

Saúde pública e saúde coletiva:

Núcleo de saberes e práticas 2



Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti
(Organizadora)

Atena
Editora
Ano 2022

Saúde pública e saúde coletiva:

Núcleo de saberes e práticas 2



Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti
(Organizadora)

Atena
Editora
Ano 2022

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremonesi

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-Não-Derivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás



Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof^o Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Prof^o Dr^a Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^o Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^o Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^o Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^o Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Prof^o Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^o Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^o Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Prof^o Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^o Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
Prof^o Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^o Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^o Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^o Dr^a Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Prof^o Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
Prof^o Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^o Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



Saúde pública e saúde coletiva: núcleo de saberes e práticas 2

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Yaidy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadora: Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S255 Saúde pública e saúde coletiva: núcleo de saberes e práticas 2 / Organizadora Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0607-5

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.075221910>

1. Saúde pública. 2. Saúde coletiva. I. Cavalcanti, Soraya Araujo Uchoa (Organizadora). II. Título.

CDD 362.1

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br



DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



APRESENTAÇÃO

A coletânea *Saúde pública e saúde coletiva: Núcleo de saberes e práticas 2* é composta por 26 (vinte e seis) capítulos produtos de pesquisa, revisão integrativa, relato de experiências, estudo de caso, dentre outros.

O primeiro capítulo da coletânea aborda as compreensões históricas da saúde no Brasil, processos e legislação vinculados. O segundo capítulo discute os desafios da regulação em saúde na produção do cuidado na atual conjuntura. O terceiro capítulo, por sua vez, apresenta os resultados da pesquisa acerca da adequação das atividades de controle da esquistossomose desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde.

O quarto capítulo, discute saúde pública e psicanálise no atual contexto da pandemia de Covid-19. O quinto capítulo discute as possíveis causas do Body Identity Integrity Disorder e as estratégias utilizadas para a amputação desse(s) membro (s). O sexto capítulo, por sua vez, apresenta a experiência vinculada a busca ativa de pacientes em acompanhamento em um CAPSad durante o período pandêmico.

O sétimo capítulo discute os resultados da pesquisa acerca dos desafios para implementar campanhas de prevenção de câncer de próstata. O oitavo capítulo discute os resultados do estudo acerca do rastreamento do câncer de próstata. O nono capítulo, por sua vez, avalia a morbimortalidade por câncer de próstata nas diferentes regiões brasileiras.

O décimo capítulo, discute a influência dos fatores socioeconômicos nos determinantes de mortalidade feminina relacionadas ao câncer de mama. O décimo primeiro capítulo discute as ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros e demais integrantes da equipe de enfermagem com pacientes oncológicos e seus familiares. O décimo segundo capítulo, por sua vez apresenta a vivência dos Residentes Multiprofissionais em Saúde Coletiva na produção de Educação em Saúde numa Unidade de Saúde da Família em sala de espera educativa.

O décimo terceiro capítulo, apresenta a experiência vinculado à realização do curso 'educação em saúde no processo de envelhecimento' uma atividade integrante de um programa de extensão universitária. O décimo quarto capítulo discute a atenção à saúde para pessoas travestis e transexuais brasileiras na atual conjuntura. O décimo quinto capítulo, por sua vez, discute o atendimento à família no cotidiano de trabalho do profissional da Enfermagem no contexto da atenção básica.

O décimo sexto capítulo discute o manejo da asma no período gestacional e os possíveis efeitos e complicações vinculadas. O décimo sétimo capítulo, apresenta os resultados de avaliações sistemáticas da possibilidade de o transtorno do espectro autista possuir origem genética. O décimo oitavo capítulo, por sua vez, apresenta os resultados da pesquisa acerca da equivalência farmacêutica entre comprimidos referência, genéricos e similares de hidroclorotiazida.

O décimo nono capítulo, discute as implicações da Monkeypox na saúde da criança. O vigésimo capítulo apresenta o perfil epidemiológico da sífilis adquirida no período de 2011 a 2021 no Estado do Tocantins. O vigésimo primeiro capítulo, por sua vez, discute a prevalência da sepse em crianças menores de 1 ano na região Sudeste. O vigésimo segundo capítulo, por sua vez, apresenta o processo de implantação do Projeto Integrador do Ensino de Enfermagem.

O vigésimo terceiro capítulo analisa a eficácia das terapias adjuvantes à hipotermia terapêutica. O vigésimo quarto capítulo, apresenta a sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente no perioperatório. O vigésimo quinto discute as temáticas saúde mental e trabalho numa perspectiva psicodramática. E finalmente, o vigésimo sexto capítulo que discute os motivos vinculados à não realização de pré-natal conforme o preconizado pelo Programa de Humanização ao Pré Natal do Ministério da Saúde.

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

COMPREENSÕES HISTÓRICAS DA SAÚDE NO BRASIL

Erivanderson Ferreira Santos Silva
Ágata Silva dos Santos
Claudia Edlaine da Silva
Ítalo Souza Ferreira
Flávia Virgínia Vasconcelos Peixoto
Gabriela de Almeida Silva
Kamilla Pontes Azevedo
Roberta Adriana Oliveira Estevam
Taynara Laízza dos Santos
Roberto da Silva Bezerra
Márcia Jacqueline de Jesus Guimarães
Vanessa Ferry de Oliveira Soares

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0752219101>

CAPÍTULO 2..... 14

GESTÃO EM SAÚDE: DESAFIOS DA REGULAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE NA PRODUÇÃO DO CUIDADO

Daniel Martins Borges
Talita Fernanda Soares Freitas Andrade
Ana Carolina Andrade Penha
Giovanna Estulano Vieira
Gustavo Rodrigues Muraishi

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0752219102>

CAPÍTULO 3..... 28

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE CONTROLE DA ESQUISTOSSOMOSE REALIZADAS POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE PERNAMBUCO, BRASIL

Emília Carolle Azevedo de Oliveira
Constança Simões Barbosa
Louisiana Regadas de Macedo Quinino

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0752219103>

CAPÍTULO 4..... 44

A PSICANÁLISE EM TEMPOS DE PANDEMIA: O NOVO CORONAVÍRUS E A SAÚDE COLETIVA

Adelcio Machado Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0752219104>

CAPÍTULO 5..... 57

BODY IDENTITY INTEGRITY DISORDER (BIID): O COMPLEXO EM SER INCOMPLETO

Maria Valéria Chaves de Lima
Perla Silva Rodrigues

Janaina Maciel de Queiroz
Thaina Jacome Andrade de Lima
Helida Lunara de Freitas Aquino
Lauana Cristina Chaves Ferreira
Kalyane Kelly Duarte de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0752219105>

CAPÍTULO 6..... 68

BUSCA ATIVA E VISITA DOMICILIÁRIA COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA PANDEMIA

Elienai de Farias Gama Siqueira
Maria Regina Camargo Ferraz Souza
Marcia Aparecida Ferreira de Oliveira
Sayuri Tanaka Maeda
Cristiano Rodrigues da Mota
Denise Cristina Matheiski Alkmim

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0752219106>

CAPÍTULO 7..... 77

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA SOB A PERSPECTIVA DA AGENDA 2030

Claudia Ayres Cunha de Souza
Cybele Cândido de Souza
Micheli Patrícia de Fátima Magri

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0752219107>

CAPÍTULO 8..... 89

CONSIDERAÇÕES ATUAIS SOBRE O RASTREAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

Averaldo Junior Braga Roque
Mariana Melo Martins
Vitor Augusto Ferreira Braga
Júlia Braga Roque
Alanna Simão Gomes Saturnino

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0752219108>

CAPÍTULO 9..... 99

MORBIMORTALIDADE POR CÂNCER DE PRÓSTATA NAS REGIÕES BRASILEIRAS NO PERÍODO DE 2016 A 2020

Lizandra de Farias Rodrigues Queiroz
Márcia Alencar de Medeiros Pereira
Ana Cristina Rodrigues Luna e Silva
Giovanna Raquel Sena Menezes
Audimere Monteiro Pereira
Martapolyana Torres Menezes da Silva
Rosângela Vidal de Negreiros
Juliana Dias Pereira de Sousa
Marta Lucia Cruz de Andrade

Érida Oliveira Gonçalves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0752219109>

CAPÍTULO 10..... 111

INFLUÊNCIA DOS FATORES SOCIOECONÔMICOS NA MORBIMORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA NO PERÍODO DE 2017 A 2021

Lizandra de Farias Rodrigues Queiroz

Giovanna Raquel Sena Menezes

Martapolyana Torres Menezes da Silva

Ana Cristina Rodrigues Luna e Silva

Márcia Alencar de Medeiros Pereira

Juliana Dias Pereira de Sousa

Audimere Monteiro Pereira

Rosângela Vidal de Negreiros

Marta Lucia Cruz de Andrade

Érida Oliveira Gonçalves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191010>

CAPÍTULO 11 120

PACIENTES ONCOLÓGICOS E SEUS FAMILIARES: UM OLHAR EDUCACIONAL DA ENFERMAGEM

Pamela Nery do Lago

Raquel Resende Cabral de Castro e Silva

Sandra Patrícia Duarte

Juliana da Silva Mata

Natália Borges Pedralho

Ronaldo Antônio de Abreu Junior

Juliana Raquel Maciel do Nascimento

Paula Moraes Rezende

Sandra Martins de França

Martapolyana Torres Menezes da Silva

Daniela de Sousa Azeredo

Kiwisunny Galvão Franzoi

Karla Patrícia Figueirôa Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191011>

CAPÍTULO 12..... 130

AÇÕES EDUCATIVAS E MULTIPROFISSIONAIS COMO ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

Pedro Victor Landim Ribeiro

José Thiago Alves de Sousa

Ana Paula Pinheiro da Silva

Hedilene Ferreira de Sousa

Ademar Maia Filho

Valdília Ribeiro de Alencar Ulisses

Fernanda Ribeiro da Silva

Davy Deusdeth Timbó Magalhães Sobrinho

Micael Sampaio da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191012>

CAPÍTULO 13..... 140

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: REFLEXÕES SOBRE A PRÁXIS EXTENSIONISTA

Renata Orlandi

Evelyn Schweitzer de Souza

Vitória Helena Silva Santos

Anderson da Silva Honorato

Camila Elizandra Rossi

Edilaine Aparecida Vieira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191013>

CAPÍTULO 14..... 153

REFLEXÕES SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE PARA PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS

Rafael Rodolfo Tomaz de Lima

Luiz Roberto Augusto Noro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191014>

CAPÍTULO 15..... 163

A PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA COMO UM FARDO

Luana Gesser

Sabrina Zimmermann

Daniela Priscila Oliveira do Vale Tafner

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191015>

CAPÍTULO 16..... 173

MANEJO DA ASMA NA GESTAÇÃO: POSSÍVEIS EFEITOS DA VITALIDADE FETAL E AS COMPLICAÇÕES MATERNO-FETAIS

João Felipe Tinto Silva

Sabina Dias Rangel

Marcia Lais Fortes Rodrigues Mattos

Bruna Saraiva Carvalho

Gisele Cristina Calixto Tonatto

Ana Claudia Koproski

Tayane Moura Martins

Maria Júlia dos Santos Catunda

Gustavo Henrique dos Santos Soares

Regina Ferreira dos Santos Linhares

Lyanne Isabelle Fonteneles Oliveira

Geovana Maria Rodrigues de Sousa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191016>

CAPÍTULO 17..... 184

LIGAÇÃO GENÉTICA NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UMA REVISÃO

NARRATIVA

Larissa Eduarda Munhoz Lourenço
Zenaide Paulo Silveira
Adriana Maria Alexandre Henriques
Lisiane Madalena Treptow
Ana Paula Narcizo Carcuchinski
Denise Oliveira D'Ávila
Márcio Josué Trasel
Morgana Morbach Borges
Mari Nei Clososki da Rocha
Flávia Giendruczak da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191017>

CAPÍTULO 18..... 196

ANÁLISE DA QUALIDADE DE COMPRIMIDOS DE HIDROCLOROTIAZIDA: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE REFRÊNCIA, GENÉRICO E SIMILAR

Flavia Scigliano Dabbur
Joyce Cavalcante Brandão
Larissa Albuquerque Leandro
Ingrid Ferreira Leite
Crisliane Lopes da Silva
José Marcos dos Santos Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191018>

CAPÍTULO 19..... 215

O IMPACTO DA MONKEYPOX NA SAÚDE DA CRIANÇA

Jhéssica Mariany Mendes Santos
Gabriella Dias Gomes
Bruna Emanuelle Santos
Larissa Ariella Gonçalves Almeida
Hilária Augusto Lopes Vieira
Vanessa Soares Pereira
Micaelle Souza Santos
Kamilla de Oliveira Santos
Laura Fabiana Rodrigues Araújo
Raquel de Sousa Oliveira
Erika Damasceno Ruas
Iara Vitória Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191019>

CAPÍTULO 20..... 224

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE SÍFILIS ADQUIRIDA NO ESTADO DE TOCANTINS 2011-2021

Adriana Monteiro da Silva Costa
Anderson Luís Santos Azevedo
Beatriz Vieira Rodrigues
Davyl Bezerra Viana

João Pedro Martins Pedrosa da Cunha
Marcos Vinícius Nunes de Barros
Maria Eduarda Milhomem Neves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191020>

CAPÍTULO 21.....232

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DA SEPSE EM CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO NA REGIÃO SUDESTE ENTRE 2010 A 2019

Maria Luiza Cordeiro Campos
Ivana Picone Borges de Aragão

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191021>

CAPÍTULO 22.....244

PROJETO INTEGRADOR NO ENSINO DE ENFERMAGEM: UM OLHAR SOBRE A OBESIDADE E A DESNUTRIÇÃO NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

Cristiano Rodrigues da Mota
Anelvira de Oliveira Florentino
Elienai de Farias Gama Siqueira
Italo Frizo
Kayo Augusto Saladin Pacher
Rodrigo Leal
Selma Eva Silvério

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191022>

CAPÍTULO 23.....256

TERAPIAS NEUROPROTETORAS ADJUVANTES NA ENCEFALOPATIA HIPÓXICO-ISQUÊMICA NEONATAL

Brenda Alves Fernandes
Luiz Felipe Alves Fernandes
Eithor Henrique Siqueira
Guilherme Lima Weksler
João Vitor Romão Neto Mury de Aquino
Juliana Alves Costa
Carlos Alberto Bhering

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191023>

CAPÍTULO 24.....267

SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO A PESSOA ADULTA NO PERIOPERATÓRIO

Fernanda Matheus Estrela
Anderson dos Santos Barbosa
Tania Maria de Oliveira Moreira
Fabiana Costa da Silva
Juliana Marques Dourado Viena
Juliana dos Reis Naponuceno de Oliveira
Tamara Angélica da Rocha
Celeste da Silva Carneiro
Alisson Cunha Lima

Ithana Queila Borges Pizzani Ferreira
Sheyla Santana de Almeida
Sanmara Souza Pedreira Lima
Yanne Mello Rusciolelli Nunes
Aline Quelle Reis Silva
Ana Cleide da Silva Dias
Emile Aquino Pinheiro
Naiara Costa Salvador Ribeiro da Silva
Bruna Costa Leal
Larissa Lima dos Santos
Periana Mota de Oliveira
Caroline dos Santos Pinto de Oliveira
Gabriel Brasil Gil
Carleone Vieira dos Santos Neto
Andréia de Jesus Soares
Raquel Carvalho Lima
Paulo de Tarso Jambeiro Brandão
Valquíria de Araújo Hora
Felipe Teclo Moreira
Annessa Adryelle Souza Pereira
Lucas Coleta dos Reis Alves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191024>

CAPÍTULO 25..... 281

SAÚDE MENTAL E TRABALHO: UMA LEITURA PSICODRAMÁTICA

Davi Oliveira Bizerril
Jardel dos Santos Albuquerque
Mariana Vieira de Melo Bezerra
Germana Alves dos Santos
Maria Salete Bessa Jorge

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191025>

CAPÍTULO 26..... 320

MOTIVOS PARA A BAIXA ADESÃO AO PRÉ-NATAL

Telma da Silva Machado
Adriana Maria Alexandre Henriques
Simone Thais Vizini
Paulo Renato Vieira Alves
Ana Paula Narcizo Carcuchinski
Morgana Morbach Borges
Márcio Josué Träsel
Denise Oliveira D'Ávila
Flávia Giendruczak da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.07522191026>

SOBRE A ORGANIZADORA..... 330

ÍNDICE REMISSIVO..... 331

CAPÍTULO 2

GESTÃO EM SAÚDE: DESAFIOS DA REGULAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE NA PRODUÇÃO DO CUIDADO

Data de aceite: 03/10/2022

Daniel Martins Borges

Mestre em Desenvolvimento Regional– Uni-FACEF

Talita Fernanda Soares Freitas Andrade

Médica Docente- Uni-FACEF

Ana Carolina Andrade Penha

Graduanda em Medicina- Uni-FACEF

Giovanna Estulano Vieira

Graduanda em Medicina- Uni-FACEF

Gustavo Rodrigues Muraishi

Graduando em Medicina- Uni-FACEF

RESUMO: O presente artigo trata dos desafios da regulação em saúde na produção do cuidado, que tem por objetivo integrar os sistemas em saúde. A partir da constituição de 1988 até os dias de hoje, a regulação da atenção em saúde passou por várias alterações até o modelo atual. Este estudo se justifica pela enorme complexidade do modelo atual da saúde, o que torna necessário conhecimento das atuais gestões sobre o sistema. Tendo como objetivo reconhecer a regulação como ferramenta e instrumento para gestores e usuários. Trata-se de uma pesquisa descritiva, embasada em uma revisão de literatura cujo o método permite uma análise de vários estudos já publicados. Pôde-se analisar no presente estudo que os sistemas de regulação em saúde são ferramentas de apoio a gestão, e que a regulação de sistemas de saúde

possibilita um direcionamento das atividades de acordo com as necessidades da população, contemplando toda sua abrangência, mas existem ainda muitos desafios nesse caminho.

PALAVRAS-CHAVE: Regulação de sistemas, gestão em saúde, rede de atenção.

ABSTRACT: This article deals with the challenges of health regulation in the production of care, which aims to integrate health systems. From the constitution of 1988 to the present day, the health care regulation has undergone several changes until the current model. This study is justified by the enormous complexity of the current health model, which makes it necessary to know the current management of the system. Aiming to recognize regulation as a tool and instrument for managers and users. This is descriptive research, based on a literature review whose method allows an analysis of several published studies. It was possible to analyze in the present study that the health regulation systems are tools to support management and that the regulation of health systems makes it possible to direct activities according to the needs of the population, covering all its scope, but there are still many challenges along the way.

KEYWORDS: Systems regulation, health management, care network.

1 | INTRODUÇÃO

A promulgação da Constituição Federal de 1988 estabelece, a partir do artigo 196, um dos capítulos mais importantes para a Saúde Pública no país, pois declara que “a saúde é

direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas”. Dessa forma, ocorre um direcionamento para uma rede hierarquizada e regionalizada de saúde. O direito à saúde mereceu destaque especial na Constituição Federal, que a qualificou como um direito social (art. 6º), consagrando-a como um direito humano fundamental. A Lei Maior instituiu a responsabilidade comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios para implementarem as políticas públicas (CF, art. 23, II), com atendimento integral (art. 198, II). Essas garantias foram todas reafirmadas pelo art. 2º da Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/1990).

A Constituição Federal orienta a organização dos serviços públicos de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada de forma descentralizada, com direção única “em cada esfera de governo”, tudo para propiciar o atendimento integral.

A Carta da República (Brasil, 1988) impôs aos Municípios a responsabilidade de principal prestador direto dos serviços de atendimento à saúde (CF, art. 30, VII) impondo-lhes enorme sacrifício financeiro, mas não dispensa a cooperação técnica e financeira dos Estados e da União.

Oriundo de movimentos sociais, criou-se o (SUS), cuja lei 8080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e reafirma o papel formador do então novo sistema público de saúde do país, quando descreve a ordenação da formação de recursos humanos como campo de destaque de atuação para o setor.

A regulação visa integrar, não substituir, a natureza da coesão social, como um meio de controle nos sistemas de saúde, ela provoca a estabilidade do sistema, que é resultado dos valores sociais assumidos em cada sistema de saúde, entretanto, não é uma questão somente de interferências técnicas, mas uma questão gerencial com pontos fixos de referenciamentos e diversas linhas de cuidados que transitam entre os espaços de ação.

Os equipamentos de saúde ocupam diversas tecnologias e, portanto, complexidades, tendo em comum a atenção primária, a mais complexa, que além de ser porta preferencial de entrada para os diversos serviços coordena o cuidado na rede assistencial de saúde.

Para o setor saúde, a atenção primária é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidados e gestão, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (MENDES, 2010).

Algumas características do processo de trabalho das equipes de Atenção Primária fazem referência direta ao processo de territorialização, como forma de planejamento das ações direcionadas à população, como: 1- definição do território de atuação e população sob responsabilidade dos equipamentos e equipes de saúde; 2- programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde, segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência; 3- provimento

da atenção integral, contínua e organizada à população adscrita (MENDES, 2010).

Uma vez que o processo de regionalização já havia sido disparado nos anos anteriores, a Política Nacional de Regulação se preocupou em considerar a complexidade de cada município, e forneceu, então, ferramentas para o fortalecimento das ações que já vinham sendo desenvolvidas, promovendo a implantação de novos complexos reguladores nos estados e municípios, ampliando o volume de serviços regulados e qualificando as ações de regulação.

A fim de dar conta da complexidade e abrangência, a Política Nacional de Regulação apresentou três dimensões: Regulação de sistemas de saúde; Regulação da atenção à saúde; Regulação do acesso à assistência (BRASIL, 2008).

A tradução das ações de regulação em três conceitos distintos foi a grande aposta. Conforme descrito pela Portaria:

a) Regulação de Sistemas de Saúde que

[...] tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo à partir dos princípios e diretrizes do SUS, macro diretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância destes sistemas (BRASIL, 2008).

b) Regulação da Atenção à Saúde:

Exercidas pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde, tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção de ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos, seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macro diretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada Regulação Assistencial e controle de oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência no âmbito do SUS (BRASIL, 2008).

c) Regulação do Acesso à Assistência:

Também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2008).

As três dimensões auxiliam na sustentação da complexidade técnica e do conjunto de ações que estão envolvidos no ato de fazer regulação proposto na Política. A política fortalece também a ideia de uma estrutura central na gestão, instituindo este lugar de forma “legítima” e necessária dentro das estruturas municipais e estaduais.

2 | JUSTIFICATIVA

Diante da realidade administrativa em saúde, em que os recursos estão cada vez mais escassos, motivados por uma crise financeira de grande relevância no “setor saúde”, o perfil humano da gestão deve alterar-se, de modo sistemático e dinâmico, antepondo ações primárias com olhar centrado no indivíduo, na família, na comunidade e na saúde, sobretudo nos sistemas de regulação de serviços de saúde, considerando o acesso dos usuários que devem ser efetivados de forma equânime (BRASIL, 1990).

Uma das maiores dificuldades na implementação de Políticas Públicas diz respeito à dificuldade dos profissionais atenderem a esta nova realidade, rompendo com o modelo tradicional. É necessário, portanto, o conhecimento da gestão acerca do conceito ampliado de regulação de serviços de saúde. Neste sentido justifica-se o interesse pelo tema, que ao observarmos a construção colegiada entre gestor, equipe interdisciplinar e usuários, compondo a rede de saúde, desconhecem a prática de gestão, fundamentados em sistemas de regulação (BRASIL, 2008).

Além de demonstrar a comunidade científica que a aplicabilidade do conceito de regulação implica em um poderoso instrumento de gestão na implementação de políticas públicas.

3 | OBJETIVO GERAL

- Reconhecer a regulação como ferramenta, instrumento de gestão e auxílio para gestores municipais em saúde.

3.1 Objetivos específicos

- Caracterizar ações e serviços que compõem a rede de atenção;
- Identificar as fragilidades e potencialidades da regulação em saúde;
- Ofertar uma revisão sistemática do conceito de regulação de sistemas de saúde e sua importância para gestão.

4 | METODOLOGIA

O presente projeto inscreve-se na linha de pesquisa descritiva de caráter qualitativo. Dada a natureza do objeto, aplicado e exploratório realizou-se uma revisão de literatura, cujo método permitiu a síntese de vários estudos já publicados em revistas científicas, informes técnicos e legislações, pautados nos achados apresentados pelas pesquisas, resultando em uma análise ampliada e visualização de lacunas existentes. Apresenta perspectivas bibliográfica e histórica (MARCONI; LAKATOS, 1996).

O enfoque qualitativo deste trabalho, o pesquisador é o instrumento-chave, o ambiente é a fonte direta dos dados, não requer o uso de técnicas e métodos estatísticos,

têm caráter descritivo, o resultado não é o foco da abordagem, mas sim o processo e seu significado, ou seja, o principal objetivo é a interpretação do fenômeno objeto de estudo (CHIZZOTTI, 2011). Com enfoque holístico, examinaremos apenas a natureza global da regulação de serviços de saúde.

Neste estudo, será considerado a portaria como face formal da política. A partir de levantamento documental baseado nas portarias que definem e embasam a Política de Regulação em Saúde entre os anos de 2008 e 2010, complementado com o posicionamento de atores envolvidos, foram eleitos alguns componentes para análise comparativa desta política, acompanhando seu comportamento, expresso nas noções de continuidade, descontinuidade e agregação sofridas no processo de gestão até os dias atuais.

Em razão do objeto, foram considerados como dimensões da análise comparativa da legislação: a) Conceitos-chave, princípios e diretrizes gerais para a regulação de serviços de saúde; b) Aspectos organizativos e funcionais das equipes / unidades de saúde; c) Gestão e Financiamento.

A utilização de documentos públicos como fontes, neste estudo, dispensará avaliação por comitê de ética. As análises ou interpretações apresentadas são de responsabilidade dos autores. Estas, por sua vez, são resultados das combinações de análises de políticas com uma análise de conteúdo de base temática.

5 | ATENÇÃO À SAÚDE

Atenção à saúde é a conformação que o sistema de saúde, público e/ou particular (saúde suplementar), assumem como estratégias de gestão e práticas assistenciais em resposta às necessidades da população. A organização do Sistema Único de Saúde (SUS) responde aos ditames da Constituição Federal de 1988, efetivada como Política Pública com a Lei 8080 de 1990. Em nosso país, a atenção assume uma estrutura interligada de saúde e está assentada em três pilares: rede (integração dos serviços Inter federativos), regionalização (região de saúde) e hierarquização (níveis de organização dos serviços). Esses são os pilares que sustentam o modelo de atenção à saúde, conforme dispõe o art. 198 da Carta Magna.

A compreensão do termo atenção à saúde remete tanto a processos históricos, políticos e culturais, que expressam disputas por projetos no campo da saúde, quanto à própria concepção de saúde sobre o objeto e os objetivos de suas ações e serviços, isto é, o que é e como devem ser as ações e os serviços de saúde, assim como a quem se dirigem, sobre o que incidem e como se organizam para atingir seus objetivos.

O modelo biomédico, estruturado durante o século XIX, associa doença à lesão, reduzindo o processo saúde-doença à sua dimensão anatomofisiológica, excluindo as dimensões histórico-sociais, como a cultura, a política e a economia e, conseqüentemente, localizando suas principais estratégias de intervenção no corpo doente. Por outro lado,

desde o final do século XIX, o modelo preventivista expandiu a teoria microbiológica da doença para as populações, constituindo-se como um saber epidemiológico e sanitário, visando à organização e à higienização dos espaços humanos (BRASIL, 2011).

No Brasil, os modelos de atenção podem ser compreendidos em relação às condições socioeconômicas e políticas produzidas nos diversos períodos históricos de organização da sociedade brasileira (MENDES, 2010).

O modelo campanhista – influenciado por interesses agroexportadores no início do século XX – baseou-se em campanhas sanitárias para combater as epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola, implementando programas de vacinação obrigatória, desinfecção dos espaços públicos e domiciliares e outras ações de medicalização do espaço urbano, que atingiram, em sua maioria, as camadas menos favorecidas da população. Esse modelo predominou no cenário das políticas de saúde brasileiras até o início da década de 1960 (BRASIL, 2011).

Nesse mesmo processo, o modelo campanhista da saúde pública, pautado pelas intervenções na coletividade e nos espaços sociais, perde terreno e prestígio no cenário político e no orçamento público do setor saúde, que passa a privilegiar a assistência médico-curativa, a ponto de comprometer a prevenção e o controle das endemias no território nacional.

Ao final da década de 1970, diversos segmentos da sociedade civil – entre eles, usuários e profissionais de saúde pública (BRASIL, 2011), insatisfeitos com o sistema de saúde brasileiro iniciaram um movimento que lutou pela ‘atenção à saúde’ como um direito de todos e um dever do Estado. Este movimento ficou conhecido como Reforma Sanitária Brasileira e culminou na instituição do SUS, por meio da Constituição de 1988 e posteriormente regulamentado pelas Leis 8.080/90, chamadas de Lei Orgânica da Saúde.

A partir da concepção ampliada do processo saúde-doença, a atenção à saúde intenta conceber e organizar as políticas e as ações de saúde numa perspectiva interdisciplinar, partindo da crítica em relação aos modelos excludentes, seja o biomédico curativo ou o privatista (BRASIL, 2015).

A complexidade dos problemas de saúde requer, para o seu enfrentamento, a utilização de múltiplos saberes e práticas. O sentido da mudança do foco compartimentado, onde as especialidades imperam para serviços e ações de saúde com visualização às necessidades individuais e coletivas, portanto para o cuidado, implica a produção de relações de acolhimento, de vínculo e de responsabilização entre os trabalhadores e a população, reforçando a centralidade do trabalho na equipe interdisciplinar.

Numa dimensão ético-política, isto significa afirmar que a atenção à saúde se constrói a partir de uma perspectiva múltipla, interdisciplinar e, também, participativa, na qual a intervenção sobre o processo saúde-doença é resultado da interação e do protagonismo dos sujeitos envolvidos: trabalhadores e usuários que produzem e conduzem as ações de saúde (MENDES, 2015).

Atualmente, uma nova agenda política está colocada no contexto da saúde – a da construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). As RAS são sistematizadas para responder as condições específicas de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimentos (MENDES, 2015), que implica a continuidade e a integralidade da atenção à saúde nos diferentes níveis Atenção Primária, Secundária e Terciária (MENDES, 2015).

O funcionamento das Redes de Atenção à Saúde pressupõe uma articulação entre todos os pontos de atenção, em que a Atenção Primária à Saúde ocupa papel importante na coordenação e continuidade do cuidado, mediante critérios de regionalização definidos, a partir dos territórios de saúde.

Segundo Mendes (2015), a administração da RAS no SUS assume um quadro institucional mais amplo de federalismo brasileiro, que consiste numa inter-relação cooperativa entre as três esferas de governo. As instituições, nesse quadro de gestão compartilhada e participação social, interagem de forma complexa, com a presença de mecanismos de controle social, presentes nos municípios na forma de Conselhos de Saúde e pactuação entre os gestores, determinando a configuração da tomada de decisão das políticas públicas em todas as instâncias de gestão. No âmbito municipal, nos dias atuais, ocorre um movimento de reorganização de serviços de saúde a partir da proposta de Redes de Atenção à Saúde, com resultados significativamente diferentes dos modelos anteriores. Esta nova lógica requer posicionamento de gestores, adaptações ao modelo atual, formação permanente, reestruturação da oferta de serviços com investimentos em resultados e agregação de valores aos usuários e, sobretudo, requer novas práticas profissionais na atenção à saúde compartilhada entre seus colaboradores.

5.1 Políticas públicas e de saúde

Compreende-se por Políticas Públicas um conjunto de ações e decisões do Governo, voltadas para a solução de problemas da sociedade (SEBRAE/MG, 2008).

Políticas Públicas também são compreendidas como a totalidade de ações, metas e planos que os governos, em cada esfera administrativa, organizam para alcançar o bem-estar social e o interesse público (SEBRAE/MG, 2008).

Ocorre que, por vezes, o bem-estar social é definido pelo governo e não pela sociedade. Isto ocorre porque não consegue se expressar de forma integral e seus governantes não asseguram espaços de fala para os usuários, o que atribuímos como controle social.

Políticas Públicas são o resultado da competição entre os diversos grupos ou segmentos da sociedade que buscam assegurar seus interesses (SEBRAE/MG, 2008).

As Políticas Públicas de Estadistas são conceituadas como as ações do Estado

perante as demandas da população (HOWLETT; HAMESH; PERL, 2013). O gestor de saúde e sua equipe devem implantar e/ou aperfeiçoar as estratégias de cuidado junto ao desenvolvimento das ações e serviços de saúde, necessitando de conhecimento científico e técnico sobre gestão em saúde.

Os gestores do SUS são responsáveis pela criação de métodos que garantam a eficácia e a eficiência dos serviços de saúde e estes enfatizam que o planejamento é de grande importância para a qualidade das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2015).

O processo de formulação, implementação de Políticas Públicas e gerenciamento, também chamado de Ciclo das Políticas Públicas, apresenta diversas fases, sendo a primeira, formação da agenda (Seleção das Prioridades); segunda, formulação de políticas (Apresentação de Soluções ou Alternativas); terceira, processo de tomada de decisão (Escolha das Ações); quarta, implementação (ou Execução das Ações) e finalmente quinta fase, a avaliação das ações (SECCHI, 2013, p. 36).

Na prática, as fases interligam-se, de tal forma que essa separação se dá mais para facilitar a compreensão do processo. Para um município ser capaz de criar e gerenciar Políticas Públicas de qualidade, são necessários, além dos recursos financeiros, planejamento de longo prazo, ou seja, é importante que os atores políticos definam um objetivo e o melhor caminho para alcançá-lo. Isso facilitará a elaboração e execução das políticas, bem como permitirá uma integração entre elas, evitando ações contraditórias por parte da administração.

O processo de planejamento de longo prazo deve ser feito pelos atores políticos, mas com auxílio dos servidores públicos e setores da sociedade civil organizada.

5.2 Política de regulação em saúde

Ao longo do tempo os sistemas de saúde buscam a garantia do acesso universal, a integralidade, obtida através da prestação do cuidado efetivo ao longo do contínuo assistencial, o eficiente uso dos recursos disponíveis, a qualidade na prestação dos serviços e a capacidade de resposta às necessidades de saúde da população. A efetivação de um sistema que contemple todos estes objetivos está em constante construção e acumula uma luta histórica (MENDES 2015).

O “Estado de Bem Estar Social” ficou conhecido por buscar minimizar o desmantelamento social pós-guerra, especialmente na Europa do século XX. Tinha por objetivo central a garantia da igualdade social, protegendo e assegurando os direitos mínimos aos cidadãos. Esse modelo, que foi concebido pelo capital baseado na produção social e no pleno emprego, não resistiu ao forte impacto da instauração do capitalismo baseado nas relações monetárias e de mercado. Os países industrializados tiraram grande proveito dos chamados “30 anos de ouro”, período muito benéfico para a expansão do capitalismo liberal, porém como não havia sustentação financeira para proteger as promíscuas relações monetárias, esse modelo entrou em crise, abrindo espaço para a

instalação de um modelo neoliberal, com enxugamento da máquina pública, desemprego e privatizações (MENDES 2015).

No Brasil, nunca houve um “Estado de Bem Estar Social” instituído. O Brasil é caracterizado por possuir uma regulação social tardia, que considera a política social como ferramenta de resposta à sociedade e como uma “regulação tripartite entre Estado, Sociedade e mercado” (BRASIL, 2008). Dessa forma, o Brasil opera mediante forte tensão de interesses antagônicos: de um lado, a preservação e garantia dos direitos sociais; e de outro, o mercado com seus interesses privados e fins econômico-financeiros.

Desde a criação do SUS, em 1988, pela Constituição Federal, o sistema de saúde foi orientado para um processo de descentralização das ações e serviços de saúde, do gestor federal e estadual para os municípios. Essa diretriz teve que ser aprimorada considerando as especificidades do país. Cerca de 75% dos municípios brasileiros têm menos de 20 mil habitantes, o que apresenta restrições no que se refere à organização da oferta de ações e serviços com escala, qualidade e custos adequados. A necessidade de estabelecer a regionalização como estratégia de organização das Redes de Atenção à Saúde, a melhoria do acesso e a integralidade fez com que se avançasse no processo de conformação das regiões de saúde no país.

Em 2006, com a publicação do Pacto pela Saúde, a regionalização passou a ser um princípio que orienta a descentralização. Nessa nova perspectiva, a descentralização, no SUS, deve ser entendida como um processo contínuo de compartilhamento de atividades mútuas, por meio da participação de todas as instâncias de governo, da sociedade civil organizada e do cidadão. A estratégia de promover a descentralização das ações e dos serviços de saúde por meio de um processo de regionalização baseada na escala e na qualidade e com custos adequados contribuirá para o aprimoramento da gestão do SUS e para o estabelecimento dos limites das funções dos gestores estadual e municipal (FLEURY,2008).

Considerando este aprimoramento da gestão novos dilemas foram criados, as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico e a constante busca por novas técnicas de diagnose e terapêuticas geram um forte interesse e uma pressão da população e dos profissionais de saúde para a introdução dessas novas tecnologias e dos procedimentos que possam melhorar a capacidade de resposta às doenças prevalentes e atender às necessidades da população. Os gastos com a prestação de serviços de saúde é outro ponto a ser considerado e têm aumentado nas últimas décadas e consumido uma grande proporção de recursos, individualmente ou dos governos (MENDES 2015).

Neste contexto nasce o conceito de regulação no setor saúde, criado como uma ação complexa que compreende um considerável número de atividades, instrumentos e estratégias, composta por um conjunto de ações, serviços e programas de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e palição, que incluem tanto cuidados individuais quanto coletivos e que requerem a atenção em distintos pontos de atenção à saúde

ambulatoriais e hospitalares. A aplicação dos instrumentos e estratégias de regulação pode ser separada em duas grandes dimensões, regulação social e econômica e regulação gerencial (FLEURY,2008).

Objetivos sociais e econômicos do setor saúde a equidade e a justiça; a eficiência econômica; a proteção da saúde e do meio ambiente; a informação e a educação; assim como assegurar ao indivíduo a possibilidade de escolhas. A segunda dimensão, operacional e voltada para a aplicação de mecanismos pelos quais se atingem os objetivos citados anteriormente, enfatiza eficiência e efetivo gerenciamento dos recursos humanos e materiais (FLEURY,2008).

Regular tem como significados: sujeitar as regras, dirigir, regerar, encaminhar conforme a lei, esclarecer e facilitar por meio de disposições; regulamentar, estabelecer regras para regularizar, estabelecer ordem ou parcimônia em acertar, ajustar, conter, moderar, reprimir, conformar, aferir, confrontar, comparar, dentre outros.

Para a saúde a regulação é entendida como a capacidade de intervir em processos e de prestação de serviços, alterando ou orientando a sua execução que pode ser feita por intermédio de mecanismos indutores, normalizadores, regulamentadores ou restritores (MENDES 2015).

A microrregulação ou regulação assistencial traduz o cotidiano da operação do sistema, as regras gerais estabelecidas na macrorregulação. Consiste em articular e conjugar as respostas potenciais do sistema, para o conjunto dinâmico das demandas das populações, operacionalizando o acesso aos serviços. Além disto, implica avaliar o que foi planejado nos vários recortes da assistência, ou seja, dotar a gestão de uma inteligência(MENDES 2015).

Por fim a dimensão que tratamos neste trabalho é a Regulação de Sistemas de Saúde cujo objetivo são os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde; e tem como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo, a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas(BRASIL,2015).

6 | DISCUSSÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

As mudanças encontradas nas práticas de gestão estão associadas ao planejamento, que deve considerar as limitações para governar o sistema que provêm muitas vezes de uma escassez ou falta de controle de variáveis e recursos. Para tanto, os achados evidenciaram que a construção coletiva é o melhor recurso pois são características do planejamento estratégico a incorporação de vários atores envolvidos (BRASIL, 2015).

Desta forma, o sujeito que planeja (gestor) fica dentro da realidade (histórica e atual) e convive com outros atores; há diferentes explicações, situações ou diagnósticos condicionados pelo lugar que os demais atores ocupam nessa realidade; a conduta é um

processo criativo, estruturado; a previsão supõe um cálculo estratégico; onde o planejamento não deve se confundir com norma; refere-se ao presente; não procura adivinhar o futuro onde pode e deve ser repensado (BRASIL, 2015).

Nas relações estabelecidas na regulação em saúde, evidencia-se a proximidade entre a gestão e a assistência sobretudo na comunicação, diálogo, busca do consenso, humanização, vínculo, objetivos comuns, participação da comunidade, formação de redes, acordos entre as linhas de cuidado e a concepção de integralidade das práticas alinhadas com a gestão.

Os resultados identificados neste estudo mostraram que a regulação de sistemas de saúde é capaz de provocar mudanças nas práticas de gestão e planejamento, nas quais se observa impacto na saúde das famílias e da comunidade. Apesar disso, a má interpretação do gestor que adota a gestão participativa, pode considerar uma ameaça ao êxito dessa estratégia, pois inicialmente ela fatalmente identifica os vazios assistenciais mensurados por indicadores de saúde durante a produção do cuidado. Torna-se imprescindível, portanto, uma ação político-institucional mais efetiva para compreensão da gestão e para o fortalecimento e a consolidação dessa estratégia como política de saúde municipal.

Nesse sentido, observou-se indícios significativos do desenvolvimento de uma prática comunicativa em busca do consenso, em que todas as fragilidades em meio a êxitos são divididas para o alcance dos objetivos propostos, objetivos que se torna palpável, sendo capaz de auxiliar o gestor público na tomada de decisão.

Os conflitos presentes no dia-a-dia são mediados pela prática do diálogo nas reuniões de equipe sendo apontado pelos indicadores institucionais e por vezes por auditoria interna, aquela dentro do próprio serviço de saúde, como espaço privilegiado de encontro no ambiente de trabalho e, portanto, mostram-se mais coesas as iniciativas administrativas. É importante salientar que as dificuldades encontradas nesse processo de interação estão estritamente relacionadas às relações de trabalho ainda com poderes hierarquizados. Essas mudanças, que propomos considerar a regulação de sistemas como ferramentas de gestão, são processuais, não acontecem rapidamente, configuram elementos de status, responsabilidades e competências profissionais, posições de liderança, alimentação de sistemas de saúde e organização de serviços nos processos de trabalho.

O processo de trabalho é instrumentalizado pelo planejamento estratégico. As informações produzidas são processadas em nível local, o que possibilita um movimento de constante avaliação das ações. Ao adotar esta vertente de regulação, há por parte das equipes, uma concepção ampliada da saúde, como resultante das condições de vida e da prática dos profissionais como ação, enquanto possibilidade de transformação da realidade vivida pela comunidade, através de uma ação conjunta comunidade-equipe para a conquista da cidadania (BRASIL, 2015).

Planejamento é uma aposta que desenhamos no presente, com pretensão de atingir objetivos no futuro. Sendo assim, precisamos incorporar que o futuro é incerto, é

indeterminado, e “não estamos sozinhos no mundo construindo o futuro”. Assim como nós, outras pessoas estão construindo projetos semelhantes ou diferentes do nosso e também desejam alcançar os objetivos pretendidos (BRASIL, 2015).

7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo exposto, pode-se concluir que os modelos de atenção à saúde resultam dos diferentes contextos e situações de gestão que os determinam. Ao contrário do que se supõe, não há um modelo de saúde que suplante, isoladamente, todas as necessidades e problemas de saúde de uma determinada população.

Frente ao objetivo deste estudo, que é reconhecer a regulação de sistemas de saúde como instrumento de gestão e auxílio para gestores municipais em saúde, e diante aos resultados encontrados, pode-se gerar as seguintes hipóteses e conclusões:

Espera-se que o gestor municipal de saúde seja capaz de reconhecer o problema público e quais ferramentas de gestão podem ser utilizadas para implementação de políticas públicas. Evidencia-se também que a regulação de sistemas de saúde é capaz de contribuir facilitando os fluxos das redes de atenção em saúde provocando os escoamentos necessários para o seguimento.

Nota-se também que a regulação de sistemas oportuniza o dimensionamento e territorialização promovendo a hierarquização, princípio organizacional previsto na criação do SUS e posteriormente regulamento no decreto 7.508 de 2011 auditando a contratualização também proposto neste decreto.

Como medida de correção para o não conhecimento dos gestores sobre a política de regulação de sistemas de saúde apontadas como fracassos de gestão entendemos como necessário a capacitação técnica destes gestores e o apoio a práticas de integração de ensino/serviço.

Outro aspecto importante é que esta ferramenta promove o reconhecimento do subfinanciamento para as ações de serviços de saúde, o que inviabiliza um planejamento mais elaborado.

Quando analisamos sob o ponto de vista de um instrumento de gestão, pode-se concluir também sua interferência sob o reconhecimento da atenção que merece ser ofertada ao usuário, inclusive em qual densidade tecnológica deve ser oferecida.

No modelo de saúde vigente faz-se necessário que as secretarias de saúde identifiquem equipamentos, como a regulação de sistemas de saúde, serviços capazes de identificar e direcionar por meio de suas vigilâncias as lacunas existentes que requerem maiores investimentos e implementações.

Conclui-se também que os municípios estão reorganizando seus serviços de saúde, a partir da proposta de Redes de Atenção com resultados significativamente diferentes dos modelos anteriores. Esta nova lógica requer posicionamento de gestores, reestruturação

da oferta de serviços incluindo a visão regionalizada de seus territórios, para criação de agenda e planejamento de gestão, com investimentos em resultados e agregação de valores aos usuários e, sobretudo, requer novas práticas profissionais na atenção à saúde valorizando as produções de sua equipe, para isso é necessário que estes dados sejam mensurados.

Embora estas experiências sejam recentes no cenário nacional, estão trazendo inquietações importantes para os gestores e os profissionais do SUS, na busca de novas técnicas de gestão, todavia este trabalho busca ofertar uma ideia potencial que a regulação de sistemas quando utilizadas, são capazes de auxiliar na tomada de decisão evidenciando as fragilidades e as potencialidades, alicerçadas no conhecimento do território e nas necessidades reais dos usuários trazendo resolutividade, integralidade do cuidado em saúde e êxito para a gestão.

Por fim, a regulação de sistemas tem, portanto, profundas implicações sobre a implementação de políticas públicas sendo um potencial instrumento de gestão em seu território de atuação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Congresso Nacional. Constituição Federal. Brasília: Senado Federal. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2019.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/legislacao-estruturante-do-sus/>>. Acesso em: 13 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro GM número 1.559 de 01 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do SUS. Diário Nacional da União, Brasília, DF, 04 de agosto. 2008 Seção 1. P.30.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/04_lei_8080.pdf>. Acesso em: 20 jul 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2004. Seção 1.

_____. Manual de Planejamento do SUS, série Articulação Interfederativa, vol.4, Ministério da Saúde e Fundação Oswaldo Cruz, Brasília/DF, 2015. Disponível em <<http://www.blog.saude.gov.br/entenda-o-sus/50546-ministerio-da-saude-lanca-manual-de-planejamento-no-sus.html>> Acesso em: 20 jul 2019.

CHIZZOTTI, A. Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais. Editora Vozes. Edição 6ª. Petropolis- RJ.2011

FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. Interface (Botucatu) vol.11 no.23 Botucatu Set./Dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300003> Acesso em 26 jul 2019.

FLEURY, S; OUVÉRY, M. Política de Saúde; Uma Política Social. In: GIOVANELLA, I; ESCOREL, S; LOBATO, L. V. C; NORONHA, J. C; CARVALHO, A. I. (ORG's). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro - R. J. Fiocruz, 2008. p. 23 – 64.

HOWLETT, Michael.; RAMESH, M.; PERL, Anthony. Políticas públicas: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. Técnica de pesquisa. São Paulo: Atlas, 1996.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, vol 15 :2297-2305, Rio de Janeiro, Abr .2010. Disponível: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2010.v15n5/2297-2305>> Acesso em 26 jul 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. A construção social da atenção primária à saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, Brasília 2015.

SERVIÇO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS. SEBRAE/MG Políticas Públicas Conceitos e Práticas- Série: Políticas Públicas. Vol 7. Belo Horizonte- MG, 2008.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Amputação 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65

Asma 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 289

Atenção primária à saúde 20, 27, 101, 131, 134, 150, 170, 175, 222, 250

B

Boas práticas de fabricação 197, 199, 212, 213

C

Câncer 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 117, 118, 119, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 136, 137, 138, 247, 289

Câncer de mama 111, 112, 113, 114, 115, 117, 118, 119, 129, 136, 138

Covid-19 9, 10, 11, 12, 13, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 68, 69, 70, 75, 133, 135, 141, 142, 143, 145, 148, 150, 151, 152, 244, 245, 246, 247, 248, 254, 255

D

Direito à saúde 3, 4, 5, 15, 155

Discentes 245, 246, 249, 330

Docentes 30, 35, 37, 41, 85, 96, 107, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 138, 139, 141, 142, 143, 149, 174, 178, 182, 245, 249, 275, 278, 279, 322, 325, 327

E

Educação em saúde 33, 140, 142, 143, 145

Encefalopatia hipóxico isquêmica 256, 257, 258, 262, 263, 264

Enfermagem 42, 43, 51, 59, 68, 71, 75, 76, 77, 79, 83, 85, 86, 87, 99, 109, 111, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 126, 127, 128, 129, 161, 162, 163, 165, 170, 173, 176, 183, 215, 242, 244, 245, 249, 250, 253, 254, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 323, 325, 327, 328

Envelhecimento 78, 79, 83, 85, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151

Esquistossomose 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43

Estratégia de Saúde da Família 30, 40, 107, 164

F

Família 169, 170

I

Instituto Nacional de Câncer 79, 81, 90, 93, 109, 119, 128, 138

M

Medicamentos 33, 107, 124, 135, 136, 175, 178, 179, 180, 181, 182, 196, 197, 198, 199, 203, 204, 205, 206, 207, 209, 210, 211, 212, 213

Ministério da Saúde 4, 12, 26, 28, 29, 30, 31, 39, 40, 41, 56, 75, 83, 87, 89, 91, 95, 97, 102, 104, 105, 106, 109, 113, 115, 116, 117, 119, 128, 133, 135, 138, 147, 150, 153, 156, 157, 158, 159, 161, 169, 222, 225, 226, 228, 229, 253, 272, 279, 284, 288, 289, 316, 320, 321, 323, 324, 327

Monkeypox 10, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 222, 223

N

Neoplasias 77, 79, 90, 100, 112, 113, 117, 119, 248

O

Óbito materno 321

Organização Mundial da Saúde 2, 56, 106, 131, 142, 146, 147, 160, 169, 226, 246, 254

P

Pandemia 9, 10, 11, 12, 13, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 68, 69, 70, 71, 74, 141, 142, 143, 145, 148, 150, 151, 244, 245, 246, 247, 248, 252, 254

Políticas públicas 2, 3, 7, 9, 12, 13, 15, 17, 20, 21, 25, 26, 27, 45, 48, 51, 52, 53, 55, 57, 66, 79, 80, 82, 101, 112, 113, 119, 125, 142, 148, 151, 153, 154, 157, 160, 162, 251

População idosa 122, 141, 142, 143, 144, 146, 147, 148, 149

Pré-natal 72, 230, 232, 240, 241, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329

Próstata 77, 78, 79, 80, 81, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 122, 129, 136, 137, 138

Psicodrama 281, 282, 283, 284, 285, 293, 296, 297, 298, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 308, 311, 312, 313, 314, 315, 317, 318

Psicologia da Saúde 141, 144

Q

Qualidade de vida 7, 39, 46, 48, 50, 56, 78, 79, 80, 83, 84, 122, 125, 126, 127, 128, 130, 131, 132, 137, 138, 142, 145, 147, 148, 150, 164, 168, 187, 194, 252, 258, 279, 281, 284, 287, 315, 326

R

Relações humanas 46, 281, 283, 313

Revisão de literatura 13, 14, 17, 44, 79, 86, 92, 93, 154, 176, 219, 258, 262, 264, 281, 283,

284, 320

S

Saúde pública 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 19, 28, 39, 42, 43, 44, 45, 49, 55, 56, 75, 79, 81, 88, 99, 101, 106, 109, 112, 132, 137, 154, 156, 160, 175, 213, 216, 225, 230, 231, 232, 247, 253, 328, 330

Sepse 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 279

Serviços públicos 5, 15, 49

Sífilis 71, 72, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 321, 322, 323

Sistemas de atenção à saúde 131

Sistematização da assistência de enfermagem 267, 268, 269, 270, 279

Sistema Único de Saúde 2, 3, 5, 7, 8, 11, 12, 13, 18, 49, 75, 102, 104, 105, 106, 113, 115, 116, 117, 118, 132, 138, 153, 154, 161, 162, 164, 224, 226, 230, 232, 247, 330

Sofrimento psíquico 148, 282, 292, 293, 294, 313, 315

T

Trabalho 2, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 15, 17, 19, 23, 24, 26, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 39, 40, 41, 42, 44, 46, 48, 50, 54, 55, 56, 61, 68, 70, 73, 74, 75, 76, 79, 83, 87, 92, 96, 113, 121, 122, 133, 135, 141, 142, 143, 147, 149, 155, 159, 161, 162, 163, 165, 166, 168, 169, 176, 184, 187, 194, 220, 231, 235, 244, 245, 246, 248, 254, 267, 268, 270, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 326, 327

Transexuais 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160

Transtorno 51, 56, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 160, 184, 185, 186, 187, 188, 191, 195, 281, 312

Transtornos associados ao uso de drogas 69

Transtornos do espectro do autismo 187

Travestis 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160

V

Varíola 3, 4, 10, 19, 216, 217, 218, 219, 221, 222

Vigilância epidemiológica 29, 30, 226

Saúde pública e saúde coletiva:

Núcleo de saberes e práticas 2



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


Ano 2022

Saúde pública e saúde coletiva:

Núcleo de saberes e práticas 2



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


Ano 2022