividade ao fornecer uma divisão igualitária de terras para as pessoas obterem uma propriedade e uma renda fundiária, e para incentivar uma maior produtividade. (SILVA FILHO, 2015, p. 1).

A Constituição de 1988 foi elaborada com diretrizes que se comprometiam com a questão agrária e suas implicações, uma normatização da redução das desigualdades sociais e as relações entre trabalhadores rurais, pequenos proprietários e proprietários capitalistas. O fato é que pós Constituição, ainda houve inúmeros conflitos agrários no Brasil, negligenciados pelo Estado que sempre se manteve a favor dos membros das oligarquias locais em defesa do agronegócio.

Somente a partir de 2002, surge no Brasil um conjunto de reorientações nos padrões de desenvolvimento agrário, decorrentes das políticas neoliberais, executadas no final dos anos 80, substituindo o Consenso de Washington por um novo pacto Pós-consenso de Washington (LUSTOSA, 2012).

A partir disso, inicia-se uma temporada de múltiplas relações entre Estado, mercado e sociedade, financiadas pelo Banco Mundial e Banco Interamericano de Desenvolvimento (BIRD). Este acordo, obriga os países a fazer um conjunto de reformas nas políticas públicas, com proposição central de profundas rupturas na concepção de desenvolvimento até então vigente e incorporando novas estratégias que consideravam os progressos econômicos e sociais inseparáveis.

É neste contexto que há mudanças na estrutura de políticas sociais. O Relatório do Banco Mundial, nominado como Combate à Pobreza Rural no Brasil: Uma estratégia integrada (BRASIL, 2001) é uma estratégia para redução da pobreza rural.

Discussões apresentadas no relatório demonstram que a pequena agricultura é um ramo especial, um setor que naquele contexto histórico, tinha papel fundamental no combate à pobreza nas áreas rurais. Esses debates ganham relevância devido às transformações no mundo do trabalho, trazendo consequências para

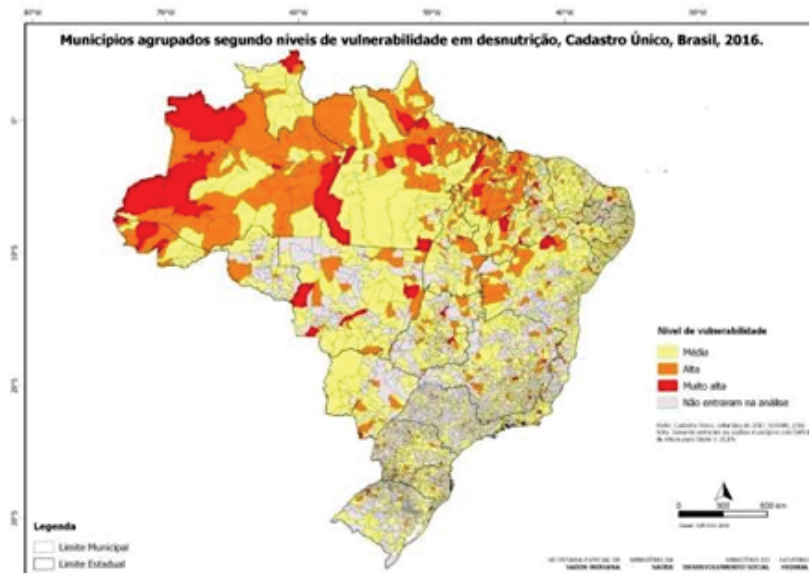
políticas sociais e pelos altos índices de desigualdades sociais existentes no Brasil, em decorrência de concentração de terras e riquezas em grandes latifúndios, sistema de produção agrícola voltado a plantations e que degradam não somente o solo (natureza) mas também, tornaram tóxicas as relações de trabalho e condições de vida no campo:

A repercussão da importância dessas políticas decorre das transformações no mundo do trabalho e seus efeitos concretos como o aumento dos níveis de pobreza na sociedade, fenômenos que forjam as mudanças no lugar e natureza das políticas sociais. Essas são reestruturadas usando os termos de Draibe como um sistema de 'equilíbrio' ou de 'compensações', sendo este último o mais apropriado ao papel dessas nesse 'novo' rural brasileiro. (LUSTOSA, 2012, p.225).

Este modelo neoliberal adotado no Brasil e países da América Latina surge com o propósito de investir em diversas áreas como educação, saúde, assistência social, por meio de reformas políticas, contudo, estabelecendo uma regra rígida e intencional: não mexer no padrão fundiário e distribuição de terras brasileiro, culminando então, na transformação forçada pelos interesses capitalistas a promover a ruptura entre temas agrários e temas agrícolas, o que certamente influenciou todo o processo de estruturação das políticas públicas para agricultura familiar.

Segundo dados do MAPASAN (2018), altos percentuais de desnutrição infantil estão de alguma maneira associados à pobreza monetária (falta de renda), falta de acesso a saneamento básico que garanta água potável, tratamento adequado do esgoto e do lixo, além de ausência do poder público com oferta de serviços de saúde e educação de forma igualitária a essas populações.

IMAGEM1 - Municípios agrupados segundo níveis de vulnerabilidade em desnutrição, Cadastro Único, Brasil, 2016.



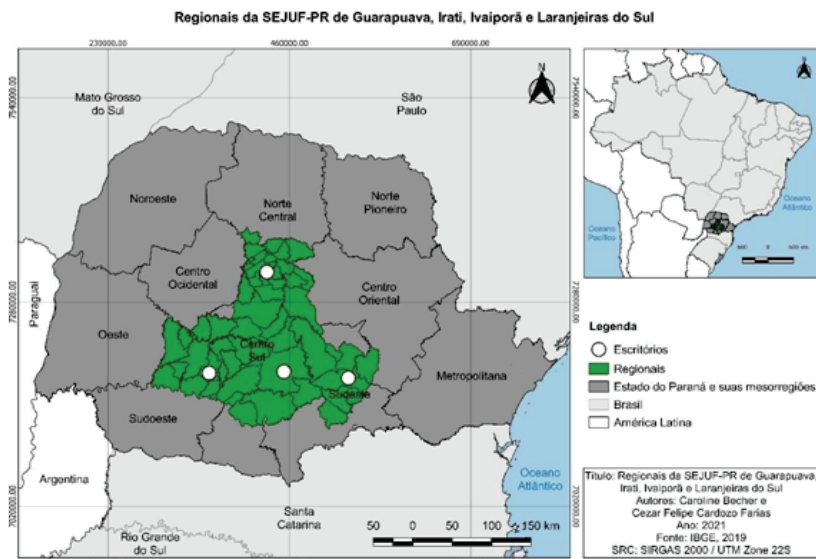
Fonte: MAPASAN (2018)

Na imagem acima, observa-se que há maior concentração de desnutrição nas regiões norte e nordeste do Brasil, justamente pela característica agrária brasileira. Entretanto, fazendo um movimento de lupa e analisando a realidade da região sul do Brasil, vê-se alta concentração de pobreza e insegurança alimentar distribuídas nos três estados.

O mapa abaixo mostra uma área de maior concentração de pobreza e/ou vulnerabilidade social no estado do Paraná que concentra 399 (33,5%) cidades do total de 1.191 de toda região sul.



## Imagem 2 – Regiões com maior concentração de pobreza e vulnerabilidade social do Paraná



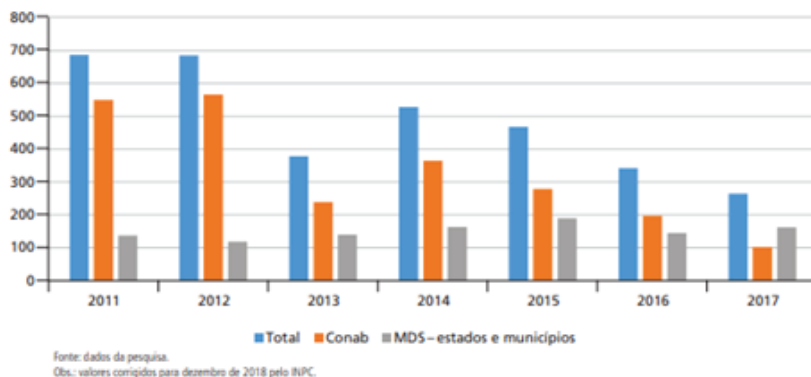
Fonte: IBGE, 2019

O estado do Paraná tem, atualmente, cadastradas 1.315.561 (um milhão, trezentas e quinze mil, quinhentas e sessenta e uma) famílias em situação de vulnerabilidade ou risco social e situação de insegurança alimentar, distribuídas em todo território, urbano e rural. Destas famílias, 343.648 (trezentas e quarenta e três mil, seiscentas e quarenta e oito) são consideradas de alta vulnerabilidade social, o que significa que devem ter atendimento prioritário em todas as esferas das políticas públicas.

O primeiro aspecto a se pensar a intersectorialidade é que estão todos no mesmo lugar e, portanto, há que considerar a situação social das famílias brasileiras. O Brasil deixou de aparecer no mapa da fome em 2014, não tem a fome considerada problema estrutural. A conquista ocorreu após mais de uma década de implementação, acompanhamento e aprimoramento de políticas públicas de promoção do direito constitucional à alimentação, como os 20 programas incluídos no programa guarda-chuva Fome Zero, utilizado

posteriormente pela FAO para promover a segurança alimentar em outros países. Há a partir de 2014, um colapso na transferência de recursos públicos que financiam programas sociais centrais no combate à fome no país. Um deles é o PAA. Ao analisar os dados com valores referência de aplicação dos recursos no período 2003-2018, observa-se que houve forte tendência de crescimento dos recursos aplicados no programa até 2006. Depois, os montantes cresceram mais lentamente, oscilando em patamar acima de R\$ 850 milhões e chegando a R\$ 1,2 bilhão em 2012.

Gráfico 1 – Valores repassados ao PAA por ano



Fonte: Conab, 2019

Em 2013, há queda acentuada do volume de recursos aplicados, com leve recuperação em 2014, voltando a decrescer a partir de 2015, como resultado da crise fiscal do governo federal, que levou a fortes cortes orçamentários em todos os programas sociais. O menor valor do período foi observado em 2018, quando foram aplicados apenas R\$ 253 milhões, valor comparativamente menor que o aplicado no primeiro ano do programa, considerando-se a correção monetária.

Os dados sinalizam ainda que os desmontes de programas fundamentais de garantia de alimentação para todos (PAA e PNAE) sofre cortes orçamentários desde 2015, piorando no governo de Jair Bolsonaro. O que se observa no modelo de gestão federal atual, a

sobreposição da economia sobre o DHAA. A ausência de ações com foco no monitoramento da realização do DHAA fica clara quando se analisa os programas de combate à fome destruídos por falta de financiamentos públicos, sendo os municípios, por falta de recursos materiais e humanos, incapazes de ofertar serviços e programas. Mesmo com a criação de programas e auxílios emergenciais, o governo não instituiu um plano efetivo durante o combate à pandemia. Da análise de documentos oficiais, infere-se que há uma falha no que tange à medidas eficazes e principalmente que considerem a alimentação como um direito.

#### **4 CONCLUSÃO**

Vive-se um tempo de travessias necessárias, em que as políticas públicas passem de meros textos para a compreensão e adentrar os contextos da vida cotidiana, de que documentos, políticas e leis acompanhem o mesmo ritmo de evolução da sociedade, que o tempo presente sirva de referência para a construção do tempo futuro. Há mais texto e menos contexto, o que é um grande problema, uma vez que os contextos, a realidade precisa se adequar ao texto (sejam de leis, programas). O grande problema das políticas, dos programas e dos projetos é que eles partem deles mesmos e não da realidade do lugar. Então, olha-se primeiro para os textos e depois tenta fazer que os contextos, chão, os territórios, se adaptem ao texto. Há políticas, programas extremamente fechados que são herméticos em relação à dinâmica da realidade, às diversidades dos territórios, às diversidades sociais e culturais que existem não somente no Paraná, mas também no Brasil.

As políticas sociais no Brasil, muito embora constem em textos ainda há a fragilidade das práticas intersetoriais dos programas e da interação das políticas públicas, como por exemplo da temática da pobreza e da insegurança alimentar da população brasileira sem pauta central das discussões de todo cabedal de políticas públicas, inclusive da saúde, somando a isso os modelos de gestão com pouco financiamento em políticas públicas de SAN.

Do ponto de vista da inter-relação entre as políticas públicas

da promoção da saúde e da alimentação saudável, há um cenário de corte de orçamentos públicos, fechamento de programas e estratégias entre setores dissolvendo-se por falta de condições de estruturar programas e corpo técnico especializado. A grande problemática dos programas regidos pela PNSAN fica, justamente neste campo tangencial de todas as políticas, mas ao mesmo tempo, sem um dono específico, o que gera uma carência enorme de recursos destinados à programas estruturantes do combate à fome e à situação de insegurança alimentar das famílias. A ausência do governo em resposta rápida à pandemia de covid-19 e, as reduções orçamentárias nas diversas políticas públicas, inclusive a PNSAN, levaram ao aumento de insegurança social da população de maneira geral e da situação de insegurança alimentar e nutricional do brasileiro, somando-se a isto, a extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA), dificultaram ainda mais o monitoramento e averiguação dos impactos da pandemia na segurança alimentar.

A via da participação social é uma alternativa fundamental para retomada de um modelo de gestão que priorize condições de vida mínima à população brasileira, por meio de programas e projetos governamentais elaborados a partir de um modelo de gestão em esfera federal que dê suporte aos estados e municípios para operacionalizá-los de maneira a atender a população e sobretudo, garantir direitos fundamentais para existência humana.

### 5 REFERÊNCIAS

ALPINO, T.M.A et al. **Cadernos de Saúde Pública**. 36(8):e00161Covid-19 e (in) segurança alimentar e nutricional: ações do Governo Federal brasileiro na pandemia frente aos desmontes orçamentários e institucionais 320. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/1678-4464-csp-36-08-e00161320.pdf>, acesso em: 3 jan. 2021.

BANCO MUNDIAL. **Relatório n. 21.70 – BR**. Combate à pobreza rural no Brasil: uma estratégia integrada. Departamento do Brasil – região da América Latina e do Caribe, 2001.

BECHER, C; CORDEIRO, S. **A política agrária no Brasil: uma análise sobre o alcance da proteção social no campo.** 2021. 265 f. Tese (Doutorado em Serviço Social e Política Social) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2021.

BECHER, C., ALVES J. de M., e CORDEIRO, S. A política agrária a la brasileira. **Revista campo-território.** 16 (41 ago.) p. 160-185, 2021.

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

BRASIL. FAO/INCRA/NEAD, **Agricultura sustentável.** Agenda 21- Revolução Verde. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br).

BRASIL. Secretaria de Assuntos Estratégicos. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Disponível em: [Disponível em: www.ibge.gov.br/home](http://www.ibge.gov.br/home), acesso em: 10 out. 2019.

BRASIL. Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004; **Norma Operacional Básica – NOB/Suas.** Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005.

CASTRO, J. **Geografia da Fome.** Rio de Janeiro: O Cruzeiro, 1984. FAO/INCRA/NEAD, Agricultura sustentável. Agenda 21- Revolução Verde. Brasília, 2000.

JACCOUD, L. **Proteção Social no Brasil: debates e desafios.** In: Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil. Brasília, MDS/UNESCO 2009, p. 57-86.

LUSTOSA, M. das G. O. Pereira. **Reforma agrária à brasileira: política social e pobreza.** São Paulo: Cortez, 2012.

MINAYIO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento.** Pesquisa qualitativa em saúde. 2.ed. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec, 1993.

POCHMANN, M.; AMORIM, R. (org). **Atlas da exclusão social do Brasil.** 2.ed. São Paulo: Cortez, 2003.

ROCHA, E. **A Constituição Cidadã e a institucionalização dos espaços de participação social: avanços e desafios.** 20 anos da Constituição Cidadã: avaliação e desafio da seguridade social. 2000.

SILVA. J.A. **A fome e o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) em filmes documentários brasileiros** .Com. Ciências Saúde. 28(2), p.205-215, 2017.

SILVA FILHO, F. C. O. **A Reforma Agrária na Constituição Federal de 1988 e o desenvolvimento econômico do Brasil – efetividade e limites**, 2015.

VIEIRA, E. **A política e as bases do direito educacional.** Cad. CEDES, Campinas, v. 21, n. 55, p.9-29, Nov. 2001.



## **O PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE COMO COMPONENTE DE EXECUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE- PNPS: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

*CLAUDIA HELLER CUNHA GUIMARÃES  
GIOMAR VIANA*

### **1 INTRODUÇÃO**

Atualmente a população brasileira passa por uma grande transição demográfica configurada por elevados indicadores de envelhecimento populacional e uma grande redução na taxa de fecundidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Por sua vez, a transição epidemiológica é marcada, entre outros aspectos, pelo desafio das doenças crônicas e de seus fatores de risco, além do crescimento das causas externas (DUARTE; BARRETO, 2012).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as de maior magnitude no mundo, atingindo, especialmente, as populações mais vulneráveis, como as de média e baixa renda e escolaridade, grupos com maior exposição aos fatores de risco ou ao acesso às informações e aos serviços de saúde (BRASIL, 2021, p. 10)

Logo as DCNT representam a maior carga de morbimortalidade no mundo, acarretando perda de qualidade de vida, limitações, incapacidades, além de uma alta taxa de mortalidade prematura (WHO, 2011). A maioria das mortes prematuras está ligada a fatores de risco modificáveis tais como obesidade, hábito alimentar inadequado, inatividade física, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, poluição ambiental e saúde mental. Nesse sentido, as políticas de saúde criam ambientes propícios para escolhas saudáveis e acessíveis, essenciais para motivar as pessoas a adotarem e manterem comportamentos saudáveis (OPAS, 2017).

Conseqüentemente, as mudanças no estilo de vida e sedentarismo provocam modificações no perfil epidemiológico da população, no qual as doenças crônicas são as principais causas de morte.

Segundo o caderno de Educação Básica elaborado pelo Ministério da Saúde no ano de 2014:



Os níveis de sedentarismo vêm crescendo em muitos países, trazendo um impacto na prevalência de doenças e agravos não transmissíveis e no estado geral de saúde da população mundial. Pessoas com níveis insuficientes de atividade física possuem de 20% a 30% maior risco de morte por qualquer causa, contabilizando um total de mortalidade próximo a 3,2 milhões de pessoas a cada ano. (BRASIL, 2014, p.77).

Assim, os inativos ou sedentários têm de 30% a 50% maior probabilidade de desenvolver Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), além de o sedentarismo ser estimado como principal causa de câncer de mama e de colo, de diabetes e de doenças isquêmicas do coração (WHO, 2011. apud BRASIL 2014, p.77). Em vista disso, a atividade física é fator de diminuição do risco de desenvolvimento de doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes, depressão, obesidade, entre outras. Segundo Mendes (2012):

A atividade física regular está associada com uma diminuição do risco de desenvolver condições crônicas como o diabetes, o câncer colo retal e a hipertensão arterial; de reduzir a depressão e a ansiedade; de reduzir as fraturas por osteoporose; de ajudar no controle do peso; de manter saudáveis ossos, músculos articulações; de ajudar as pessoas idosas a se manterem em melhores condições de se movimentarem; de promover o bem-estar; e de melhorar a qualidade de vida. (MENDES, 2012, p.193)

Nesse contexto, fica evidente a importância da promoção da atividade física para a saúde pública, iniciativa essa, apoiada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), visando prevenir as DCNTs, por meio do desenvolvimento e a publicação de recomendações que indiquem a frequência, a duração, a intensidade, o tipo e a quantidade total de atividade física necessária para a manutenção da saúde.

No Brasil, em 2019, o percentual de adultos que praticavam atividades físicas no tempo livre equivalentes a, pelo menos, 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana foi de 39%, maior entre os homens, tendendo à diminuição com a idade e aumentando fortemente com o nível de escolaridade (BRASIL, 2020).

Diante deste contexto, este trabalho objetiva efetuar uma revisão sistemática de literatura sobre a importância do Programa

Academia da Saúde na qualidade de vida e bem-estar da população no contexto da Política Nacional de Promoção da Saúde.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 Atenção Básica à Saúde**

O SUS oferece três níveis de Atenção à Saúde que se intercomunicam em rede, o básico, médio e de alta complexidade. A Atenção Básica à Saúde é um conjunto de ações de saúde, individuais e coletivas, direcionadas para a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. (BRASIL, 2011).

Para a expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica à Saúde nos municípios brasileiros, o Governo Federal focaliza ações na Estratégia Saúde da Família (ESF) com o propósito de reorganizar a prática da atenção à saúde, de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 2009; BRASIL, 2011e). Em 2008, com o objetivo de fortalecer a ESF, mediante o apoio matricial com vistas a ampliar a resolutividade das ações de saúde na Atenção Básica à Saúde, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF é composto de profissionais de diversas áreas da saúde, como nutricionista, psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional de educação física e terapeuta ocupacional. (BRASIL, 2009).

A Atenção Básica à Saúde direciona as práticas de cuidado a uma população de um território previamente definido, considerando a dinamicidade e especificidade, coordena o cuidado para uma determinada população, incluindo as condições em que moram, vivem, trabalham, adoecem, amam e se relacionam. É, portanto, o nível de atenção ideal para utilizar tecnologias de cuidado que auxiliem no manejo das demandas de um território, considerando o risco, a vulnerabilidade, a resiliência e tendo como princípio de que toda demanda, necessidade ou sofrimento dos indivíduos devem ser acolhidos (BRASIL, 2011).

Ao atender à população de um território, a Atenção Básica à Saúde é o contato preferencial com os usuários na Rede de Atenção à

Saúde e a principal porta de entrada. (BRASIL, 2011). Nos serviços de saúde, é representada fisicamente pela Unidade Básica de Saúde (UBS).

Segundo Mendes (2012):

A atividade física tende a se reduzir nas sociedades modernas em função da transição do trabalho intensivo em energia, como o trabalho agrícola, para as atividades de serviços; da redução concorrente dos níveis de atividade física em cada ocupação; e das mudanças decorrentes da introdução dos sistemas de transportes e das atividades de entretenimento, centradas na televisão. (MENDES, 2012 p.2012).

Para Mendes, a atividade física é de fundamental importância para a diminuição dos níveis de doenças crônicas:

A atividade física regular está associada com uma diminuição do risco de desenvolver condições crônicas como o diabetes, o câncer colo retal e a hipertensão arterial; de reduzir a depressão e a ansiedade; de reduzir as fraturas por osteoporose; de ajudar no controle do peso; de manter saudáveis ossos, músculos e articulações; de ajudar as pessoas idosas a se manterem em melhores condições de se movimentarem; de promover o bem-estar; e de melhorar a qualidade de vida. (MENDES, 2012 p.193).

Nesse contexto, nota-se a grande importância das Academias da Saúde para a prática de atividades físicas, realizada com orientação de um profissional de Educação Física responsável por coordenar, planejar, programar, supervisionar, avaliar e executar todos os trabalhos e programas para treinamentos especializados, de maneira que a prática de atividade física regular e do desporto faça parte da vida da população e contribua para a qualidade de vida. (DIAS et al., 2007).

## **2.2 Programa Academia da Saúde**

Com o objetivo de contribuir para a promoção da saúde e modos de vida saudáveis no cuidado, na Atenção Básica, foi criado o Programa Academia da Saúde cujas características principais são:

- ser um equipamento de saúde da Atenção Básica;
- desenvolver serviços e ações complementares ao processo de cuidado, em conjunto com os profissionais das Unidades Básicas de Saúde;
- ter o foco na promoção da saúde e na prevenção de Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis; e
- possuir referência territorial, sendo um ponto de atenção nas Redes de Saúde. (BRASIL, 2015, pág. 176).

O Programa Academia da Saúde foi instituído pela Portaria n. 719, de 7 de abril de 2011. Quando lançado, o Programa tinha como principal objetivo:

Art.2º contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis. (BRASIL, 2011b,).

Em 2013, para fortalecer o Programa na Atenção Básica, outra portaria foi publicada, revogando a Portaria n. 719/2011. A Portaria n. 2.681/2013, revisou o objetivo geral, resultando na seguinte redação: “Art. 1º contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados.” (BRASIL, 2013,).

O maior foco na Promoção da Saúde rendeu a inclusão de novas recomendações, apontando a educação em saúde e a produção de modos de vida favoráveis à saúde como estratégias para o alcance do novo objetivo do Programa como ponto de grande importância nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) e as mudanças relacionadas às ações, que reaparecem como eixos a serem desenvolvidos. Essa perspectiva de eixos permite o desenvolvimento de atividades ou ações que tenham efetiva ligação com as demandas locais e que sejam reconhecidas pelos gestores e profissionais da saúde como componentes de cuidado.

### 2.3 O Programa Academia da Saúde e as DCNT

A inatividade física é um dos principais fatores de risco de

risco de mortalidade em todo o mundo, influenciando consideravelmente no aumento da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e na saúde da população. Segundo Lee et al. (2012), evidências apontam que, no mundo, o sedentarismo é responsável, em média, por 6% das ocorrências de doença arterial coronária, 7% de diabetes do tipo dois, 10% de câncer de mama, 10% de câncer de cólon e 9% de mortalidade prematura.

As DCNTs são um problema de saúde pública no mundo e no Brasil (BRASIL, 2011). Compõem um grupo de enfermidades que são de etiologia multifatorial, longa duração, de progressão geralmente lenta e que não são transmitidas de pessoa para pessoa (WORD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Como determinantes sociais das DCNTs são apontadas as desigualdades sociais, as diferenças no acesso a bens e serviços, a baixa escolaridade e as desigualdades no acesso à informação. Por outro lado, elas também estão relacionadas a fatores de risco não modificáveis como idade, sexo e raça e modificáveis, com destaque para o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, o excesso de peso, a alimentação não saudável e a inatividade física (BRASIL, 2011c.; MALTA; NETO; SILVA JR., 2011).

Segundo a Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), realizada em 26 capitais brasileiras e Distrito Federal, 24,8% dos entrevistados relataram diagnóstico médico de hipertensão arterial e 6,9% mencionaram ter diabetes (BRASIL, 2015). Por sua vez, a Pesquisa Nacional de Saúde em 2013 (BRASIL, 2014b) apontou que cerca de 40% dos adultos entrevistados relataram ter pelo menos uma doença crônica e esses percentuais aumentaram com a idade.

Nesse contexto, a prevenção e o manejo adequado da DCNT são um grande desafio, visto que são prevalentes e que mais demandam o sistema de saúde. Por isso, políticas e programas voltados para o enfrentamento das DCNT no Brasil são essenciais. O Plano de enfrentamento de DCNT define metas para sua redução, aumento do consumo de frutas e hortaliças e da prática de atividade física, redução do tabagismo, do consumo abusivo do álcool e deter o crescimento da obesidade. Foram definidas diversas ações e

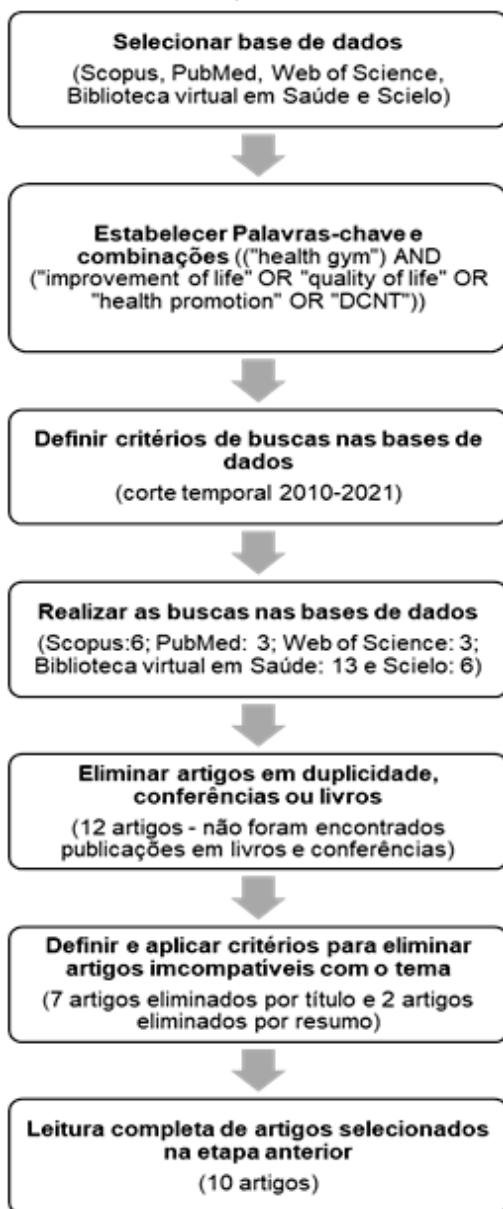
programas direcionados ao alcance das metas para definir políticas públicas saudáveis que visam facilitar as escolhas saudáveis dos indivíduos (BRASIL, 2011c; MALTA; NETO; SILVA JR., 2011; MALTA; SILVA, 2013; MALTA; SILVA, 2014).

### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Para a pesquisa foi realizado um levantamento de trabalhos sobre a importância das Academias de Saúde e uma revisão sistemática de literatura. De acordo com Tranfield, Denyer e Smart (2003), este tipo de revisão é utilizada para gerenciar estudos e conhecimentos disponíveis, permitindo a avaliação das informações e especificações de questões de pesquisa.

Primeiramente procurou-se conhecer um pouco mais do contexto em que está inserida a pesquisa, posteriormente foi escolhido o método para a revisão de literatura e optou-se por utilizar as seis primeiras etapas da MethodiOrdinatio proposta por Pagani; Kovalski e Resende (2015). As etapas são apresentadas na figura 1 e distribuídas em: i) seleção das bases de dados; ii) exclusão por duplicatas; iii) exclusão por livros; iv) exclusão por eventos e conferências; v) exclusão por títulos que não se enquadram no contexto do estudo; e vi) exclusão por resumo.

Figura 1 – Roteiro das etapas do MethodiOrdinatio.



Fonte: Adaptado de Pagani; Kovaleski e Resende (2015).

As bases de dados selecionadas foram as de maior relevância com o assunto da pesquisa, *Scopus*, *Web of Science*, *PubMed*, Biblioteca Virtual em Saúde e *Scielo*. Elas foram selecionadas por abranger um número de periódicos significativos e com altos fatores de impacto.

A busca foi realizada em outubro de 2021, utilizando a seguinte combinação de palavras-chaves: ("*healthgym*") AND ("*improvement of life*" OR "*quality of life*" OR "*health promotion*" OR "DCNT"). Em todas as bases de dados foi realizada a busca avançada e pelo acesso disponível pela CAPES, com um recorte temporal de 2010 até 2021.

Foram encontrados 31 artigos, baixados e inseridos no software gerenciador de referências Mendeley. Em seguida fez-se quatro reduções na amostra de documentos e encontrados 10 trabalhos significativos e realizada a leitura integrativa.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Diversas políticas são desenvolvidas pela administração pública brasileira para promover e contribuir para um estilo de vida fisicamente ativo para que os resultados sejam percebidos na saúde da população (ANJOS; SILVA, 2021). Nesse sentido em nível nacional, por intermédio da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi criado o Programa Academia da Saúde (PAS) como ação voltada ao enfrentamento da inatividade física (BRASIL, 2011b; ANJOS; SILVA, 2021).

Esse programa objetiva promover a saúde, por meio da construção de espaços físicos para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, produção do cuidado e vida saudável, contemplando atividades práticas corporais com vistas à prevenção das DCNT (MALTA et al., 2016). Para tal, o Ministério da Saúde repassa recursos para a construção de polos do Programa Academia da Saúde e custeio das ações previstas para a execução da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2016).

Nesse sentido, a presente pesquisa avalia a importância do Programa Academia da Saúde na qualidade de vida e bem-estar da



população no contexto da Política Nacional de Promoção da Saúde e identificou, na literatura, 31 artigos de texto completos que foram potencialmente relevantes para a revisão. Após avaliação dos artigos com base nos parâmetros definidos ocorreu a exclusão de 21 artigos por não se enquadrarem no escopo do estudo, sobrando 10 estudos na amostra com informações sobre desenvolvimento do Programa Academia de Saúde e melhoria na qualidade de vida de pacientes, conforme o Quadro 1.

Quadro 1- Principais resultados dos estudos selecionados para revisão.

Autor (ano)	Objetivo	Resultados
Anjos e Silva (2021)	Analisar a política de academias públicas implementadas pela administração municipal em Campo Grande - MS.	Os resultados demonstram que o município não adotou o PAS, porém dispõe de programa próprio, distribuído em conformidade com a demografia populacional, apresenta problemas relacionados à infraestrutura (falta de cobertura, banheiros, bebedouros, lixeiras), conservação e manutenção dos aparelhos. Quanto à atuação de um profissional de Educação Física, apenas um dos programas ofertados pelo município dispõe deste profissional
Silva et al., (2017)	Realizar o estudo da viabilidade do PAS no município do Recife, considerando a descrição da intervenção.	O Programa apresenta uma extensa gama de objetivos, princípios e diretrizes mas parte dos gestores desconhece tais elementos, muitas vezes ocorrendo percepções diferentes entre eles, acreditando que o programa visa apenas a prática de exercícios físicos.
Deus et al., (2015)	Avaliar o impacto de uma intervenção implementada no âmbito do PAS de Belo Horizonte, na área nutricional e perfil antropométrico dos participantes.	Os resultados mostraram a importância de combinar intervenções nutricionais com atividade física para garantir impactos positivos à saúde dos participantes do Programa das Academias de Saúde. Observou-se que estes pacientes reduziram peso e tiveram melhorias na qualidade de vida.
Ferreira et al., (2020)	Identificar as atividades realizadas por idosos do Programa Academia de Saúde em seu dia a dia e	Verificou-se que os idosos que participam do Programa Academias da Saúde, realizam as atividades com autonomia e independência, e de acordo com eles as

	<p>analisar as contribuições de tais práticas para saúde e qualidade de vida.</p>	<p>atividades promovem a integração entre os participantes, aumentam a participação social e beneficiam a saúde e a qualidade de vida.</p>
<p>Florindo et al., (2016)</p>	<p>1) descrever a prevalência de ações de promoção da atividade física e alimentação saudável descrevendo as características das estratégias com o “Programa Academia da Saúde”; 2) verificar a prevalência dessas ações de acordo com a presença do NASF</p>	<p>37,2% dos municípios brasileiros foram financiados para receber o Programa Academia da Saúde. 61,5% desses municípios não havia equipe NASF, porém mais de 84% deles relataram realizar atividades físicas com a população e 83% ações para alimentação saudável. A prevalência de ações de atenção básica foi maior nos municípios que contavam com profissionais de educação física e nutricionistas nas equipes.</p>
<p>Gonçalves et al., (2019)</p>	<p>Analisar a percepção de usuários, gestores e trabalhadores da saúde sobre a operacionalidade e ações desenvolvidas nas Academias da Saúde e a sua integração com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).</p>	<p>O Programa Academia da Saúde demonstra influências positivas na prática de atividade física da população contribuindo com a melhoria na condição de saúde e na qualidade de vida. Os resultados encontrados revelaram as facilidades e dificuldades quanto à operacionalidade; às ações desenvolvidas; os avanços observados em relação à promoção da saúde e à qualidade de vida; e a integralidade no PAS.</p>
<p>Lima et al., (2020)</p>	<p>Avaliar o impacto do Programa Academia da Saúde (PAS) sobre os gastos com internações hospitalares por doenças cerebrovasculares no estado de Pernambuco.</p>	<p>Os municípios que implantaram o PAS gastaram em média R\$ 1.258,61 a menos com internações por doenças cerebrovasculares para cada grupo de 10 mil habitantes. A relação entre a implantação PAS e a diminuição do gasto permite observar que o programa cumpre com a diretriz de promoção da saúde, prevenção e controle de doenças crônicas.</p>
<p>Malta et al., (2016)</p>	<p>Descrever as ações realizadas no âmbito do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, de 2011 a 2015.</p>	<p>De acordo com os resultados notou-se que as metas do Plano Nacional são alcançadas, entre elas a prática de exercícios físicos para a melhoria de vida e saúde das pessoas, sendo possível por meio das ações das Academias da Saúde.</p>

Silva; Souza; Starepravo (2020)	Analisar a atenção dada aos Programas Academia da Saúde, Academia da Cidade e Academia ao Ar Livre nas agendas política e governamental das unidades federativas brasileiras.	O Partido dos Trabalhadores (PT) do Ceará destacou-se pelo quantitativo de pautas correlatas ao tema investigado; Partido Social Cristão (PSC) do Rio de Janeiro propôs o maior número de construção de Academias ao Ar Livre; maior parte das pautas concentraram-se na região Nordeste, volta das à oferta de espaços e equipamentos para prática regular de atividades físicas.
Silva et al., (2020)	Avaliar o grau de implantação do Programa Academia da Saúde (PAS) na cidade de Bezerros, Pernambuco.	O grau de implantação do PAS em Bezerros foi considerado intermediário (55,0%), a estrutura obteve um escore (64,7%), processo de trabalho (48,6%). Insumos para a realização das atividades, nível de atividade física da população obtiveram pontuação máxima. Elementos de estrutura como a existência de protocolos de ação e monitoramento das ações, processo de trabalho relativos à mobilização da comunidade obtiveram baixo grau de implantação. O grau de implantação demonstra a necessidade de qualificação profissional e reorientação visando o aperfeiçoamento das atividades.

Fonte: Elaborado pelos autores (2021)

De acordo com a análise do conteúdo e o Quadro 1 constata-se que 90% dos estudos selecionados foram realizados nos últimos cinco anos, com maior prevalência em 2020 (40%). Quanto aos objetivos, nota-se que todos objetivavam avaliar o Programa Academias da Saúde, grande parte com foco em verificar a melhoria na qualidade de vida da população ou em analisar se as estratégias e os objetivos do programa eram cumpridos.

Segundo Silva et al., (2017), as diretrizes do Programa Academia da Saúde descrevem como objetivo a ampliação das ações de promoção da saúde, no entanto, não definem claramente as metas para alcançá-los, nem o público-alvo das ações, entretanto, apontam o direcionamento das metas aos profissionais e usuários dos serviços de saúde com foco especial na atenção primária à saúde.

Desta forma os documentos que normatizam o Programa

Academia da Saúde indicam ampliar o escopo e a articulação das ações de promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde, porém nota-se que 30% dos estudos apresentam dificuldade na articulação quanto ao grau de implantação, operacionalização do programa e outras ações e serviços nesse nível de atenção, justificando a dificuldade pela falta de conhecimento de tais elementos ou devido às percepções contrárias, necessitando de reorientação e aperfeiçoamento dos profissionais (SILVA et al., 2017; GONÇALVES et al., 2019; SILVA et al., 2020).

Quanto aos impactos das intervenções do PAS na qualidade de vida, melhoria da saúde e no bem-estar dos pacientes, 70% dos estudos afirmaram que o programa estimula a prática de atividade física, e contribui diretamente para prevenção e controle de doenças crônicas, redução de níveis de pressão arterial, elevação da perfusão circulatória, melhora do estado mental e psicológico, além da melhoria do estado nutricional e antropométrico dos participantes (DEUS et al., 2015; FLORINDO et al., 2016; MALTA et al., 2016; SILVA et al., 2017; GONÇALVES et al., 2019; LIMA et al., 2020; FERREIRA et al., 2020).

Além das melhorias no estado de saúde dos pacientes, cabe-se ressaltar que os municípios que implantaram o PAS gastaram em média R\$ 1.258,61 a menos com internações por doenças cerebrovasculares para cada grupo de 10 mil habitantes. A implantação do PAS contribuiu diretamente com a redução de gastos com saúde pública, permitindo afirmar que o programa cumpre com as diretrizes de promoção da saúde, prevenção e controle de doenças crônicas e aumento do nível de atividades físicas da população (LIMA et al., 2020).

Também destaca-se a importância do Profissional de Educação Física porque é afirmado por 50% dos estudos a necessidade deste profissional e de uma equipe multidisciplinar que promovam ações de Atenção Básica e que atuem neste espaço, incentivando a prática de atividades físicas, alimentação saudável, autonomia, independência psicológica e participação social, de maneira que promovam aumento da capacidade física, prevenção e controle de doenças crônicas e qualidade de vida (DEUS et al., 2015; FLORINDO et

al., 2016; MALTA et al., 2016; FERREIRA et al., 2020).

Conforme os estudos listados no Quadro 1, nota-se que o Programa de Academias da Saúde, componente de execução da Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS cumpre com as diretrizes e metas do programa e contribui para a promoção da saúde da população em todas as faixas etárias. Porém, mesmo com as ações alinhadas, há que ampliar as ações e rever as estratégias de maneira que apresentem progresso e melhoria de vida para população maior.

Por fim, este estudo apresenta como limitação o quantitativo de estudos porque nem todos apresentam esses dados. Ressalta-se ainda que são necessários estudos mais aprofundados sobre os benefícios do Programa Academia de Saúde na melhora do estado de saúde dos pacientes. Contudo, o estudo contribui para compreender a correlação entre a prática de atividades físicas e a qualidade de vida, por meio dos estudos práticos apresentados até o momento. Ademais, contribui para ressaltar a necessidade em avançar em ações de integração e articulação entre todos os setores para contribuir ampliação das ações ofertadas pelo Programa Academia da Saúde.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A saúde pública é objeto da Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS para atender às necessidades do bem-estar da população, por meio de serviços que promovam a qualidade de vida. Nesse contexto está o Programa Academia da Saúde, que visa contribuir com ações voltadas à prática de atividades físicas regulares para a prevenção e controle de doenças e para a saúde e bem-estar da população.

O estudo visou com a revisão da literatura, identificar a importância do Programa Academia da Saúde na qualidade de vida e bem-estar da população no contexto da Política Nacional de Promoção da Saúde e concluiu-se que o programa cumpre com os objetivos, diretrizes e metas estabelecidas para a promoção da saúde da população em todas as faixas etárias.

Como limitações, nota-se que alguns municípios ainda têm dificuldade, quanto à operacionalização do programa, em desenvolver

ações previstas nas diretrizes. Também se observou que alguns lugares ainda não têm os polos de academias ou não têm profissionais de Educação Física para atuar no polo, desta forma não alcançando 100% dos resultados previstos, porém mesmo com estas dificuldades nota-se há resultados satisfatórios.

Observou-se a lacuna na literatura, de poucos estudos que tratam sobre os resultados quantitativos dos benefícios do Programa Academia da Saúde para a população e se sugere novos estudos acerca do tema.

## 6 REFERÊNCIAS

ANJOS, V. A. A.; SILVA, J. V. P. **Health promotion policy in leisure in publicgyms in Campo Grande - MS, Brazil**. Retos, n. 39, p. 379–387, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Portaria n. 719, de 7 de abril de 2011. **Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. 2011. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br), acesso em: 20 jun. 2016

BRASIL. Portaria n. 2681, de 7 de setembro de 2013. **Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: 2013. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/>, acesso em: 20 jun. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2488, 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)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/>, acesso em: 20 jun. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de Aperfeiçoamento em Implementação da Política de Promoção da Saúde: Programa Academia da Saúde**. Universidade Federal de Santa Catarina. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**, nº39. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Academia da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: [http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13812&Itemid=766](http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13812&Itemid=766), acesso em: 15 out. 2021.

DIAS, J.A. et al. **A importância da execução de atividade física orientada: uma alternativa para o controle de doença crônica na atenção primária**. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, ano 12, nº 114, novembro de 2007. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd114/a-importancia-da-execucaode-atividade-fisica-orientada.htm>, acesso em: 14 out. 2021.

DEUS, R. M. de et al. The impact of a nutritional intervention on the nutritional status and anthropometric profile of participants in the health Gym Pr. **Ciência e saúde coletiva**. v. 20, n. 6, p. 1937–1946, 2015.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. **Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde** revisita e atualiza o tema. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 21, n. 4, p. 529–532, dez. 2012. Disponível em <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742012000400001&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400001&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 10 out. 2021. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400001>.

FLORINDO, A. A. et al. **Promotion of physical activity, health and family health in municipalities with health gym**. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*. v. 30, n. 4, p. 913–924, 2016.

GONÇALVES, L. B. DE B. et al. **Health Gym Program: Operationality, actions and integration**. *Rev. bras. promoção saúde (Impr.)*, v. 32, p. 1–11, 2019.

LIMA, R. DE C. F. et al. **Impact of the Health Gym Program in hospital admissions for cerebrovascular diseases**. *Rev. bras. ativ. fís. Saúde*. v. 25, p. 1–8, 2020.

Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, et al. Effect of physical inactivity on 10 major non-communicable diseases world wide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*. 2012;380(9838):219-29.

MALTA, D. C. et al. **Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015.** Epidemiologia e Serviços de Saúde. v. 25, n. 2, p. 373–390, 2016.

MALTA, D.C., NETO, O.L.M., SILVA JUNIOR, J.B.. **Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022.** Epidemiol Serv Saúde 2011; 20(4): 425-38. DOI: 10.5123/S1679-49742011000400002

MALTA, D.C., SILVA, J.B. **O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão.** Epidemiol Serv Saúde 2013; 22(1): 151-64. DOI:10.5123/S1679-49742013000100016

MALTA, D.C., SILVA, J,B. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011 - 2013.** Epidemiol Serv Saúde 2014; 23(3): 389-98. DOI: 10.5123/S1679-49742014000300002

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família.** Brasília: OPAS, 2012.

PAGANI, R. N.; KOVALESKI, J.L.; RESENDE, L. M.: Methodi Ordinatio: a proposed methodology to select and rank relevant scientific paper sencompassing the impact factor, number of citation, and year of publication. Journal Scient ometrics.v. 105. p. 2109–2135. 2015.

SILVA, R. N.; et al. Implementation of Health Gym Program in Bezerras city Brazil. Rev. bras. ativ. fís. saúde, v. 25, p. 1–10, 2020.

SILVA, R. N da et al. Evaluability of the health gym program in Recife, Pernambuco state, Brazil Cadernos de Saúde Pública. v. 33, n. 4, p. 1-16, 2017.

SILVA, T. D.; SOUZA, S. DA S.; STAREPRAVO, F. A. Health gym, city gym and outdoor gym on the political and governmental agendas of Brazilian states. Rev. bras. ativ. fís. saúde. v. 25, p. 1–6, 2020.

TRANFIELD, D.; DENYER, D.; SMART, P.: Towards a methodology for developing evidence informed management know ledge by means of systematic review. British Journal of Management. v. 14, p. 207-222, 2003.





**OS GASTOS COM A SAÚDE DO MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA,  
ENTRE 2013 E 2020:  
ANÁLISE DA APLICAÇÃO DE RECURSOS**

*VALDINEI DE MATTOS SANTOS  
JAQUELINE PUQUEVIS DE SOUZA*

## **1 INTRODUÇÃO**

A Constituição Federal de 1988 estabelece a saúde como direito de todos e um dever do Estado, garantida por políticas sociais e econômicas que visem reduzir o risco de doenças, promovendo o acesso universal e igualitário aos serviços a ela relacionados. As ações e serviços públicos de saúde formam um sistema único, composto por uma rede regionalizada e hierarquizada, financiada com recursos do orçamento da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 1988).

No artigo 198, parágrafo 2º, a Constituição de 1988 determina que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devem aplicar, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos calculados com percentuais incidentes sobre a arrecadação (BRASIL, 1988).

Já a Emenda Constitucional número 29, de 13 de setembro de 2000, fixa que os recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde para os Municípios devem ser de 15% do produto da arrecadação de impostos referenciados no artigo 156 e dos recursos tratados nos artigos 158 e 159, inciso I, alínea b e parágrafo 3º da Constituição de 1988 (BRASIL, 2000).

A gestão de políticas de saúde, frente às necessidades da sociedade e das prerrogativas constitucionais é um desafio ético, político e técnico colocado permanentemente ao Poder Público, principalmente à gestão local do sistema, aos gestores municipais (OLIVEIRA e BARBIANI, 2014).

Cabe aos gestores conhecerem as questões legais, como os gastos com saúde, recursos disponíveis e administração dos recursos, e assegurar a transparência, em decorrência da crescente e complexa

responsabilização. Na esfera municipal, é necessário focar na eficiência e transparência com os gastos públicos. Estudos que acompanhem e analisem o desempenho da gestão financeira nas políticas de saúde são de grande importância. (OLIVEIRA e BARBIANI, 2014).

Diante da realidade apresentada, esta pesquisa objetiva analisar o percentual de recursos gastos com saúde do Município de Guarapuava - Paraná no período de 2013 a 2020 e a aplicação deles.

## **2 MÉTODOS**

Para atingir os objetivos propostos deste estudo será utilizada a pesquisa quantitativa, que coleta números, opiniões e informações para posteriormente classificá-las e analisá-las. A pesquisa quantitativa utiliza recursos estatísticos, tais como percentagem, média, desvio padrão, entre outros (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010).

Quanto à natureza, classifica-se como pesquisa aplicada, pois “[...] objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos. Envolve verdades e interesses locais.” (GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p. 35).

Com relação aos objetivos, este estudo classifica-se como uma pesquisa descritiva, discorrendo sobre os processos, mecanismos e relacionamentos que existem na realidade do fenômeno em estudo. Para isso, é utilizado um conjunto de categorias e diferentes tipos de classificações para descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada situação (SILVA, 2014).

No tocante aos procedimentos, é um estudo de caso, que, segundo Gerhardt e Silveira (2009), visa conhecer, com profundidade, o como e o porquê de uma determinada situação. Nesse tipo de estudo o pesquisador não intervém no objeto em estudo, só mostra como o percebe. Nele é verificado apenas uma unidade, um indivíduo, um pequeno grupo, uma instituição, um programa ou ainda um evento.

## **2.1 População e amostra**

Ao definir a população e amostra de um estudo, delimita-se o universo e a forma como o estudo será conduzido e como serão selecionados os dados (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Para este estudo foram utilizados especificamente dados financeiro e contábeis de gastos com saúde do Município de Guarapuava, agrupando-os em categorias, para então identificar as áreas em que o município mais investe. Os dados coletados são do período de oito anos, iniciando em 2013 até o ano de 2020.

## **2.2 Procedimentos e instrumentos de pesquisa**

Os dados foram coletados de publicações oficiais realizadas pelo Município de Guarapuava, disponíveis em no endereço eletrônico. dados do Portal da Transparência do município, que disponibiliza informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira, em conformidade com a Lei Complementar 131/2009.

Para verificar o percentual de recursos gastos com saúde do município identificou-se a arrecadação, seguida dos valores que se enquadram no cálculo do percentual dispendido no período selecionado para verificar se o município atinge o limite mínimo de quinze por cento estabelecido na legislação.

Os tributos que integram a base de cálculo do percentual mínimo a ser aplicado em saúde, segundo a Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000 são: imposto sobre a propriedade predial e territorial urbana, imposto sobre a transmissão inter vivos de bens imóveis, imposto sobre serviços de qualquer natureza, o produto da arrecadação do imposto da União sobre a renda e proventos de qualquer natureza, o produto da arrecadação dos impostos sobre a renda e proventos de qualquer natureza e sobre produtos industrializados repassados pela União aos Municípios (BRASIL, 2000).

Para verificar a aplicação dos recursos em saúde do município foram agrupadas as seguintes categorias de análise:

- vencimentos e vantagens fixas (salários e obrigações patronais);

- participação em consórcio público;
- subvenções sociais;
- material de consumo;
- material, bem ou serviço de distribuição gratuita;
- serviços de terceiros – Pessoa Jurídica;
- obras, instalações, equipamentos e material permanente;
- demais gastos com saúde.

Após coleta, os dados foram tabulados e calculados em planilhas eletrônicas, permitindo a totalização dos valores e grupamento por categorias, apresentando os resultados graficamente.

### 3 RESULTADOS

Percentual de recursos gastos com saúde

Tabela 1 - Percentuais gastos com saúde

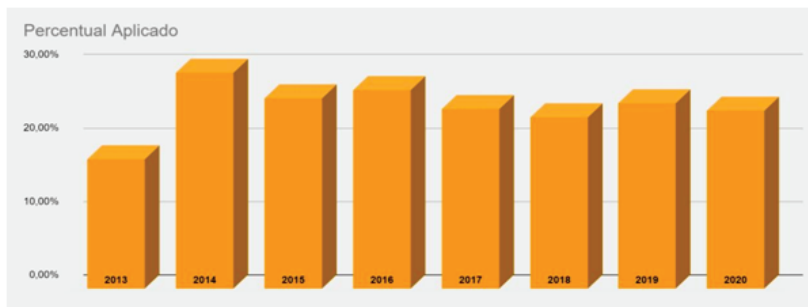
Descrição	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Média
Base de cálculo	172.087.933	193.025.799	215.914.005	237.725.435	258.753.628	275.259.163	296.209.146	301.771.027	1.950.746.136
Valor aplicado	30.413.443	56.865.419	55.997.687	64.341.109	63.514.181	64.313.861	75.023.823	73.290.515	483.760.037
Percentual aplicado	17,67%	29,46%	25,94%	27,07%	24,55%	23,36%	25,33%	24,29%	24,80%
Limite mínimo	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%
Diferença aplicada	2,67%	14,46%	10,94%	12,07%	9,55%	8,36%	10,33%	9,29%	9,80%

Fonte: elaborado pelos autores

Os dados apresentados na Tabela 1 demonstram os percentuais gastos com saúde do Município de Guarapuava no período de 2013 a 2020. Tais informações foram obtidas por meio do Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) publicado no site do município.

Verifica-se que durante o período analisado, o Município de Guarapuava aplicou o montante de R\$ 483.760.037,00, valor utilizado para cálculo do percentual mínimo que deveria ser aplicado. Esse montante corresponde a um percentual médio de 24,80% para o período, 9,80% acima do mínimo estabelecido na legislação.

**Gráfico 1 – Percentual de aplicação**



Fonte: elaborado pelos autores

Pelo Gráfico 1, percebe-se que no ano de 2013 o Município de Guarapuava teve o menor percentual de gastos com saúde, de 17,67%. Já no ano de 2014 há o maior índice de aplicação de recursos para o período analisado, chegando a 29,46%. Em média, o município atingiu o percentual de 24,80% de valores aplicados em saúde considerando o período da pesquisa.

### 3.1 Aplicação dos recursos em saúde

Os dados da Tabela 2 demonstram o agrupamento dos valores totais gastos em saúde pelo Município de Guarapuava no período de 2013 a 2020 e foram obtidos diretamente do Portal da Transparência do Município utilizando as opções: Despesa, Classificação Institucional, Secretaria de Saúde.

**Tabela 2 - Aplicação dos recursos em saúde**

Descrição	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Salários e Obrigações Patronais	42.130.254	48.498.162	52.528.014	58.871.318	60.580.064	60.228.205	68.930.425	73.844.206
Participação em Consórcio Público	3.132.985	8.407.962	9.734.542	12.910.432	10.470.000	12.020.000	10.350.000	12.100.000
Subvenções Sociais	20.657	329.880	0	0	0	1.697.500	3.592.500	17.274.102
Material de Consumo	3.672.954	6.388.220	8.327.192	8.895.509	8.229.406	10.893.691	9.763.729	10.555.907
Material, Bem ou Serviço Distribuição Gratuita	727.679	534.010	471.779	426.394	442.161	744.384	1.457.587	2.004.096

Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	7.316.202	7.466.189	7.083.477	8.256.246	7.355.057	8.220.188	9.623.019	13.950.576
Obras, Instalações, Equipamentos e Permanente	1.243.605	4.700.019	1.800.447	3.123.293	956.564	2.163.809	2.464.416	1.349.263
Demais Gastos com Saúde	620.895	1.949.530	2.454.468	2.129.664	2.723.627	2.280.828	3.228.016	3.961.261
<b>Total do Ano</b>	<b>58.865.230</b>	<b>78.273.972</b>	<b>82.399.919</b>	<b>94.612.855</b>	<b>90.756.880</b>	<b>98.248.605</b>	<b>109.409.692</b>	<b>135.039.411</b>
<b>Varição Anual</b>		<b>19.408.742</b>	<b>4.125.948</b>	<b>12.212.935</b>	<b>-3.855.974</b>	<b>7.491.725</b>	<b>11.161.087</b>	<b>25.629.719</b>

Fonte: Elaborado pelos autores

Percebe-se que no ano de 2013 o município aplicou o montante de R\$ 58.865.230 em saúde, e no ano de 2020 o valor total aplicado foi de 135.039.411. Considerando o período de análise, observa-se um aumento no valor aplicado em saúde de R\$ 76.174.181 do ano de 2013 até o ano de 2020.

Verifica-se ainda que no ano de 2020 o município aplicou R\$ 25.629.719 a mais em saúde com relação ao ano de 2019. O ano de 2020 foi marcado pela pandemia de Covid-19, o que demandou maior investimento na área de saúde por parte do poder público.

Na Tabela 3 são apresentados os valores totais aplicados no período de 2013 a 2020. Nesse intervalo é observa-se que o agrupamento que compõe o maior montante gasto refere-se à salários e obrigações patronais, totalizando R\$ 465.610.647.

Já o agrupamento material, bem ou serviço distribuição gratuita representa o menor total aplicado, R\$ 6.808.089.

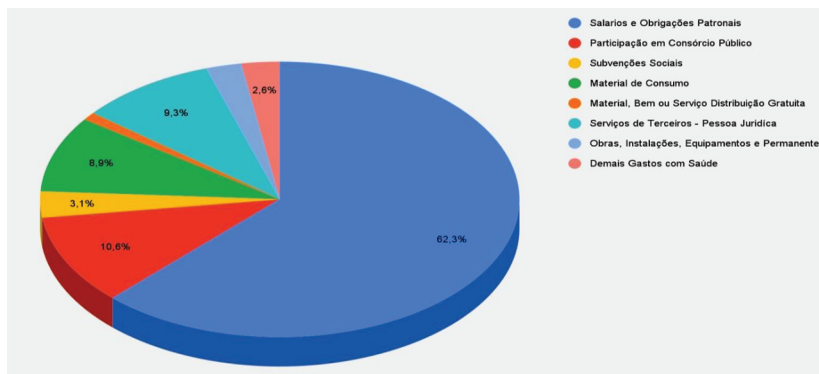
Tabela 3 - Valores totais aplicados em saúde

Descrição	Total Período	Percentuais
Salários e Obrigações Patronais	465.610.647	62,28%
Participação em Consórcio Público	79.125.921	10,58%
Subvenções Sociais	22.914.638	3,07%
Material de Consumo	66.726.608	8,93%
Material, Bem ou Serviço Distribuição Gratuita	6.808.089	0,91%
Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	69.270.955	9,27%
Obras, Instalações, Equipamentos e Permanente	17.801.417	2,38%

Demais Gastos com Saúde	19.348.289	2,59%
<b>Total</b>	<b>747.606.563</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Elaborado pelos autores

Gráfico 2 – Percentual dos valores aplicados



Fonte: Elaborado pelos autores

Por meio do gráfico 2 visualiza-se a distribuição dos valores percentuais totais aplicados no período em análise. Em ordem decrescente de aplicação: Salários e obrigações patronais 62,28%, Participação em Consórcio Público 10,58%, Serviços de terceiros - pessoa jurídica 9,27%, Material de consumo 8,93%, Subvenções sociais 3,07%, Demais gastos com saúde 2,59%, Obras, instalações, equipamentos e permanente 2,38% e Material, bem ou serviço distribuição gratuita 0,91%.

#### 4 DISCUSSÃO

Determinado na Constituição Federal de 1988, é dever do Estado garantir saúde para toda a população. O financiamento do setor é de responsabilidade das três esferas de governo: federal, estadual e municipal. Por sua vez, a Emenda Constitucional número 29, de 13 de setembro de 2000, estabelece que para a União os gastos com saúde devem ser iguais aos do ano anterior, corrigidos pela



variação nominal do PIB. Para os Estados é estabelecido o percentual mínimo de 12% das receitas, e para os municípios esse percentual é de 15% (SILVA, 2012).

O levantamento de dados efetuado demonstrou que o Município de Guarapuava, aplicou em saúde o percentual médio de 24,80% do produto da arrecadação de impostos referenciados no artigo 156 e dos recursos tratados nos artigos 158 e 159, inciso I, alínea b e parágrafo 3º da Constituição de 1988, considerando o período de 2013 a 2020, atendendo dessa forma o que a legislação estabelece.

Dados obtidos no site da Confederação Nacional de Municípios - CNM, mostram que para o mesmo período de análise, 2013 a 2020, a média nacional de valores aplicados em saúde foi de 25,11%. Percebe-se que o Município de Guarapuava aplicou 0,31% a menos em saúde do que a média nacional. Seguindo ainda os mesmos parâmetros utilizados para análise dos dados, após consulta ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS, verificou-se que o Município de Ponta Grossa, estado do Paraná, localizado a aproximadamente 180 quilômetros de Guarapuava, atingiu a média de 24,19% aplicado em saúde para o mesmo período em análise.

No tocante à aplicação total dos recursos em saúde, percebe-se que o Município de Guarapuava tem maior montante no grupo salários e obrigações patronais e o valor para o período de R\$ 465.610.647.

Segundo Avelino (2019), os gastos públicos relativos à pessoal são os que mais se destacam, pois comprometem grande parte do orçamento público. Isso se evidencia no presente estudo, uma vez que o Município de Guarapuava aplicou, em média, 62,28% dos recursos destinados à saúde em gastos com pessoal.

Outra categoria que apresenta valor considerável de gastos corresponde à Participação em Consórcio Público, que atingiu o montante de R\$ 79.125.921, que corresponde a 10,58% dos gastos totais com saúde para o período analisado.

O grupo Participação em Consórcio Público abrange os valores pagos ao Consórcio Intermunicipal de Saúde Guarapuava - Pinhão - Turvo, o CISGAP, cujo objetivo é a prestação de serviços de

saúde especializados à população dos municípios associados.

O grupo Demais Gastos com Saúde abrange as categorias de despesa: diárias, passagens e despesas com locomoção, outros serviços de terceiros - pessoa física, obrigações tributárias, outros auxílios financeiros à pessoas físicas, indenizações e restituições, outros benefícios assistenciais. Esse grupo corresponde a 2,59% dos gastos com saúde.

Inicialmente, o período pretendido para levantamento e análise de dados do estudo correspondia aos anos de 2011 a 2020. Contudo foi necessário alterar esse período para iniciar no ano de 2013, visto que os dados disponíveis para consulta no site do Município de Guarapuava começam com essa data.

Durante a realização do estudo houve a troca de sistema de gestão utilizado pelo Município de Guarapuava, o que ocasionou uma falta de informações disponíveis no portal num período aproximado de 30 dias.

## 5 CONCLUSÃO

Após a realização deste estudo, espera-se que estas informações contribuam para identificar se a aplicação dos recursos atende a legislação vigente, se são aplicados em equilíbrio entre as categorias apresentadas. Tais informações auxiliam na tomada de decisões, visto que é possível, por exemplo, analisar se os valores gastos com material de consumo e vencimentos tiveram variações elevadas no período, ou mesmo se a diferença entre categorias é algo para preocupar.

O objetivo geral do estudo consistiu em analisar o percentual de recursos gastos com saúde do Município de Guarapuava - Paraná no período de 2013 a 2020 e como foi a aplicação destes recursos.

Em conformidade com o objetivo, após a coleta dos dados disponíveis, com a utilização de planilhas eletrônicas,

parágrafo 3º da Constituição de 1988, em ações e serviços públicos de saúde.

Com relação à aplicação dos recursos pelo Município, após realizar o agrupamento dos gastos com saúde em categorias, verificou-se e apresentou-se a distribuição, apontando o percentual de cada categoria em relação à aplicação total.

Observou-se que a categoria Salários e Obrigações Patronais apresentou o maior percentual de gastos com saúde. Sugere-se que estudos futuros sejam desenvolvidos analisando com mais detalhes esta categoria devido a sua grande participação no orçamento público.

Com as informações apresentadas, os gestores terão segurança quanto às questões legais, como os gastos com saúde, recursos disponíveis e administração desses recursos. Terão ainda uma visão de como os dados por eles produzidos são apresentados perante a sociedade, com a transparência e divulgação dos atos.

## REFERÊNCIAS

AVELINO, Vanessa dos Santos. **Responsabilidade Fiscal: Análise dos gastos com pessoal nos municípios da região metropolitana de Fortaleza**. Dissertação. Fortaleza, Ceará: Universidade Federal do Ceará - Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade, 2019. Disponível em: [http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/41493/1/2019\\_dis\\_vsavelino.pdf](http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/41493/1/2019_dis_vsavelino.pdf), acesso em: 26 ago. 2021.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Capítulo II, da Seguridade Social. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm), acesso em 20 nov. 2020.

BRASIL, Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm), acesso em 20 nov. 2020.

BRASIL, Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS. Indicadores Municipais: % R. Próprios em Saúde - EC 29 segundo Municípios. Disponível em: <http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/tabcgi.exe?SIOPS/serhist/municipio/indicPR.def>, acesso em 25 ago. 2021.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS - CNM, Panorama Saúde, Financiamento da Saúde: Participação da Receita Própria do Município. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/exclusivo/ferramentas/saude>, acesso em 25 ago. 2021.

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE GUARAPUAVA - PINHÃO - TURVO, Atos Constitutivos, 7ª Alteração do Estatuto Social. Disponível em: <https://cisgap.com.br/arquivos/estatuto.pdf>, acesso em 28 de ago. 2021.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. Métodos de Pesquisa. 1. ed. Porto Alegre, Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>, acesso em 25 nov. 2020.

GUARAPUAVA, Portal da Transparência, Prestação de Contas, Relatórios e Publicações: Publicações RREO e RGF. Disponível em: <https://www.guarapuava.pr.gov.br/portal-da-transparencia/prestacao-de-contas/>, acesso em 6 de jul. 2021.

GUARAPUAVA, Portal da Transparência, Despesas: Classificação Institucional. Disponível em: <http://transparencia.guarapuava.pr.gov.br:12473/pronimtb/index.asp?acao=3&item=4>, acesso em 5 ago. de 2021.

KAUARK, Fabiana da Silva; MANHÃES, Fernanda Castro; MEDEIROS, Carlos Henrique. **Metodologia da Pesquisa: um guia prático**. Itabuna, Bahia: Editora Via Litterarum, 2010. Disponível em: <https://biblioteca.isced.ac.mz/bitstream/123456789/713/1/Metodologia%20da%20Pesquisa.pdf>, acesso em 10 de fev. 2021.

OLIVEIRA, Gabriela da Silva; BARBIANI, Rosângela. Financiamento Público e Gestão Financeira em Saúde: estudo de caso na Região Sul do Brasil. 2014. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), 2014. Disponível em: [https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwienKXGkZTtAhVhHLLkGHh6FDK4ChAWMAF6BAgBEAI&url=http%3A%2F%2Fwww.periodicoeletronicos.ufma.br%2Findex.php%2Fpublica%2Farticle%2Fdownload%2F2742%2F3881&usg=AOvVaw0ZZmPSubskHHZDUP\\_gOZM](https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwienKXGkZTtAhVhHLLkGHh6FDK4ChAWMAF6BAgBEAI&url=http%3A%2F%2Fwww.periodicoeletronicos.ufma.br%2Findex.php%2Fpublica%2Farticle%2Fdownload%2F2742%2F3881&usg=AOvVaw0ZZmPSubskHHZDUP_gOZM), acesso em 21 nov. 2020.

SILVA, Antônio João Hocayen. **Metodologia de pesquisa: conceitos gerais**. Paraná: Universidade Estadual do Centro-Oeste – Unicentro, 2014. Disponível em: <http://repositorio.unicentro.br:8080/jspui/handle/123456789/841>, acesso em 15 jan. 2021.

SILVA, M. C. et al. **Gastos com saúde: uma análise do cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000 pelos 100 Municípios brasileiros mais populosos, no período de 2000 a 2008**. REUNIR - Revista de Administração, Contabilidade e Sustentabilidade, vol. 2, nº1, p.1-20, jan.-abr./2012. Disponível em: <https://reunir.revistas.ufcg.edu.br/index.php/uacc/article/view/31/pdf>, acesso em 20 ago. 2021.

## **FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO EM IDOSOS NO BRASIL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA**

*JÉSSICA JULIANA ALVES MENON*

*GIOMAR VIANA*

### **1 INTRODUÇÃO**

A população idosa cresce a cada ano, uma consequência da transição demográfica, ocorrida após a queda dos números de mortalidade e de natalidade no mundo, resultando em um aumento na expectativa de vida das pessoas. Entretanto, o número de doenças crônico-degenerativas, no cotidiano dos idosos também se elevou, causando maior preocupação em relação ao envelhecimento populacional (BRASIL, 2007). É, pois, importante prevenir as fragilidades, em particular a funcionalidade dos idosos e a depressão, para que as pessoas cheguem à velhice com independência e qualidade de vida.

Para que isso aconteça há que entender que o envelhecimento natural faz parte do ciclo vital e não é uma causa patológica. Porém, o processo traz alterações morfofisiológicas no organismo humano, que somadas aos fatores externos e ou ao estilo de vida que a pessoa leva, podem surgir algumas doenças, no decorrer do tempo com maior facilidade e elas se tornam mais susceptíveis a adquirir certas doenças. (ROSA, 2007), que são de causas multifatoriais, desenvolvendo-se de maneira silenciosa, o que demanda uma abordagem mais ampla do idoso no momento da assistência integral à saúde.

Dentre essas várias doenças que acometem os idosos está a depressão, considerada, hoje, o mal do século, gerando assim várias especulações sobre o assunto (GAZALLE et al., 2004).

A depressão, na população idosa, está entre as doenças crônicas mais frequentes que aumentam a probabilidade de desenvolver incapacidade funcional e desencadeiam um importante problema de saúde pública, na medida em que inclui tanto a incapacidade funcional do idoso como problemas familiares decorrente da doença (LEITE et al., 2006).

Diante desse contexto, esta pesquisa objetiva realizar uma revisão sistemática da literatura sobre os principais fatores associados à depressão em idosos, no Brasil.

O trabalho está estruturado em quatro tópicos. Primeiramente é apresentada a revisão de literatura, na sequência os procedimentos metodológicos, posteriormente aborda-se os resultados e discussões. Por fim são elencadas as considerações finais da pesquisa.

## **1 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 Depressão em idosos**

Segundo Siqueira (2009), o processo de envelhecimento populacional em curso no país aumenta a frequência de doenças psiquiátricas, entre as quais a depressão, que é a desordem mais comum nesse segmento etário. As taxas de prevalência variam entre 5% e 35%, quando consideradas as diferentes formas e a gravidade da depressão.

Atualmente, para a identificação da depressão, de acordo com referências mais utilizadas internacionalmente, estão os critérios de diagnóstico do *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, que classifica, em escala de sintomas, casos de depressão em maior ou menor grau. Os casos de depressão menor são os mais prevalentes na população idosa. (ROSA, 2007).

A depressão é o problema de saúde mental mais comum na terceira idade, tendo impacto negativo em todos os aspectos da vida e de grande relevância na saúde pública. Entretanto, ainda é comum a atribuição errônea dos sintomas depressivos ao processo de envelhecimento normal, por parte do próprio idoso, dos familiares e de alguns profissionais de saúde (FRANK; RODRIGES, 2006). Os custos associados à depressão, na terceira idade, são grandes, assim como o declínio funcional, estresse familiar, aumento do risco de doenças, piora na recuperação de doenças e morte prematura por suicídio ou outras causas. (FERRARI; DALACORTE., 2007).

Ferrari e Dalacorte (2007) especificam que o humor deprimido ou tristeza não são características principais para o diagnóstico das

síndromes depressivas no idoso. Muitas vezes eles têm dificuldade de verbalizar uma tristeza e apresentam fatores como irritabilidade, falta de sentimentos, emoções, culpa, desamparo, perda do interesse ou prazer em atividades que antes eram consideradas prazerosas. No idoso, a apresentação do quadro nem sempre é típica, manifestando-se como um sintoma somático ou déficit cognitivo. Por este motivo, a avaliação da função cognitiva também deve ser incluída na investigação, visto que o déficit cognitivo é associado com o não relato de sintomas depressivos.

Estudo desenvolvido nos anos 90 colocou a depressão como a 4ª causa específica de incapacitação, numa escala global de comparação entre doenças. As projeções mais recentes indicam que, a partir da década atual, esta será a segunda causa, nos países desenvolvidos e a primeira causa, nos países em desenvolvimento. (BELTRÃO et al., 2011).

Outro estudo realizado com idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família evidenciou que 52% apresentavam sintomatologia depressiva, dos quais 48% com depressão leve ou moderada e 4% de depressão severa (FERNANDES et al., 2010).

Ainda há a necessidade de pesquisas que avaliem as condições de vida e saúde desta população, especialmente no que se refere à associação da depressão com a funcionalidade, visto que os estudos nessa área, com abordagem da população idosa, são escassos na literatura científica.

## **2.2 Fatores associados à depressão**

Segundo Hoffmeister (2008), as causas de depressão variam desde fatores psicossociais, como condições adversas que influenciam o início e a persistência dos episódios depressivos, fatores genéticos e biológicos. Na velhice é frequentemente atribuída a acontecimentos estressantes e negativos.

Segundo o mesmo autor, a depressão é mais frequente entre membros de uma mesma família pois, quando existe o diagnóstico confirmado, pais, irmãos e filhos têm um risco de 10% a 15% de apresentar a doença.

Os sintomas depressivos tendem a predominar entre as



mulheres e em pessoas que apresentam menor escolaridade e renda mensal. (FRANK; RODRIGUES, 2006).

Segundo Oliveira; Oliveira (2006), as mulheres idosas não tiveram a oportunidade de participar ativamente no mercado de trabalho, o que reflete, atualmente, em menor proporção de aposentadas e rendimentos inferiores em comparação aos homens. Devido a esses fatores, ocorre maior dependência econômica de uma parcela das mulheres idosas em relação à família, o que limita sua autonomia. Tais questões explicam, em parte, a maior associação entre a presença de sintomas depressivos em mulheres do que em homens, já comprovado por várias pesquisas, em função da sobrecarga de atividades diárias e longevidade.

Já a convivência com um companheiro, independente do estado civil, é considerada fator protetor para manifestação de sintomas relacionados à depressão (FRANK, et al., 2006).

Os eventos estressores como o luto, dificuldade de estabelecer relações interpessoais, a falta de apoio social e a dependência para realização das atividades diárias também contribuem para a manifestação de sintomas depressivos (MACIEL, et al., 2006).

Segundo o Ministério de Saúde, cabe ao profissional de saúde ficar atento aos idosos que apresentam antecedentes depressivos, doença incapacitante ou que provoque dor, que vivem em condições de abandono ou maus-tratos, os institucionalizados, aqueles que perderam o cônjuge, familiar ou amigo próximo; os que usarem medicamentos como benzodiazepínicos, betabloqueadores, metildopa, reserpina, clonidina, cinarizina, flunarizina, digoxina e esteróides e os etilistas, uma vez que esses são fatores que promovem ou propiciam a depressão, nesta faixa etária (BRASIL, 2006).

### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

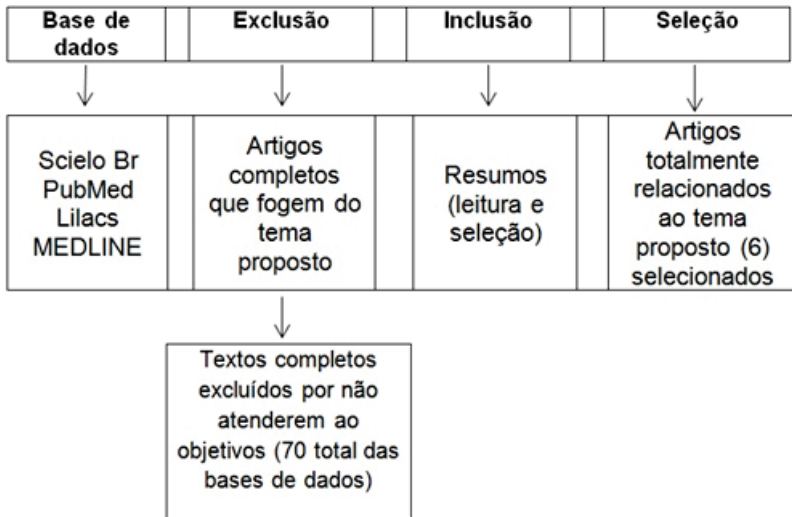
Esta pesquisa fundamenta-se em uma revisão sistemática da literatura, levantando artigos publicados nos últimos 10 anos (2012 a 2021), visando trazer estudos atualizados recentes do tema proposto que é Fatores associados à depressão em idosos no Brasil.

Foram utilizadas quatro bases de dados eletrônicas, escolhidas pelo fato de serem publicações relacionadas às pesquisas em saúde. São elas: Scielo Br, Lilacs, MEDLINE e PubMed. O primeiro procedimento utilizado na pesquisa foi a busca das palavras chaves: fatores associados, idosos, depressão e Brasil. O operador booleano utilizado foi AND em todas as bases de dados. Também foram utilizados filtros como somente língua portuguesa, recorte temporal dos últimos 10 anos (2011 a 2021). A segunda etapa se deu pela exclusão de artigos duplicados, de livros, por eventos e conferências, por títulos que não enquadrados no contexto do estudo e por resumos que também não se enquadraram no tema. Porém em uma base de dados (MEDLINE) não houve êxito alcançado nas palavras-chave.

A busca deu-se em março de 2022. Na base de dados Scielo Br, foram encontrados 9 artigos relacionados às palavras-chaves. Após a leitura dos resumos, foram selecionados 4 artigos que se enquadram no tema e são significativos para a pesquisa. Já na base de dados Lilacs foram encontrados 67 artigos, dos quais foram selecionados apenas 2 relacionados ao tema proposto. Nessa plataforma observou-se que havia vários artigos repetidos, quando comparados à Scielo Br. Na base de dados da PubMed foram localizados 3 artigos e um desses era repetido também na Scielo Br e 2 não se enquadram na temática proposta. Portanto, foram selecionados 6 artigos para avaliação.

A princípio foi organizado um diagrama para classificar as bases de dados, inclusão de resumos, exclusão de artigos que fogem do tema, e pesquisas selecionadas, conforme se observa no diagrama 1:

Diagrama 1- Fluxo de seleção e exclusão dos artigos na revisão



Após a leitura dos 6 artigos, foi feita uma classificação em tabela, para melhor entendimento, análise e registros dos padrões de conclusões, organização dos dados e achados encontrados.

O tema selecionado foi formulado de modo dedutivo, pois os termos identificados estão relacionados aos dados, utilizados pelos autores das pesquisas selecionadas, a partir do referencial teórico.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na tabela 1 são apresentados os artigos selecionados com ano de publicação, autores, amostra, tipo de estudo, procedimento e principais conclusões das pesquisas.

**Quadro 1 - Distribuição das referências incluídas na revisão integrativa, de acordo com ano de publicação, autores, amostra, tipo de estudo, procedimento e principais conclusões**

nº	Ano	Autor	Amostra Populacional	Tipo de estudo	Procedimento	Principais conclusões
1	2020	Carvalho et al.	329 idosos	Estudo Transversal de base populacional	IMC, MOST, percepção de saúde, EDM, e DSM-V	A prevalência de depressão encontrada foi de 8,1% e a maior em indivíduos do sexo feminino (10,3%) Fatores associados: pode ser o uso de diferentes escalas, associação de EDM e eventos potencialmente estressores. Uso de diversos medicamentos.
2	2020	Correa et al.	700 idosos	Estudo transversal e longitudinal	MOST, EDM, EDG-15 e $\chi^2$	Um em cada cinco idosos no estudo sofrem depressão (20%). Maiores riscos para o sexo feminino e baixa renda familiar. Praticar atividade física / lazer protege contra a depressão.
3	2017	Leão, Silva e Moreira	162 homens idosos	Estudo epidemiológico de corte transversal	EGD-15, MEEM, ACL e Odds Ratio - OR	37% sem suspeita de depressão, 58,6% com suspeita de depressão e 4,4% com diagnóstico de depressão. Os dados clínicos quanto à escolaridade, apresentam efeitos significativos e independentes sobre a depressão.
4	2018	Chilloff et al.	552 idosos	Estudo transversal e longitudinal	EGD-15, MEEM, ACL e Odds Ratio - OR	14,2% com prevalências de sintomas depressivos, 11,2% sintomas leves e 3% de sintomas graves. Maior frequência de sintomas depressivos entre as mulheres de baixa escolaridade.
5	2020	Carvalho et al.	127 idosos	Descritivo observacional de corte transversal	WHOQOL, BREF, EDG-15 e MEEM	Os idosos avaliados são internos institucionalizados. 34% não apresentaram sintomas depressivos, 32,28% apresentaram

						sintomas leves e 13,38% sintomas graves, e 58,44% da amostra com sintomas depressivos eram do sexo feminino.
6	2017	Marques et al.	3362 prontuários de pacientes	Estudo transversal e documental, quantitativo e analítico	DSM-IV, teste de qui quadrado e exato de Fisher.	Avaliação de prontuário do Centro de Referência da Saúde do Idoso. A maioria dos prontuários eram de mulheres idosas (72,4%) no acompanhamento. 62% dos diagnósticos com sintomas de depressão são do sexo feminino. De idosos não casados e não alfabetizados foi a prevalência de transtorno depressivo Maior

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

A partir dessa organização foram selecionadas cinco categorias temáticas: 1) prevalência de depressão encontrada; 2) sexo feminino e depressão; 3) medicamento contínuo; 4) percepção de saúde ruim; 5) impacto socioeconômico e baixa escolaridade.

A identificação do primeiro tema, prevalência de depressão encontrada nas pesquisas mostra disparidade nas porcentagens finais, uma vez que os autores fazem as pesquisas em diferentes regiões do Brasil. Alguns idosos são do interior, vivendo em áreas rurais e outros são internos de instituições de longa permanência, questão que torna difícil considerar um parâmetro concreto de análise entre tais grupos. O rastreio de episódio depressivo maior foi de 8% em idosos de uma região rural do sul do Brasil, essa taxa é menor quando comparada com os outros estudos, pois o artigo 2 do quadro mostra 20% de prevalência. É um estudo de base populacional com 700 idosos de Arroio Trinta, em Santa Catarina, afirmando que um em cada cinco idosos sofre de depressão, mostrando a discrepância entre esses dois estudos. Já o artigo 3 analisou somente os homens da região nordeste, mostrou que apenas 4,4% dos homens estudados têm o diagnóstico de depressão maior. Os artigos 5 e 6, analisam idosos institucionalizados e prontuários de idosos atendidos por centro de

referência do norte de Minas Gerais. 13,38% foram diagnosticados com depressão maior e 58,8% também. Esses dois últimos artigos já avaliaram idosos em tratamento para a depressão, caso considerado normal uma vez que essas porcentagens são referentes a uma população já diagnosticada.

O tema 2, sexo feminino e depressão é bem vasto nos estudos, evidenciado em todas as discussões e mostra que as mulheres idosas têm prevalência de depressão em relação aos homens. O artigo 1 chega a 10,4% no sexo feminino, justificando que a mulher tem maior sensibilidade a eventos estressores e privação de estrogênio que influencia na ocorrência da depressão (CORREA, 2020). Os autores do artigo 2 também afirmam que a depressão é maior entre as mulheres e justificam dizendo que é decorrente da sobrecarga de funções de esposa, mãe, cuidadora, educadora, maior taxa de viuvez, sobrevivida e privação de estrogênio da mulher. Outros fatores apontados nas pesquisas relacionadas ao sexo feminino são as mulheres idosas que não participaram do mercado de trabalho, sendo dependentes do cônjuge e de familiares, chegando à velhice, sem rendimentos ou aposentadoria.

As conclusões, nas pesquisas selecionadas, guardam consenso a respeito de medicamentos de uso contínuo em idosos que têm doenças crônicas. Correa et al., (2020) afirmam que idosos que usam esses medicamentos têm cerca de cinco vezes mais chances de desenvolver depressão, pois têm uma percepção negativa da sua saúde e sofrem declínio metabólico no uso de substâncias farmacêuticas. Outro fator que leva à sintomas depressivos é a dependência nas atividades diárias. O declínio visual faz os idosos limitados no seu desempenho e, conseqüentemente, diminui a qualidade de vida MENDES-CHILOFF et al., (2018). Além da acuidade visual que atrapalha a rotina diária dos indivíduos, a hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças respiratórias e cardiovasculares os limitam, trazendo como consequência o isolamento social, situação que gera maior número de agravos e dependência.

Na 4ª categoria temática, percepção de saúde ruim e fatores associados à depressão os autores do 6º artigo citam como um dos fatores determinantes para sintomas depressivos a questão de o idoso

ter consciência da sua condição e limitação, causando um declínio psicológico. O estudo de MENDES-CHILOFF et al., (2018), demonstrou que 11,83% dos idosos avaliam sua saúde como ruim, trazendo como direcionamento que pontos como melhores condições de saúde atuam como um fator de proteção para essas sintomatologias. Os mesmos autores concluem que há uma associação de sintomas depressivos, como perceber a saúde como ruim e disfunções familiares. Os fatores associados à depressão com o declínio da função visual restringem a vida social e limitam o poder de atividades cotidianas e conseqüentemente aumentam as taxas de depressão nesses indivíduos.

A questão da autoavaliação de saúde ser classificada como ruim demonstra um marcador em relação aos sintomas depressivos, tais como o impacto sobre o bem-estar físico, mental e social do idoso. O estudo mostrou que a presença de doenças crônicas é um determinante para a autopercepção de saúde ruim. (MENDES-CHILOFF et al., 2018; CORREA et al., 2020; MARQUES et al.; 2017, e CARVALHO et al., 2020).

E na última categoria impacto socioeconômico e baixa escolaridade os autores do artigo 3 afirmam que os idosos com nenhuma escolaridade tem 90% de chance para desenvolver sintomas depressivos e nos idosos com até 4 anos de estudos a chance é de 2,43% maior em relação aos que tem 5 anos ou mais de estudo, (LEÃO, 2017). O artigo 5 apresenta pesquisa com idosos institucionalizados. Os autores indicam que a baixa escolaridade também é um achado frequente ao se avaliar essas instituições, porém a maioria dos idosos têm até 8 anos de estudo, concluindo que a alta escolaridade é um fator protetivo para depressão. (CARVALHO, 2020). Os autores da pesquisa 2 mencionam que, em decorrência da aposentadoria, a substancial perda do poder aquisitivo, o aumento dos gastos em medicamentos e diminuição dos rendimentos geram ansiedade e preocupações, acarretando o surgimento do quadro depressivo. (GULLICH; DURO; CESAR, 2016).

## 5 CONCLUSÃO

As pesquisas apresentadas nesta revisão focaram diferentes populações do Brasil, algumas em áreas rurais e outras de áreas urbanas de grandes centros, sendo estudo com idosos institucionalizados. Por isso, deve-se considerar as diferenças regionais em cada contexto, uma vez que há heterogeneidade de condições sociais e econômicas, causando disparidade nos resultados.

Idoso com risco de depressão, abordada pelos pesquisadores, mostra que deve haver articulação entre recursos comunitários, apoio familiar e investimentos do sistema de saúde, pois as variáveis associadas ao quadro sugerem encaminhamento para avaliação e tratamentos específicos para idosos diagnosticados com o mal.

As ações das equipes multidisciplinares inseridas nesse contexto devem considerar as características sociodemográficas que estão associadas à depressão (fatores associados): gênero feminino, baixa renda, analfabetismo ou menos de quatro anos de estudo, estado civil casado ou viúvo. A prevalência de risco de depressão foi maior entre as mulheres, dado que aponta a necessidade de que ocorram intervenções com foco principal na mulher, visando confirmação diagnóstica dos casos, estabelecimento do tratamento e acompanhamento dos idosos e familiares.

As ações de saúde visando a prevenção da depressão e de agravos devem estar voltadas para este público mais susceptível. Tendo em vista que a capacidade funcional do ser humano declina com a idade, é necessário planejar estratégias no campo de educação em saúde que melhorem o estilo de vida dos idosos, principalmente em relação a programas que proporcionem oportunidades para desenvolver atividades físicas e promovam hábitos saudáveis.

As dificuldades encontradas na elaboração do estudo foram a baixa quantidade de artigos que abordam o tema, principalmente na área da Psicologia, quando o idoso tem os fatores associados à depressão como hipertensão, diabetes, viuvez, entre outros. Observou-se que, na maioria dos casos trata-se os sintomas com medicamentos, sem encaminhamento do paciente para tratamento psicológico pelo SUS, seja ele individual ou em grupo. Diante desta



percepção torna-se necessário realizar novos estudos focando esta temática para compreender quais são e como determinados fatores influenciam para a ocorrência da depressão na população idosa, de modo a trazer resultados que sirvam de parâmetro para o direcionamento de políticas públicas para reduzir o problema da depressão em idosos, uma vez que, conforme observado, há uma significativa parcela da população idosa brasileira diagnosticada com esse tipo de doença.

## 6 REFERÊNCIAS

BELTRÃO, I.N; SILVA, L.M; ALVES, M.S.C.F, et al. **Sintomatologia da depressão em idosos atendidos em unidades básicas de saúde**. R. pesq.: cuid. fundam. p. 1-8, dez.2011. (ed.supl.):

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**.n°19. Brasília – DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: 2007. (Cadernos de Atenção Básica; n. 19)

CARVALHO, P. F. et al. **Sintomas depressivos e fatores associados em idosos institucionalizados da região metropolitana de Belo Horizonte**. Geriatr., Gerontol. Aging. Belo Horizonte. 14(4): 252-258, Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/hansen/resource/pt/biblio>, acesso em: 18 mar. 2022.

CORRÊA, M. L. et al. **Depressão em idosos de uma região rural do Sul do Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva. Pelotas: v. 25, n. 6, p. 2083-2092, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.18392018>, acesso em: 18 mar. 2022.

FERNANDES, M. G. M.; NASCIMENTO, N. F. S.; COSTA, K. N. F. M. **Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde**. Revista Rene, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 19-27, 2010.

FERRARI, J. F; DALACORTE, R. R. **Uso da escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados**. Scientia Medica, Porto Alegre: v. 17, n. 1, p. 3-8, jan./mar. 2007.

FRANK, M. H.; RODRIGUES, N. L. **Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio.** In: FREITAS, E.V. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 376-387.

GAZALLE, F. K; HALLAL, P. C; LIMA, M. S. **Depressão na população idosa: os médicos estão investigando?** Rev. Bras. Psiquiatria. 2004. 26 (3): 145-9.

GULLICH,I.; DURO. S. M. S.; CESAR, J. A. **Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil.** Revista Brasileira de Epidemiologia. Pelotas: v. 19, n. ???, p. 691-701, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040001>, acesso em: 18 mar. 2022.

HOFFMEISTER, I. Z. **Políticas Saúde do Idoso - um estudo em instituições de longa permanência sob a perspectiva da funcionalidade como parâmetro de saúde.** Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Política Social. Pelotas, 2008.

LEÃO, R. C. H; SILVA, V. L. M.; MOREIRA, R. S. **Análises de classes latentes: um novo olhar sobre o fenômeno depressão em homens idosos no nordeste do Brasil.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Recife. v. 20, n. 6, p. 814-825, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160159>, acesso em: 18 mar. 2022.

LEITE, V.M. M. et al., **Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade -** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recif., 6 (1): p. 31-38, jan. / mar. 2006.

MACIEL, A. C. C.; GUERRA, E. O. **Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no nordeste do Brasil.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 55, n.1, p. 26-33, 2006.

MARQUES, J. F. S. et al. Transtorno depressivo maior em idosos não institucionalizados atendidos em um centro de referência. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1046743>, acesso em: 18 mar. 2022.

MENDES-CHILOFF, C. L. et al. **Sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados (Estudo SABE)**. Revista Brasileira de Epidemiologia. São Paulo: v. 21, n. Supl. 02, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180014.supl.2>, acesso em: 18 mar. 2022.

OLIVEIRA, D. A. A. P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R. F. **Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 734-6, 2006.

ROSA, P. V. **Estudo sobre os fatores associados à depressão em idosos da comunidade de Barra Funda – RS** [tese de doutorado]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul; 2007.

Esta coletânea retrata preocupações do tempo atual. Reúne textos elaborados por acadêmicos e professores do Curso de Especialização em Gestão de Saúde da Universidade Estadual do Centro-Oeste, Unicentro, que trazem os resultados de trabalhos teóricos e empíricos versando sobre a gestão e a avaliação de políticas públicas de saúde no Brasil e no Paraná.



apprehendere  
editora