

GERAIS

■ Revista de Saúde Pública do SUS/MG

■ *SUS/MG Journal of Public Health*



ISSN 2318-2598

Volume 5 • Número 1 • Janeiro/junho de 2017

GERAIS:

Revista de Saúde Pública do SUS/MG

GERAIS: SUS/MG Journal of Public Health

Volume 5 • Número 1

Janeiro/junho de 2017

ISSN 2318-2598

GOVERNADOR DE ESTADO DE MINAS GERAIS
Fernando Damata Pimentel

VICE-GOVERNADOR DE ESTADO DE MINAS GERAIS
Antônio Andrade

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
Sávio Souza Cruz

SECRETÁRIO ADJUNTO DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
Nalton Sebastião Moreira da Cruz

DIRETOR-GERAL DA ESP-MG
Edvalth Rodrigues Pereira

PRESIDENTE DA FHEMIG
Tarcísio Dayrell Neiva

PRESIDENTE DA FUNED
Marcelo Fernandes Siqueira

PRESIDENTE DA HEMOMINAS
Júnia Guimarães Mourão Cioffi

ASSESSORA-CHEFE DE COMUNICAÇÃO SOCIAL DA SES-MG
Romyna Lara Valadares Almeida Lanza

RELAÇÃO DE INTEGRANTES DO COMITÊ GESTOR/EQUIPE EDITORIAL E EDITORES ASSOCIADOS DA GERAIS: REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA DO SUS/MG

COMITÊ GESTOR/EQUIPE EDITORIAL

Editor Jornalístico

Wander Veroni Maia – Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG)

Editora Jornalística Assistente

Pollyana Teixeira da Silva – Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG)

Produção de Conteúdo Jornalístico / Assessoria de Comunicação Social

Michelle Toledo – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig)

Heloísa Dias Machado – Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais (Hemominas)

Luciane Marazzi – Fundação Ezequiel Dias (Funed)

Sílvia Amâncio – Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG)

Míria César – Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG)

Crédito das Fotografias/Ilustrações

Adair Gomez – Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais (Hemominas)

Jota Santos – Fundação Ezequiel Dias (Funed)

Marcus Ferreira – Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG)

Dênio Simões – Agência Brasília

Banco de Imagens Grátis
Pixabay e Freepik

Imagens do acervo da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG) e Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig)

Editora Científica

Michely de Lima Ferreira Vargas – Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG)

Editora Adjunta

Maria Beatriz Monteiro de Castro Lisboa – Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG)

Editores Assistentes

Daniel Gonçalves Chaves – Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais (Hemominas)

Editores Executivos

Deise Campos Cardoso Afonso – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig)

Esther Margarida Bastos – Fundação Ezequiel Dias (Funed)

Simone Abreu Borges da Silva – Fundação Ezequiel Dias (Funed)

Secretaria Editorial

Jacqueline Castro – Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG)

Jefferson Timóteo Oliveira – Bibliotecário / Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG)

EDITORES ASSOCIADOS

Avaliação de Serviços e Políticas

Eliete Albano de Azevedo Guimarães – Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ) – Campus Centro Oeste Dona Lindu/Divinópolis

Valéria Conceição Oliveira – UFSJ – Campus Centro Oeste Dona Lindu/Divinópolis

Tarcísio Laerte Gontijo – UFSJ – Campus Centro Oeste Dona Lindu/Divinópolis

Ciência e Tecnologia em Saúde

Pedro Guatimosim Vidigal – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Ciências Sociais em Saúde

Maria José Nogueira – Fundação João Pinheiro (FJP)

Epidemiologia

Helian Nunes de Oliveira (UFMG)

Tiago Campos Silva (SES-MG)

Lívia Guimarães Zina (UFMG)

Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Karina Rabelo Leite Marinho (FJP)

Saúde Trabalho e Ambiente

Luiz Carlos Brant (UFMG)

CONSELHO EDITORIAL

SES-MG

Romyna Lara Valadares Almeida Lanza
Wander Veroni Maia

ESP-MG

Luciana Souza d'Ávila
Rose Ferraz Carmo

FHEMIG

Deise Campos Cardoso Afonso
Fernando Madalena Volpe
Marcelo Militão Abrantes

FUNED

Sílvia Fialho
Luiz Guilherme Heneine

HEMOMINAS

Anna Bárbara de Freitas Carneiro Proietti
Daniel Gonçalves Chaves

Blood Systems Research Institute, BSRI
Thelma Therezinha Gonçalves

Centro de Pesquisas René Rachou/ Fiocruz Minas (CPqRR)
Antônio Ignácio de Loyola Filho

Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE)
Ivana Barreto

Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP-RS)
Márcio Mariath Belloc

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (ICT/ Fiocruz)
Adriana Kelly dos Santos

Ministério da Saúde

Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas)
Rubens de Menezes Santos

Universidade de Brasília (UnB)
Carlos Henrique Goretti Zanetti

Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG)

Bruno Otávio Arantes
Shirley de Lima Ferreira Arantes

Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes)
Mariléia Chaves Andrade

Universidade Estadual do Ceará (UECE)
José Jackson Coelho Sampaio

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Luiz Carlos Brant
Maria Imaculada de Fátima Freitas

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Clarice Sandi Madruga

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Maria Carmen Viana

Universidade Federal do Pará (UFPA)
Luciana Nascimento

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Dra. Maria Tavares Cavalcanti

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Alcídes da Silva Miranda

University of Columbia – EUA
Milton Wainberg

University of Toronto – Canadá
Saulo Castel

COMITÊ GESTOR / ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Coordenação

Romyna Lara Valadares Almeida Lanza (SES-MG)

Wander Veroni Maia (SES-MG)

Harrison Miranda (ESP-MG)

Sílvia Amâncio (ESP-MG)

Luciene Aparecida Nogueira Queiroz (Hemominas)

Heloísa Dias Machado (Hemominas)

Nayane Breder (Funed)

Luciane Marazzi (Funed)

Marina Santos de Lima Pereira (Fhemig)

Samira Ziade (Fhemig)

Projeto gráfico, produção gráfica
Autêntica Editora

G354

Gerais: Revista de Saúde Pública do SUS-MG / Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais; Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais; Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais; Fundação Ezequiel Dias; Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. – v. 5, n. 1 (jan-jun. 2017) – Belo Horizonte: Autêntica, 2018 v.

Semestral

ISSN: 2318-2598

1. Saúde pública. I. Minas Gerais. Secretária de Estado de Saúde. II. Minas Gerais. Escola de Saúde Pública. III. Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Minas Gerais. IV. Fundação Ezequiel Dias. V. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

NLM WA 100

www.revistageraissaude.mg.gov.br

- 5** Apresentação
Sávio Souza Cruz
- 7** Editorial
Luciene Queiroz, Junia Brasil, Heloísa Dias Machado
- 9** Você conhece o MG App?
- 12** Mais de 61,3% dos municípios mineiros são cobertos pelo SAMU Regional
Míria César
- 18** ESP-MG trabalha conceitos de cultivos agroflorestais em suas ações educacionais
Sílvia Amâncio
- 23** Hemominas integra bancos da Rede Brasilcord
Heloísa Machado
- 30** Fhemig inova com Linha de Cuidado ao Adulto nas Casas de Saúde do Estado
Michelle Guirlanda
- 37** Você sabe quais são os impactos dos agrotóxicos nos alimentos que chegam até a sua casa?
Luciane Marazzi
- 45** Educação em Saúde na mudança dos hábitos alimentares para perda de peso: a experiência de um grupo operativo
Luís Paulo Souza e Souza, Aline Medeiros, Elma Lúcia de Freitas Monteiro, Aline Elizabeth da Silva Miranda
- 61** A Política de atenção à saúde destinada aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil: o investimento no território como *lócus* do cuidado
Aline Guedes Lúcio, Glauco Batista
- 69** Atenção à saúde das pessoas que convivem com HIV/Aids em Ouro Preto, MG
Carolina Coimbra Marinho, Fernanda Mendes Pinheiro Costa, Wandicléia Rodrigues Ferreira, Keila Furbino Barbosa, Sônia Maria de Figueiredo, Carolina Ali Santos, George Luiz Lins Machado-Coelho
- 83** A atuação da fonoaudiologia na Atenção Básica: uma revisão de literatura
Gilberto da Silva Oliveira, José Lucas de Almeida Gomes, Camila Vila-Nova Freitas de Guimarães
- 95** Além do Horizonte: qualificação do acolhimento para a Urgência Psiquiátrica em Belo Horizonte
Miriam Maria Gonçalves Chaves Possa, Ana Maria Caldeira Oliveira
- 98** Normas para publicação GERAIS: Revista de Saúde Pública do SUS/MG

APRESENTAÇÃO

Sávio Souza Cruz

Secretário de Estado de Saúde e Gestor do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais.

Fruto de um esforço coletivo de áreas técnicas e dos jornalistas que fazem parte do Sistema Estadual de Saúde, a ***Gerais: Revista de Saúde Pública do SUS/MG*** recebeu, em 2017, a nova classificação de periódico da **QUALIS/CAPES**, referente ao quadriênio 2013-2016. Nessa nova avaliação, fomos agraciados com a qualificação **B5** nas áreas Interdisciplinar e de Enfermagem e **B4** nas áreas de Administração Pública e de Empresas, Ciências Contábeis e Turismo.

Para quem não sabe, o **QUALIS** é um sistema brasileiro de avaliação de periódicos, mantido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que relaciona a qualidade da produção intelectual dos Programas de Pós-Graduação e de revistas científicas. Nesse sistema, os periódicos são enquadrados em estratos indicativos da qualidade, de **A1** a **C**, sendo **A1** o estrato mais elevado. A estratificação efetuada pelo **QUALIS** reflete os periódicos nos quais os pesquisadores e docentes das áreas avaliadas têm publicado os resultados de suas pesquisas.

Esse reconhecimento de ter uma publicação com **QUALIS B4** e **B5** é a prova de que a *Gerais* – como publicação técnico-científica semestral com informações sobre o **Sistema Único de Saúde (SUS)** – tem investido de forma valorosa em qualidade nas suas produções, matérias jornalísticas e artigos científicos com o intuito de mostrar a toda população as ações de saúde pública realizadas em nosso estado, desmitificando o SUS por meio da informação com compromisso e responsabilidade social.

Publicada desde 2013, a *Gerais* constitui-se em espaço para interlocução de experiências entre as instituições que integram o SUS em Minas Gerais e para disseminação dos aportes proporcionados por pesquisas e experiências de inovação. Em 2015, adquiriu caráter técnico-científico, passando a conter, além de artigos científicos, matérias jornalísticas elaboradas pelas Assessorias de Comunicação Social das instituições vinculadas ao Sistema Estadual de Saúde: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG), Fundação Ezequiel Dias (Funed), Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais (Hemominas) e Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig).

Mesmo diante de um cenário problemático em relação a novos investimentos no âmbito federal e à grave crise orçamentária com a qual Minas Gerais tem se defrontado, a saúde pública estadual continua se empenhando no fomento de ações, programas e políticas públicas para melhorar cada vez mais o acesso da mineira e do mineiro a uma assistência à saúde de qualidade, plural e humanizada. Portanto, você, leitora e leitor, irá conferir nesta edição não só as matérias jornalísticas que repercutem o trabalho feito por todo o Sistema Estadual de Saúde, como também terá acesso a uma variedade de trabalhos acadêmicos que mostram a importância das pesquisas nas mais diversas áreas dentro do SUS.

Boa leitura! ■

EDITORIAL

Luciene Queiroz, Junia Brasil e Heloísa Dias Machado¹

¹ Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais (Hemominas).

luciene.queiroz@hemominas.mg.gov.br

junia.brasil@hemominas.mg.gov.br

heloisa.machado@hemominas.mg.gov.br

Importante publicação técnico-científica no estado de Minas Gerais, a **Gerais: Revista de Saúde Pública do SUS/MG** tem trazido à luz, ao longo desses anos, relevantes discussões e esclarecimentos sobre as ações do **Sistema Único de Saúde (SUS)**. Nesta edição, destacamos iniciativas que promovem inovação dos processos e melhoria nos serviços de saúde para o cidadão, bem como a apresentação de importantes trabalhos científicos na área da saúde pública.

Já nas primeiras páginas da revista, trazemos uma breve explicação sobre os serviços que podem ser agendados e consultados pelo aplicativo digital MG app. A plataforma reúne os principais serviços públicos de Minas Gerais e facilita o acesso à informação de qualidade. Uma vez conectado, o cidadão mineiro possui ao alcance das mãos a possibilidade de resolver situações do dia a dia, como obter segunda via de contas de água e luz, consultar serviços de saúde e até agendar atendimentos na rede.

Destacamos também a regionalização do Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (SAMU) e sua cobertura em todo o estado com uma importante entrega à população realizada pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG). Atualmente, 523 municípios de seis regiões mineiras são atendidos pelo serviço, representando um dos pilares do atendimento de urgência e emergência do SUS. A regionalização do serviço permite, entre outros benefícios, melhor distribuição dos atendimentos pelos hospitais da rede.

Já a Fundação Hemominas traz um panorama geral sobre o trabalho da instituição para atendimento aos pacientes com doenças relacionadas ao sangue, além de destacar a implementação do Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (BSCUP) público no Centro de Tecidos Biológicos (Cetebio). O banco integra a Rede BrasilCord e faz parte de uma estratégia da Hemominas para garantir a qualidade do produto hemoterápico fornecido aos usuários do SUS.

Falando também de inovação nos serviços do sistema para os mineiros, a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig) evidencia a implementação das linhas de cuidado ao adulto e ao idoso nas casas de saúde. O modelo amplia os serviços prestados pelas ex-colônias e pode subsidiar a criação de uma política inédita no Brasil.

Ainda falando de ações que visam a melhorias nos serviços prestados pelo sistema, a Escola de Saúde Pública (ESP-MG) destaca uma novidade na formação de profissionais de saúde: a introdução de conceitos de agroecologia para especialistas em Direito Sanitário, Saúde Pública e nas oficinas de vigilância e promoção de saúde em áreas de reforma agrária.

O tema propõe uma discussão sobre o uso de agrotóxicos e seus efeitos nocivos à saúde humana e ao meio ambiente. A proposta é incluir essa temática na formação dos profissionais para que eles tenham condições de refletir sobre os modelos atuais de produção e consumo. Desde 2008, o Brasil é o país que mais consome agrotóxicos no mundo.

Sobre esse mesmo assunto, a Fundação Ezequiel Dias (Funed) traz dados relevantes sobre o uso de agrotóxicos x segurança alimentar. A instituição se especializou em análise de resíduos dessas substâncias com o objetivo de subsidiar ações da Vigilância Sanitária.

Já na parte científica da publicação, a **Revista Gerais** nos contempla com um artigo sobre a importância da educação em saúde para a criação de novos hábitos alimentares visando à perda de peso. O texto conta a experiência de um grupo de pessoas que passaram por reeducação alimentar na cidade de Onça do Pitangui, na região Centro-Oeste de Minas Gerais.

O segundo artigo a compor a publicação propõe uma análise da política de atenção à saúde destinada aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil, além das dificuldades enfrentadas para a consolidação dos programas e ações que visam ao atendimento desse público.

O terceiro artigo apresenta os resultados de estudo que descreveu as características demográficas, clínicas e epidemiológicas das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHIV) atendidas pelo Programa de Extensão Atenção Integral em Doenças Infecciosas da Universidade Federal de Ouro Preto e pelo Serviço de Atenção Especializada em HIV/AIDS e Hepatites Virais de Ouro Preto-MG (SAE-OP).

O quarto artigo faz uma revisão de literatura sobre a atuação dos fonoaudiólogos nos serviços de Atenção Básica e quais os resultados encontrados pelos pesquisadores citados ao longo do estudo.

Por fim, o Resumo Expandido “Além do Horizonte: qualificação do acolhimento para a Urgência Psiquiátrica em Belo Horizonte” propõe uma discussão sobre a qualificação do Acolhimento para a Urgência Psiquiátrica em Belo Horizonte. Esse estudo faz uma análise da atuação dos Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs) e Centros de Referência em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CERSAMs AD) na capital mineira.

Nesse sentido, com um amplo material informativo e científico, agradecemos todos os autores pelo envio dos artigos e aproveitamos para convidar novos pesquisadores para submeterem seus trabalhos à avaliação por meio do site da revista (www.revistageraisaude.mg.gov.br). Esperamos que você goste desta edição e compartilhe essas informações sobre o SUS na sua rede.

Boa leitura! ■

VOCÊ CONHECE O MG APP?

Imagine um aplicativo que reúne os principais serviços públicos para o cidadão e para o servidor em um único clique? Trata-se do MG App, criado com o objetivo de facilitar o acesso a informações e serviços estaduais e facilitar a resolução de problemas e a busca por informações, de forma simples, rápida e moderna em celulares e outros dispositivos móveis. O MG App é fruto de uma parceria entre a Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (Seplag) e a Companhia de Tecnologia da Informação do Estado de Minas Gerais (Prodemge).

O aplicativo já disponibiliza serviços on-line da Companhia Energética de Minas Gerais (Cemig), da Companhia de Saneamento de Minas Gerais (Copasa) e do Departamento de Trânsito de Minas Gerais (DetranMG). Permite também o acesso a endereços, telefones e horário de atendimento das principais unidades de prestação de serviços, como delegacias e escolas.

Mas o que pouca gente sabe é que o MG App também tem funcionalidades relacionadas à saúde pública e que podem fazer a diferença na vida do cidadão. Confira:

Doação de Sangue

Você pode agendar sua doação de sangue na Fundação Hemominas também pelo MG App. Quem já doou deve observar o prazo entre doações de sangue. Homens: 60 dias e até quatro vezes por ano. Mulheres: 90 dias e até três vezes por ano. A idade para doação de sangue é entre 16 e 69 anos. Jovens de 16 e 17 anos e maiores de 60 anos devem consultar condições especiais no site: www.hemominas.mg.gov.br.

Medicamentos

Recentemente, o MG App ampliou o serviço de acesso à informação dos medicamentos ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do aplicativo MG App. O projeto surgiu a partir da identificação das principais demandas feitas pelos usuários pelo serviço telefônico 155 LigMinas Farmácia de Todos, de janeiro a abril de 2018.

Uma das demandas mais recorrentes relacionava-se à situação dos processos administrativos, no que compete ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, bem como a disponibilidade dos seus respectivos medicamentos nas farmácias regionais.

MG app, o aplicativo de Minas Gerais



usemobile

Desde abril deste ano, é possível consultar informações sobre os medicamentos ofertados pelo SUS através do MG App. Por meio do aplicativo, o cidadão pode buscar pelo nome do medicamento ou insumo e saber se é disponibilizado pela Assistência Farmacêutica do Estado de Minas Gerais. Além disso, também é possível verificar a localização da farmácia regional mais próxima para retirada de medicamentos do componente especializado.

Como acessar?

Para ter acesso aos serviços do MG App, o cidadão deve fazer o download do aplicativo em seu celular smartphone e informar o número do seu CPF ou Cartão Nacional de Saúde (CNS) e sua data de nascimento. Após o aplicativo confirmar a veracidade das informações inseridas, o usuário terá acesso a todos os processos de abertura de solicitação já realizados por ele. O usuário deverá, então, selecionar o

processo desejado e o aplicativo irá informar seu *status*, ou seja, em qual etapa o processo se encontra, se já foi analisado ou não.

Caso o processo já tenha um parecer, o cidadão poderá consultar o resultado da análise para cada medicamento solicitado. Em caso de deferimento, ele poderá consultar a disponibilidade do seu medicamento no estoque da farmácia de sua Regional de Saúde onde o processo foi aberto. ■

Para fazer o download do MG App para o Android (Google), passe o celular nesse QR Code:



Para fazer o download do MG App para o Android (Google), passe o celular nesse QR Code:



Saúde para Todas e Todos. Este é o nosso compromisso.

Minas são muitas. E por entender que o Estado é diverso, a **Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG)** tem trabalhado para que as ações do **Sistema Único de Saúde (SUS)** sejam construídas de forma participativa, plural e descentralizada.

Saiba Mais:

www.saude.mg.gov.br

 facebook.com/saudemg

 twitter.com/saudemg

 instagram.com/saudemg

 youtube.com/saudemg

 blog.saude.mg.gov.br



MAIS DE 61,3% DOS MUNICÍPIOS MINEIROS SÃO COBERTOS PELO SAMU REGIONAL

Ao todo, 523 municípios de seis regiões de Minas Gerais são atendidos por 177 ambulâncias, beneficiando mais de 9,2 milhões de pessoas em todo o Estado

Por Míria César

Com o objetivo de levar atendimento de urgência a todos os municípios do estado, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) constitui um dos principais pilares da Rede de Urgência e Emergência do Sistema Único de Saúde (SUS) de Minas Gerais. Ele é essencial no atendimento primário às urgências de forma resolutiva, eficaz e segura, evitando a evolução de quadros graves, inclusive aqueles de situações evitáveis e que poderiam levar ao óbito do paciente. O SAMU representa uma importante porta de entrada do SUS, por receber diversas demandas emergenciais e prestar o atendimento inicial à saúde do usuário.

De acordo com o Secretário-adjunto da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG),

Nalton Moreira, o serviço é essencial para os primeiros atendimentos de urgências à população do estado, e ele destaca o papel da regionalização do SAMU.

“A regionalização do SAMU possibilita a organização dos atendimentos de urgência e emergência não só na região, mas em todo o Estado. Permite atingir um público maior, onde os municípios participam e têm as suas populações atendidas. Mesmo com as dificuldades que a gente vive, conseguimos ampliar o atendimento para as seis regiões do Estado. O governador Fernando Pimentel, juntamente com o Secretário de Saúde Sávio Souza Cruz, têm insistido na ampliação desse serviço até cobrirmos 100% do estado. A previsão é que cheguem a mais de R\$ 100 milhões

os investimentos do Governo de Minas com os Samu 192, só em 2017. Esse recurso tem como objetivo reforçar o custeio dos serviços nas Unidades, melhorar a qualidade da saúde nos municípios e organizar os atendimentos nas regiões do estado”, disse.

Ainda, segundo Nalton Moreira, a regionalização do serviço é uma das prioridades do atual governo. “Temos um projeto para alcançarmos todo o estado com o SAMU Regional 192. Estamos avançando e a próxima região a receber o serviço será o Triângulo do Norte, tendo o município sede em Uberlândia, conforme deliberação vigente (CI-B-SUS nº 1.690, de 10 de dezembro de 2013). A previsão é que o serviço comece a funcionar no início do primeiro semestre de 2018”, destacou.

SAMUs Regionais

Atualmente, existem seis SAMUs Regionais que permitem que 523 dos 853 municípios mineiros tenham acesso ao serviço. Isso equivale a 61,3% de cobertura do estado, atendendo cerca de 9,33 milhões dos 20,7 milhões de habitantes do estado, alcançando uma cobertura de 45% da população. O SAMU Regional 192 está implantado nas regiões ampliadas de saúde Norte, Nordeste/Jequitinhonha, Centro Sul, Sudeste, Sul e Centro Oeste (último a ser inaugurado em 2017). Além dos SAMUs regionais, o estado conta com 12 SAMUs municipais, distribuídos em Belo Horizonte, Betim, Contagem, Governador Valadares, Ipatinga, Itabira, Mariana, Ouro Preto, Poços de Caldas, Sete Lagoas, Uberaba e Patos de Minas.

Segundo a coordenadora de Urgência e Emergência da SES-MG, Kelly Barros Fortini, além do SAMU funcionar 24 horas por dia, “o serviço é de amplo acesso à população, efetivando-se não só no atendimento assistencial de maneira direta, com envio de veículos tripulados por equipes capacitadas, mas também, por meio da prestação de orientações médicas por telefone. Com o seu funcionamento regional, os atendimentos móveis de urgência, passaram a contar com a disponibilidade de ambulâncias, devidamente equipadas para o atendimento pré-hospitalar, proporcionando atendimento eficaz e seguro a toda a população”.

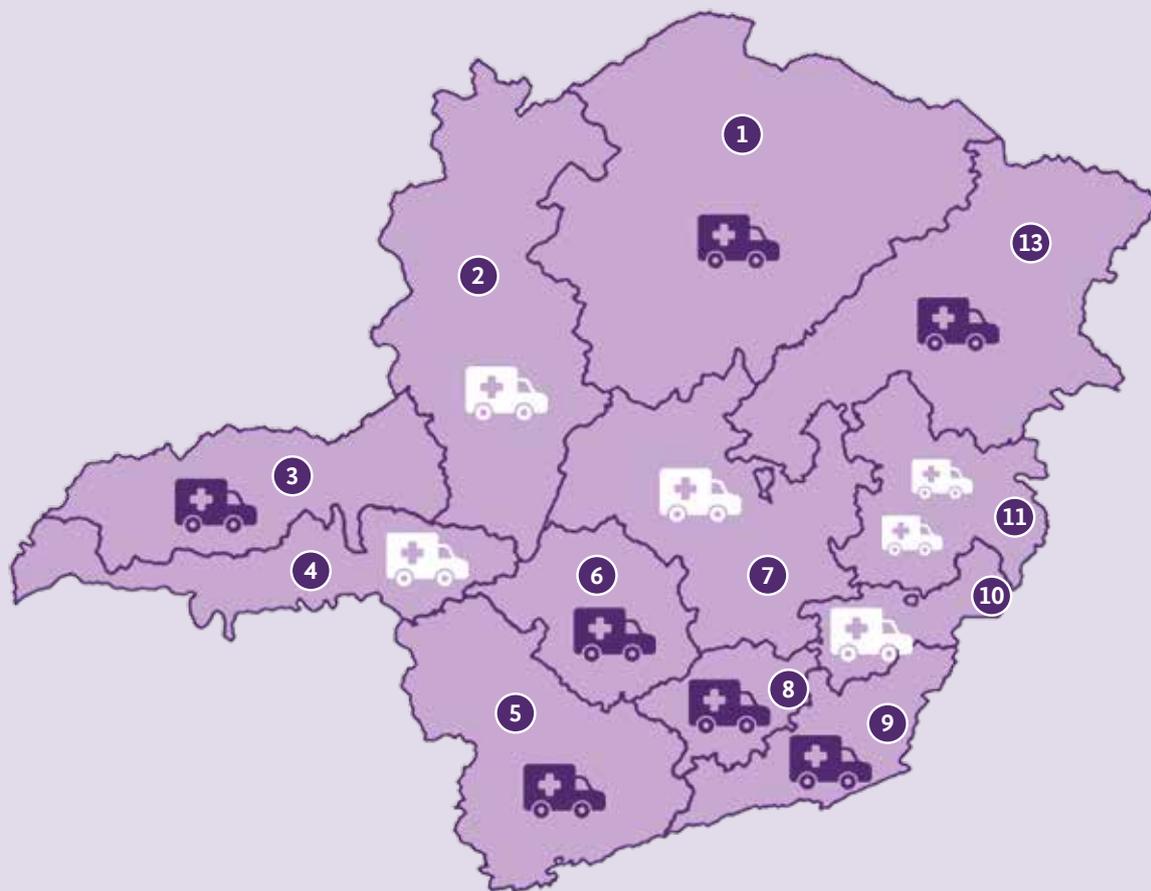
O último SAMU Regional implantado em 2017 foi o da região Centro Oeste, que abrange 54 municípios e atende a uma população

de mais de 1,2 milhão de pessoas. O presidente do consórcio intermunicipal de saúde da região Ampliada Oeste (CIS-URG) e prefeito de Luz, Ailton Duarte, comemorou a inauguração do serviço na região.

“O SAMU é uma demanda histórica da região Oeste. O primeiro passo para a implantação do serviço foi dado com a fundação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Ampliada Oeste, que é responsável por desenvolver, junto com as cidades afiliadas, ações de serviço de saúde por meio do SUS. Mesmo com as dificuldades encontradas em Minas e em todo país, no estado de Minas Gerais, o CIS-URG contou com repasse de cerca de R\$ 7 milhões e a doação de 31 ambulâncias, feita pela SES-MG para que o Samu se tornasse uma realidade”, afirmou.



SAMUS 192 REGIONAIS IMPLANTADOS E EM IMPLANTAÇÃO MINAS GERAIS 2017



LEGENDA:

- | | | |
|-------------------|--------------|------------------|
| 1 Norte | 5 Sul | 10 Leste do Sul |
| 2 Noroeste | 6 Oeste | 11 Leste |
| 3 Triângulo Norte | 7 Centro | 12 Jequitinhonha |
| 4 Triângulo Sul | 8 Centro Sul | 13 Nordeste |
| | 9 Sudeste | |



SAMUs 192 regionais implantados



SAMUs 192 regionais em implantação com atendimento de SAMUs municipais

Serviço Aeromédico

Além do atendimento com as Unidades de Serviços Básicos e Avançados, o SAMU Regional Sul de Minas conta com o serviço Aeromédico Avançado de Vida, parceria entre o Batalhão de Operações Aéreas do Corpo de Bombeiros de Minas Gerais (BOA) e o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Macro Região Sul de Minas (CISSUL/SAMU). O serviço realiza atendimentos pré-hospitalares em urgências graves, captação de órgãos e resgates de difícil acesso. Desde que entrou em operação, em 2016, a equipe do aeromédico realizou 308 atendimentos na região Sul.

De acordo com o presidente do SAMU Regional e prefeito de

Andradas, Rodrigo Aparecido Lopes, é importante unificar ainda mais o atendimento em todos os municípios consorciados, com o objetivo de prestar o serviço de urgência e emergência de maneira ainda mais rápida, garantindo aos usuários um atendimento de excelência e qualidade. “Hoje, o contingente populacional das cidades atendidas é de 2 milhões e 600 mil cidadãos, que devem ser atendidos de maneira igualitária e eficiente. O serviço tem como objetivo a redução do tempo de resposta no socorro às vítimas e o encaminhamento de pacientes em estado grave para hospitais de referência na região do Sul de Minas”, ressalta.

O aposentado e morador do município de Lambari, de 59

anos, José Antônio da Silva, teve um infarto e foi um dos primeiros pacientes a serem atendidos pelo serviço aeromédico. “Estava em casa quando senti minha mão adormecer. Pouco depois, senti uma dor muito forte, que subia pelo braço e ia até o peito”, relata. O senhor foi levado pela filha ao Pronto Socorro da cidade, mas precisava ser transferido com urgência para um hospital. O CISSUL SAMU, então, acionou o Serviço Aeromédico Avançado de Vida e, em poucos minutos, o aposentado já estava no Hospital Regional de Varginha. “O cardiologista disse que se não fosse essa rapidez do atendimento, eu não estaria aqui hoje. Meu infarto foi muito forte.



Graças a Deus e a esse serviço, eu estou vivo”, conclui José Antônio.

O helicóptero Arcanjo, que realiza os atendimentos de urgência, possui uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) completa e conta com uma equipe altamente qualificada composta por um médico, um enfermeiro, um piloto, um copiloto e dois tripulantes.

Para o Diretor Clínico do SAMU e médico do Serviço Aeromédico Avançado de Vida, José Fábio Capozzi, “o uso da aeronave diminui em muito o tempo de resposta de atendimento e deslocamento dos pacientes para tratamento definitivo. Alguns deles só estão vivos graças a isso, e a integração entre os parceiros, SAMU, Corpo de

Bombeiros, Batalhão de Operações Aéreas, Polícia Militar e Rodoviária, traz mais benefícios para a região e para os pacientes”.

Rede Urgência e Emergência

A Rede de Urgência e Emergência é composta pela Atenção Primária em Saúde, Unidades de Pronto Atendimento, pontos de atenção hospitalar classificados de acordo com sua complexidade e função na Rede podendo ser classificados em: Hospital de Urgência Nível IV, Hospital Geral de Urgência Nível III, Hospital Geral de Urgência Nível II, Hospital de Referência ao Trauma Nível I, Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares Nível I, Hospital de Referência ao Acidente

Vascular Cerebral Nível I e Hospital de Urgência Polivalente Nível I.

Com a implantação da Rede Urgência e Emergência, as regiões passam a contar com uma Central de regulação com médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio operadores para dar o menor tempo de resposta às demandas solicitadas pelo 192. Com isso, a atenção às condições agudas adotada será a classificação de risco por meio do Protocolo de Manchester informatizado. A SES-MG disponibiliza esse recurso em cada ponto de atenção da Rede Regional de Urgência e Emergência para que a linguagem seja única na classificação de risco das demandas de cuidado de pacientes em condições agudas. ■





Missão

“Fortalecer o SUS, produzindo e disseminando conhecimentos junto a usuários, trabalhadores e gestores, por meio de ações educacionais e de pesquisa, com a Educação Permanente em Saúde como referencial político-pedagógico.”



ESP-MG TRABALHA CONCEITOS DE CULTIVOS AGROFLORESTAIS EM SUAS AÇÕES EDUCACIONAIS

A proposta é mostrar para os alunos e profissionais de saúde o quanto o uso de agrotóxicos pode ser prejudicial à saúde humana e impactar de forma negativa o meio ambiente

Por Sílvia Amâncio

De que maneira as práticas relacionadas à Agroecologia podem interferir na saúde da população? Foi a partir desse questionamento que foram inseridos conceitos desse campo em ações educacionais ofertadas pela **Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG)**.

Com isso, a Agroecologia tornou-se um tema recorrente nos cursos da ESP-MG, tais como nas especializações em **Direito Sanitário e Saúde Pública**, e mais recentemente, nas **Oficinas de Vigilância e Promoção à Saúde em Áreas de Reforma Agrária**.

Dados da **Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)**, que constam no dossiê *“Um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde”*, de 2015, mostram que

o Brasil é o país que mais consome agrotóxicos no mundo desde 2008, sendo uma questão de saúde pública o debate sobre o atual modelo agrícola químico-dependente.

A Agroecologia associada à técnica agroflorestal, produção de orgânicos e agricultura familiar, vem sendo trabalhada pela docente e pesquisadora da ESP-MG, Ana Flávia Quintão, em sala de aula, com a disciplina “Saúde e Ambiente”, abordando a relação entre a saúde humana e os aspectos ambientais nos quais as comunidades estão inseridas.

Segundo a docente, nesses aspectos encontra-se o uso excessivo de agrotóxicos na produção de alimentos pelo agronegócio – prática que acarreta problemas de saúde, tanto para quem produz, quanto para quem se alimenta. “A discussão da disciplina também passa pelo modelo de consumo atual, as atividades de mineração, as alterações

climáticas e a relação desses aspectos com o adoecimento das pessoas”, explica.

Nas duas especializações – **Direito Sanitário e Saúde Pública**, a proposta é fazer com que os alunos, que são trabalhadores do **Sistema Único de Saúde (SUS)**, reflitam sobre os modelos atuais de produção e consumo e repliquem o conhecimento adquirido, a fim de fomentar uma mudança de comportamento que possibilite a produção de mais saúde da população.

Para Ana Flávia, o cultivo agroflorestal tem muitas vantagens: aumenta a produção de alimentos, a vegetação e, conseqüentemente, a água nas propriedades rurais, bem como ajuda na absorção de CO₂ (dióxido de carbono, mais conhecido como gás carbônico) da atmosfera, que contribui para o efeito estufa e, conseqüentemente, para o aquecimento global. “Além disso, amplia a biodiversidade nos

¹ Acesso à íntegra do dossiê da ABRASCO: <https://goo.gl/RVbqxT>

territórios, pois essa produção se dá numa lógica diferente do monocultivo, protegendo o solo e os recursos hídricos da contaminação por agrotóxicos”, explica.

A docente e pesquisadora destaca ainda a importância de que essa discussão se fortaleça na saúde pública e ganhe visibilidade. “Não é correto lidar apenas com os sintomas das doenças cujo ciclo de vida e transmissão estão intimamente relacionados a fatores ambientais, como aquelas transmitidas por insetos vetores e de veiculação hídrica. É preciso reduzir drasticamente a exploração de nossos recursos naturais, criar ambientes mais saudáveis e, assim, prevenir inúmeras doenças. Temos

que começar a mudar a forma de ver e lidar com a natureza, não explorar a natureza, mas sim convivermos com ela”, lembra.

Capacitação

Ao longo de 2017, foram desenvolvidas pela ESP-MG as **Oficinas de Vigilância e Promoção à Saúde em Áreas de Reforma Agrária** que contribuíram para o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e cuidado em saúde de populações assentadas e acampadas em áreas de reforma agrária de Minas Gerais. Os participantes – trabalhadores assentados/acampados e profissionais do SUS, participaram de diversas atividades educativas

orientadas pelos eixos trabalho, saúde e ambiente.

Em visita ao Sítio das Mangueiras, em Florestal (Região Metropolitana de Belo Horizonte), área de referência em produção familiar, produção e educação em sistemas de cultivo sustentável, os participantes vivenciaram e discutiram práticas sustentáveis de agroecologia e saneamento ecológico, levando-os a refletir sobre os benefícios de um ambiente livre de contaminação por agrotóxicos, bem como sobre o uso, reaproveitamento das águas e destino adequado do esgoto.

Segundo a bióloga e docente da ESP-MG, Juliana Santos, esse tipo de ação abre oportunidades a diálogos



nas equipes e com movimentos sociais, evidenciando potencialidades, superando desafios e abrindo perspectivas de ações educativas com uma visão ampliada de saúde.

Em tempo

A ESP-MG integra o Grupo de Trabalho que organiza o **IV Encontro Nacional de Agroecologia (IV ENA)**, que tem como tema: “*Agroecologia e Democracia: unindo campo e cidade*”. Nessa edição, pela primeira vez, a promoção da saúde será tema transversal das discussões no campo da Agroecologia.

Para reforçar ainda mais a importância da discussão entre saúde e meio ambiente, a ESP-MG promoveu

VOCÊ SABIA?

Cabe ao Ministério da Saúde o controle de agrotóxicos, enquanto que o controle ambiental cabe ao Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama). O Governo Federal transmite todos os dados ao Ministério da Agricultura.

no ano passado, o lançamento do livro “*Campo, Floresta e Águas - Práticas e Saberes em Saúde*”², com a presença de um dos organizadores da publicação, o professor do Núcleo

de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília (UnB), Fernando Ferreira Carneiro, que também é membro do grupo de trabalho de Saúde e Ambiente da ABRASCO e coordenador do Observatório da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (Obteia).

² Publicação disponível para consulta e empréstimo na Biblioteca Agostinho Pestana, na Unidade Sede da ESP-MG.

AGROECOLOGIA

A Agroecologia é definida como o estudo da agricultura a partir de uma perspectiva ecológica, em que o cultivo e toda a produção de alimentos não utilizam agrotóxicos, gerando harmonia e equilíbrio entre a natureza e o ser humano.



O livro oferece um panorama nacional da situação de saúde das populações do campo, da floresta e das águas, e com isso proporciona aos profissionais de saúde, acadêmicos e movimentos sociais uma melhor análise dos desafios e possibilidades para a implementação da **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA)**.

Além disso, a produção dessa publicação envolveu um esforço coletivo de quase três anos de pesquisas e sistematizações com 69 autores de todas as regiões do Brasil. O processo de pesquisa e de

elaboração do livro foi inovador e utiliza como um de seus princípios a produção compartilhada de conhecimentos a partir da práxis de luta por melhores condições de vida no campo, na floresta e nas águas.

Intoxicação

Uma pesquisa feita pela **Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)**, em 12 países latino-americanos, revelou que o envenenamento por produtos químicos, especialmente o chumbo e os pesticidas, simboliza cerca de 15% de todas as doenças profissionais notificadas. Contudo, a **Organização Mundial**

de Saúde (OMS) assegura que apenas 1/6 dos acidentes são oficialmente registrados e que, aproximadamente, 70% dos casos acontecem em países em desenvolvimento, com os organofosforados representando 70% das intoxicações agudas.

Os agrotóxicos têm feito vítimas fatais, além de provocar aborto, malformação fetal, suicídios, câncer, dermatose, entre outras doenças. De acordo com a OMS, ocorrem 20.000 óbitos/ano devido a manipulação, inalação e consumo indireto de pesticidas, nos países em desenvolvimento, como o Brasil. ■

FIQUE LIGADO!

Dentre os efeitos à saúde humana associado à exposição aos **agrotóxicos**, os mais preocupantes são as intoxicações crônicas, caracterizadas por infertilidade, impotência, abortos, malformações, neurotoxicidade, manifestadas através de distúrbios cognitivos e comportamentais e quadros de neuropatia e desregulação hormonal.





AGENDE SUA DOAÇÃO DE SANGUE
LIGUE 155 OPÇÃO 8

MAIS INFORMAÇÕES ACESSE
www.hemominas.mg.gov.br



SECRETARIA DE
SAÚDE



HEMOMINAS INTEGRA BANCOS DA REDE BRASILCORD

Doença falciforme e transplante de células-tronco hematopoiéticas

Por Heloísa Machado

Com o objetivo de armazenar amostras de sangue de cordão umbilical – cujo material é rico em células-tronco hematopoiéticas capazes de produzir os elementos fundamentais para tratamento do sangue, a Fundação Hemominas implantou, em 2013, o Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (BSCUP) público do estado de Minas Gerais, localizado no Centro de Tecidos Biológicos de Minas Gerais (Cetebio), em Lagoa Santa, na Região Metropolitana de Belo Horizonte.

O BSCUP encontra-se em fase final de validação, ou seja, na realização de testes obrigatórios por lei que asseguram a qualidade do produto hemoterápico para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Com isso, esse novo laboratório será

fundamental para o tratamento de doenças relacionadas ao sangue, como a doença falciforme.

Em Minas Gerais, a Fundação Hemominas é referência para o diagnóstico e tratamento de pacientes com doença falciforme desde 1991. Atualmente, estão cadastrados cerca de 7.700 pacientes em todo o estado.

“As doenças falciformes têm alta morbidade e mortalidade precoce. Essas hemoglobinopatias levam à injúria tecidual sistêmica por isquemia e necrose tissular, ocorrendo lesão progressiva de múltiplos órgãos, como cérebro, coração, fígado, rins, pele, olhos, esqueleto e pulmões. As crises vasclusivas podem ser controladas com tratamento específico, mas algumas complicações como AVC e outras crises graves

de venoclusão podem vitimizar os doentes de maneira irreversível”, explica a médica hematologista e pediatra Mitiko Murao, da Gerência de Hematologia e Hemoterapia da Diretoria Técnico-Científica da Fundação Hemominas.

A médica aponta ainda a significativa redução das taxas de morbidade e mortalidade no Brasil em decorrência de medidas como a triagem neonatal, profilaxia das infecções com o uso da penicilina nas crianças menores de cinco anos, a detecção precoce de doença cerebrovascular pelo doppler transcraniano, a medicação hidroxiureia, a melhoria dos procedimentos hemoterápicos e, mais recentemente, os bons resultados do transplante de medula óssea em casos selecionados.

VOCÊ SABIA?

A doença falciforme é uma das doenças genéticas mais frequentes no Brasil e no mundo. Decorre de uma mutação no gene que produz a hemoglobina A, originando uma hemoglobina mutada, denominada hemoglobina S, de herança recessiva. Existem ainda outras hemoglobinas mutadas como as C, D, E, entre outras. Em associação com a S,

integram o grupo denominado doença falciforme (DF). A mais conhecida é a hemoglobinopatia SS, a anemia falciforme (SS).

Segundo o Ministério da Saúde, estima-se que, no Brasil, cerca de 25.000 a 50.000 pessoas tenham a doença, seja em estado homocigótico (SS), ou na condição de heterocigotos compostos (SC, SD,

SE, Sbetatalassemia e outras mais raras). Bahia, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Maranhão e Pernambuco são os estados brasileiros de maior prevalência. Em Minas Gerais, a incidência da anemia falciforme (SS) é de 72 casos a cada 100.000 nascidos vivos, e 1 (um) portador do traço falciforme (um gene de hemoglobina S) para cada 30 nascimentos.

“Temos como parceiras as maternidades do Hospital Sofia Feldman e do Hospital Israel Pinheiro em Belo Horizonte, e a expectativa é que possamos iniciar o congelamento de bolsas para uso clínico ainda em 2017”, acrescenta Karen de Lima Prata, médica hematologista e hemoterapeuta, responsável técnica pelo Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (BSCUP) do Centro de Tecidos Biológicos de Minas Gerais (Cetebio) da Fundação Hemominas. “As bolsas contendo SCUP armazenadas nos BSCUP públicos (rede BrasilCord) pertencem ao SUS e constituem um patrimônio da sociedade brasileira”, destaca a hematologista.

Investigação científica

Na última década, os bons resultados do transplante de células tronco-hematopoiéticas (TCTH) em casos de doença falciforme, especificamente nas formas mais graves, passaram a incentivar a comunidade científica a investigar sua indicação formal para aqueles pacientes que apresentassem comorbidades importantes, tais como alteração neurológica caracterizada por AVC ou outra alteração neurológica

que persista por mais de 24 horas, ou alteração de imagem; doença cérebro-vascular associada à doença falciforme; mais de duas crises vaso-oclusivas (tanto STA ou outra) graves no último ano; mais de uma crise de priapismo e presença de aloanticorpos em pacientes em regime de hipertransfusão crônica.

Assim, o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) sugeriu ao Ministério da Saúde incluir a indicação dos TCTH alogênicos aparentados de medula óssea, de sangue periférico ou de sangue de cordão umbilical em doença falciforme. Os TCTH podem ser indicados e realizados em pacientes com menos de 16 anos que se encaixem nas indicações específicas descritas e que possuem irmão compatível.

Diante disso, o tema foi apresentado em reunião da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) em maio de 2015, quando médicos especialistas apontaram que a doença falciforme, nas suas formas mais graves, convive com complicações que iniciam de maneira progressiva a partir dos 10 anos de idade, sendo o TCTH o único tratamento curativo existente.

Como o procedimento apresenta riscos, a indicação do transplante deve ser criteriosa e realizada no melhor momento, pois nos casos em que a doença já evoluiu com muitas sequelas, o risco de submeter o paciente a um transplante poderia ser desastroso. Assim, os membros da CONITEC deliberaram, por unanimidade, recomendar a incorporação da indicação de TCTH em doença falciforme no Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes.

Após discussão e busca na literatura por protocolos clínicos e diretrizes de tratamento da doença falciforme, foram definidos os casos específicos para priorização do TCTH e, em 21 de dezembro de 2015, foi publicada a Portaria Ministerial 1.321, incluindo, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órtese, Prótese e Materiais Especiais do SUS, a compatibilidade do transplante alogênico aparentado de medula óssea, de sangue periférico ou de sangue de cordão umbilical, para tratamento da doença, e estabelecendo as indicações e tipo de transplante para essa finalidade.

“A inclusão dessa modalidade de tratamento foi um grande avanço para os pacientes jovens com doença

falciforme grave que possuem um doador irmão (parente) compatível. A portaria recomenda a utilização de medula óssea não manipulada ou sangue de cordão umbilical, sempre que disponível, de doadores irmãos compatíveis como fonte de células tronco”, complementa a médica Mitiko Murao.

Uma das fontes de células-tronco hematopoéticas para o transplante de medula óssea (TMO) é o sangue de cordão umbilical. Para que seja viável, há necessidade de toda uma estrutura complexa para conscientização, coleta e preservação do material placentário coletado.

Banco Público de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário

O sangue que circula no cordão umbilical e na placenta é responsável, durante a gravidez, pelo transporte de oxigênio e de nutrientes da mãe para o bebê. Após o nascimento, uma parte deste sangue vai para o bebê, mas após a ligadura do cordão umbilical pelo profissional responsável pelo parto, o sangue que permaneceu no cordão umbilical e na placenta perde a sua função primordial e, na grande maioria das vezes, é descartado.

Esse sangue é rico em células-tronco hematopoiéticas (CTH), capazes de produzir, em condições adequadas, todas as células que compõem o sangue, ou seja, as células que atuam no sistema imunológico e participam do processo de defesa do organismo (células brancas); as células vermelhas (eritrócitos), que atuam no transporte de oxigênio, e uma célula especial, o megacariócito, que dá origem às plaquetas que atuam no processo de coagulação do sangue.

As células-tronco hematopoiéticas “moram” na medula óssea, que é

um tecido líquido gelatinoso que se localiza no interior de alguns ossos, e é popularmente conhecido como “tutano”. Neste tecido, as CTH encontram as condições ideais para se multiplicarem e originarem as células do sangue.

Algumas pessoas possuem doenças em que há alteração no processo de produção do sangue, seja por algum defeito genético, pela perda da capacidade das CTH em originar um ou mais tipos de células do sangue, ou por transformação em câncer – como a leucemia – e, por conta dessas doenças, precisam ser submetidas ao transplante de medula óssea (TMO).

“O primeiro transplante de medula óssea em humanos foi realizado nos Estados Unidos, em 1956, por uma equipe de médicos coordenada pelo Dr. Donnall Thomas, que por este trabalho foi agraciado com o Prêmio Nobel de Medicina em 1990. Naquela época, acreditava-se que a medula óssea era a única fonte de CTH, o que consagrou pelo uso o nome desta modalidade de tratamento”, conta Karen Prata.

“Sabe-se hoje que este tratamento pode ser feito com CTH coletadas da medula óssea, do sangue periférico dito mobilizado (toma-se um medicamento que faz com que a CTH saia da medula óssea, circule no sangue e seja coletada por meio de um equipamento específico) e, mais recentemente, do sangue de cordão umbilical e placentário”, esclarece a médica.

O primeiro transplante bem-sucedido com CTH do SCUP foi realizado em 1988, em Paris, pela equipe coordenada pela doutora Eliane Gluckman, que, em parceria com o doutor Hal Broxmeyer, demonstrou que o SCUP doado por um “não familiar” pode ser utilizado como fonte de CTH para transplante com segurança, desde que respeitados os critérios referentes à compatibilidade com o sistema leucocitário humano (HLA) e a dose mínima de células-tronco a ser infundida no paciente. “Sendo assim, surgiu a ideia de coletar, processar e armazenar as células do SCUP em bancos, o que encurtaria o tempo para identificar um doador não familiar compatível,

FIQUE LIGADO!

Hematologia e Hemoterapia são as especialidades médicas voltadas ao estudo e à cura de doenças do sangue, da medula e dos gânglios linfáticos. Juntas, essas especialidades são responsáveis por diagnosticar, tratar e curar carcinomas sanguíneos e problemas na medula óssea. Os tratamentos hemoterápicos utilizam o sangue e alguns de seus elementos, como o plasma, para chegar à cura. É assim que funcionam os procedimentos que visam

acabar com o sofrimento das pessoas acometidas pela leucemia, por exemplo. Com isso, o hematologista é o médico especialista em Hematologia e Hemoterapia. Para exercer essa profissão, é necessário cursar Medicina e buscar especialização nessas atividades. O médico hematologista, além de clínico, poderá realizar pesquisas laboratoriais e envolver-se em outras ramificações dentro de um hospital, como as áreas de Oncologia e Reumatologia.

e aumentaria a chance de muitos pacientes serem transplantados e alcançarem a cura de suas doenças”, acrescenta Karen Prata.

No Brasil, as primeiras unidades de sangue de cordão umbilical e placentário SCUP para uso clínico foram coletadas e processadas pela

equipe do Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO) do Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Rio de Janeiro, a partir de 1992, e pela equipe do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná, em Curitiba, a partir de 1993. Diante do sucesso crescente da utilização

clínica do SCUP e das dificuldades em encontrar um doador não familiar compatível, surgiu em 1999, durante o encontro da Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea (SBTMO), a ideia de se criar uma rede brasileira de BS-CUP públicos, denominada Rede

PRINCIPAIS DOENÇAS NO SANGUE

- **Anemia falciforme:** É a doença hereditária mais recorrente em todo o mundo. Provoca deformação das hemácias (glóbulos vermelhos) que, em condições saudáveis, possuem formato bastante maleável. No sangue dos pacientes, as hemácias assumem formato de foice e ficam enrijecidas, dificultando a passagem adequada pelos vasos sanguíneos. Com a passagem dificultada, aumenta a propensão ao entupimento dos vasos, o que pode levar à necrose – estado de morte de tecidos ou órgãos, pois se impede que o oxigênio necessário chegue a toda a extensão corporal. Geralmente é diagnosticada logo no primeiro ano de vida da criança e, quando provoca sintomas, eles incluem crises de dor, inchaço nas mãos e pés, infecções frequentes e icterícia (coloração amarelada na pele e nos olhos).

- **Hemofilia:** Hereditária, a Hemofilia é o transtorno que compromete o processo de coagulação do sangue, causando dificuldade para estancar hemorragias diante do rompimento de vasos sanguíneos. As pessoas com Hemofilia não possuem quantidade suficiente das proteínas responsáveis pela coagulação do sangue e estão propensas à perda de grande

volume sanguíneo após traumas ou mesmo sem ferimentos aparentes. Existem 13 tipos diferentes de fatores de coagulação, e a falta de dois deles dão origem às hemofilias A e B. As deficiências de fatores da coagulação causam sangramento nasal, fluxo menstrual mais intenso que o normal, presença de sangue na urina e nas fezes, hematomas grandes e profundos, dor e inchaço nas articulações e hemorragias internas.

- **Talassemia:** Este é mais um tipo de deformação nos glóbulos vermelhos. Não é contagiosa, e sim passada dos pais para os filhos, muito comum entre os povos do Mediterrâneo. Os talassêmicos possuem glóbulos vermelhos muito menores do que o normal – o que faz com que concentrem pequena quantidade de hemoglobina: proteína encontrada nas hemácias responsável pelo transporte de oxigênio para todos os tecidos do corpo. Esta deficiência de hemoglobina provoca diversos problemas funcionais no organismo – em grande parte dos casos, causa anemia, sendo conhecida como “anemia do Mediterrâneo”. Os sintomas provocados pela talassemia envolvem déficit de crescimento, deformidades ósseas faciais, palidez, urina es-

cureta, inchaço abdominal, febres e diarreias frequentes.

- **Leucemia:** É uma patologia maligna que afeta a medula óssea, responsável pela produção das células sanguíneas. Provoca a multiplicação desordenada e abundante dos leucócitos (glóbulos brancos), causando os sinais e sintomas da doença. A leucemia é desencadeada por alterações genéticas adquiridas (não hereditárias, decorrentes de exposição à radiação ou produtos químicos), que estimulam a produção exagerada de uma mesma célula e originam o câncer. Pode ser classificada como crônica, quando as células se reproduzem num ritmo mais lento, ou aguda, quando a divisão celular é veloz, afetando células jovens e causando rápida progressão do quadro. A leucemia aguda é o tipo de câncer mais comum na infância: a cada 100 casos de câncer entre crianças, 30 são de leucemia aguda. Os sintomas envolvem palidez, sonolência, emagrecimento, aparecimento de manchas roxas ou pontos vermelhos subcutâneos, inchaço dos gânglios linfáticos, dificuldade para caminhar, dores de cabeça e vômitos. Além dos sintomas, a suspeita de leucemia se dá diante de alterações no hemograma.

BrasilCord, que foi formalmente estabelecida em 2004.

O projeto da Rede BrasilCord é gerido pela Fundação do Câncer, financiado pelo Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) e supervisionado tecnicamente pelo INCA. A rede é constituída por 13 bancos públicos estrategicamente distribuídos pelo Brasil, localizados em Belém (PA), Brasília (DF), Campinas (SP), Curitiba (PR), Fortaleza (CE), Florianópolis (SC), Porto Alegre (RS), Recife (PE), Ribeirão Preto (SP), Lagoa Santa (MG), Rio de Janeiro (RJ), além de dois em São Paulo (SP). A terceira fase do projeto começou em

2013, inclui a construção de quatro novos bancos nas cidades de Manaus (AM), São Luís (MA), Campo Grande (MS) e Salvador (BA), totalizando 17 Bancos de Sangue de Cordão Umbilical e uma capacidade de armazenamento total de até 80 mil bolsas, o que amplia as chances dos pacientes que necessitam de tratamento com transplante de medula óssea.

“Em outubro de 2016, a rede brasileira contava com cerca de 19.500 bolsas armazenadas nas 13 unidades em funcionamento e já havia disponibilizado 178 unidades para transplante. No exterior, existem mais de 100 bancos em funcionamento, com aproximadamente 680 mil unidades de SCUP armazenadas”, informa Karen Prata.

Processo de doação

O processo de doação do SCUP é muito parecido com o de doação de sangue e é dividido em etapas. As gestantes que preencherem os critérios determinados pelo Ministério da Saúde e Anvisa são aprovadas para as etapas seguintes:

- a. Pré-triagem: avaliam-se informações contidas no cartão de pré-natal, como a idade da gestante, o número de consultas realizadas no pré-natal, os resultados de exames e se houve alguma intercorrência durante a gestação.
- b. Triagem clínica: quando é feita uma avaliação minuciosa da história pessoal e familiar da gestante e inclui perguntas sobre a vida íntima.
- c. Assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando a coleta, processamento, armazenamento e uso do SCUP em qualquer paciente que dele necessite.



Figura 1: Bolsa contendo Sangue de Cordão Umbilical e Placentário, após o processamento. Fonte: Divulgação Cetebio/Hemominas

PRINCIPAIS OBJETIVOS DA REDE BRASILCORD

- a. O desenvolvimento tecnológico das regiões envolvidas, favorecendo a realização do transplante de medula óssea nesses locais.
- b. O aumento da oferta de unidades, o que eleva a chance de realização do transplante.
- c. A padronização dos protocolos, equipamentos, trabalho em rede e acreditação internacional, o que culmina com o armazenamento e consequente disponibilização para uso clínico de unidades com ótimo padrão de qualidade.
- d. A integração internacional, o que torna possível a utilização clínica das unidades armazenadas pelos BSCUP da Rede por qualquer paciente que dela necessite, no Brasil ou em qualquer país do mundo.

- d. Coleta das bolsas de SCUP, sem interferir com o parto, dor ou risco para a mãe ou para o bebê.
- e. Coleta de sangue materno para a realização de testes obrigatórios por lei, sendo a maioria deles para detectar a presença de determinados vírus ou doenças como o vírus da AIDS, o da hepatite B e C, o HTLV, o citomegalovírus, a sífilis, a toxoplasmose e a Doença de Chagas.

Após essas etapas, as bolsas são encaminhadas para o Cetebio, onde é realizada uma avaliação inicial, e aquelas aprovadas são processadas de forma a se obter um concentrado de células-tronco. A seguir, adiciona-se a solução crioprotetora, responsável por manter as células vivas após congelamento e armazenamento em baixas temperaturas (196°C negativos); confeccionam-se os segmentos (alíquotas do produto que são utilizadas para teste de controle de qualidade antes do uso clínico); coloca-se um envelope plástico protetor, e o conjunto em um estojo de metal (FIG. 1).

O volume final do produto é de aproximadamente 25 mL e o produto é identificado apenas por meio de letras e números, de forma a preservar a identidade do doador.

O produto é colocado, então, em um equipamento especialmente desenvolvido para BSCUP, que é capaz de congelar e armazenar 3.626 unidades por aproximadamente 20 anos (FIG. 2). Após a conclusão de todos os testes, as

bolsas aprovadas são cadastradas no Registro Nacional de Sangue de Cordão Umbilical (Renacord), que está vinculado ao Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (Redome) e aos registros internacionais. Assim, as células armazenadas nos bancos da Rede BrasilCord estão disponíveis para uso em qualquer paciente que delas necessite, no Brasil ou em qualquer país do mundo. ■



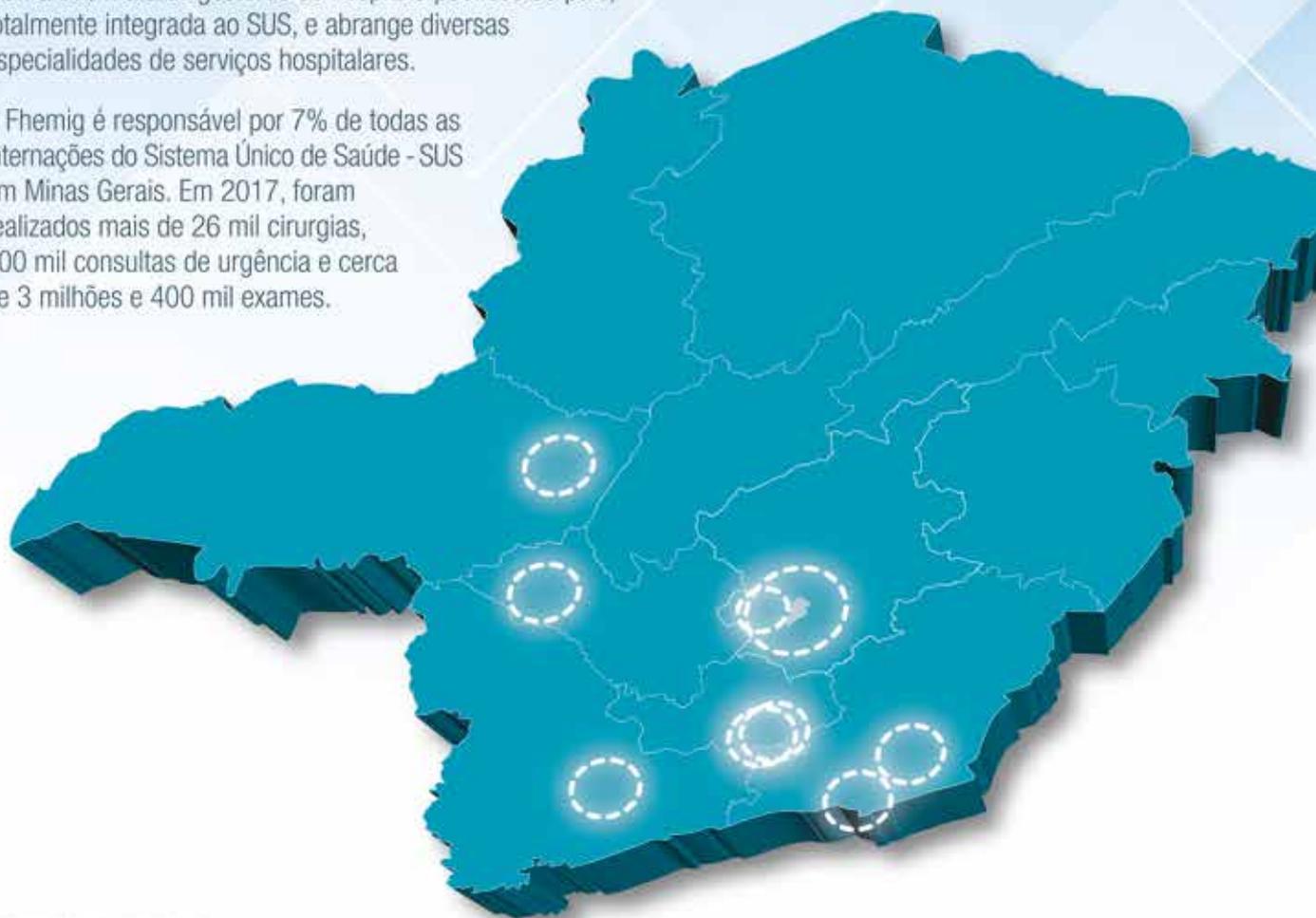
Figura 2: Equipamento utilizado para congelar e armazenar as bolsas contendo Sangue de Cordão Umbilical e Placentário para uso clínico.

Fonte: Divulgação Cetebio/Hemominas

Cuidando da saúde dos mineiros.

A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Fhemig é uma das maiores gestoras de hospitais públicos do país, totalmente integrada ao SUS, e abrange diversas especialidades de serviços hospitalares.

A Fhemig é responsável por 7% de todas as internações do Sistema Único de Saúde - SUS em Minas Gerais. Em 2017, foram realizados mais de 26 mil cirurgias, 300 mil consultas de urgência e cerca de 3 milhões e 400 mil exames.



CONHEÇA A FHEMIG

COMPLEXO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Hospital João XXIII - Belo Horizonte
Unidade Ortopédica Galba Veloso - Belo Horizonte
Hospital Maria Amélia Lins - Belo Horizonte
Hospital Cristiano Machado - Sabará
Hospital Infantil João Paulo II - Belo Horizonte

COMPLEXO DE ESPECIALIDADES

Maternidade Odete Valadares - Belo Horizonte
Hospital Alberto Cavalcanti - Belo Horizonte
Hospital Eduardo de Menezes - Belo Horizonte

COMPLEXO DE HOSPITAIS GERAIS

Hospital Júlia Kubitschek - Belo Horizonte
Hospital Regional Antônio Dias - Patos de Minas
Hospital Regional João Perido - Juiz de Fora
Hospital Regional da Barbacena Dr. José Américo - Barbacena

COMPLEXO DE REABILITAÇÃO E CUIDADO AO IDOSO

Casa de Saúde São Francisco de Assis - Bambuí
Casa de Saúde Santa Izabel - Betim
Casa de Saúde Santa Fé - Três Corações
Casa de Saúde Padre Damião - Ubá

COMPLEXO DE SAÚDE MENTAL

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena - Barbacena
Hospital Galba Veloso - Belo Horizonte
Centro Mineiro de Toxicomania - Belo Horizonte
Instituto Raul Soares - Belo Horizonte
Centro Psíquico da Adolescência e Infância - Belo Horizonte

COMPLEXO MG TRANSPLANTES

MG Transplantes - Belo Horizonte

FHEMIG INOVA COM LINHA DE CUIDADO AO ADULTO NAS CASAS DE SAÚDE DO ESTADO

Expertise da Rede Fhemig poderá ser base de política nacional inédita no país

Por Michelle Guirlanda

Promover a integração social e, ao mesmo tempo, remodelar o perfil assistencial das antigas colônias de hanseníase. Com essa proposta, a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais desenvolveu e implantou a Linha de Cuidado ao Adulto e ao Idoso, um modelo que amplia os serviços prestados pelas ex-colônias. As atuais Casas de Saúde se tornaram referências regionais para atendimentos de reabilitação, tratamento de lesões cutâneas e consultas e procedimentos especializados. A Linha de Cuidado foi apresentada no Encontro de Gestores das Ex-Colônias, em setembro de 2017, e será levada ao Ministério da Saúde para subsidiar a criação de uma

política nacional inédita no país. O anúncio foi feito pelo representante do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan), Artur Custódio Moreira de Sousa, nessa ocasião.

Com a Linha de Cuidado e de Atenção ao Adulto e ao Idoso, as Casas de Saúde podem prestar assistência multiprofissional e interdisciplinar por meio de planos de cuidado individuais, viabilizar a autonomia e a independência dos usuários, oferecer um ambiente humanizado e promover uma gestão colegiada e participativa de um modelo assistencial. Esses são os principais objetivos citados no Protocolo Clínico da Fhemig nº 24

(2014), que estabeleceu os parâmetros dessa Linha.

A mudança de nome e do perfil assistencial também contribuiu para combater o preconceito da população em relação aos ex-pacientes, hoje moradores das antigas colônias. Foram investidos recursos para atender as demandas regionais de atendimento especializado, ambulatorial ou de internação, que foram devidamente contratualizadas e reguladas.

Inegavelmente, hoje essas unidades oferecem importantes serviços de saúde em suas regiões e atuam integradas às políticas de saúde do **Sistema Único de Saúde (SUS)** regional e estadual.

Histórico

A redefinição do perfil assistencial das antigas colônias de hanseníase, em 2006, estabeleceu o Complexo de Reabilitação e Cuidado ao Idoso na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig). Seguindo sua vocação, as unidades da Rede Fhemig mantiveram a assistência para pacientes que necessitam de cuidados prolongados, reabilitação, ou apresentam lesões de

pele, mas também ampliaram sua oferta de serviços para a comunidade, seguindo com o atendimento ambulatorial e hospitalar referenciados em suas regiões.

Essa experiência foi aproveitada na elaboração da Linha de Cuidado de Atenção ao Adulto e ao Idoso (a partir do Protocolo Clínico nº 24, criado em 2008 e revisado em 2014), dentro dos princípios do SUS, e atualmente adotada nas quatro

ex-colônias: Santa Izabel (Betim), Santa Fé (Três Corações), Padre Damião (Ubá) e São Francisco de Assis (Bambuí).

A metodologia dessa Linha de Cuidado foi elaborada pela Diretoria Assistencial da Fhemig, com a participação de todos os profissionais das equipes multidisciplinares das Casas de Saúde. “A Linha de Cuidados foi pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao

HISTÓRIA DAS EX-COLÔNIAS DE HANSENÍASE

A Política Sanitária no país determinou, no dia 31 de outubro de 1923, que fossem criadas as colônias agrícolas, sanatórios, hospitais ou asilos onde pessoas que fossem diagnosticadas com hanseníase – ou mesmo suspeitas de estarem infectadas, fossem

compulsoriamente internadas em locais afastados dos centros populacionais.

Em 1976, a Portaria MS nº 165 determinou o fim da internação compulsória, apesar de ainda permanecerem o preconceito e o estigma em relação aos moradores

dessas comunidades. Embora as pessoas pudessem sair dos asilos se assim o quisessem – dando continuidade ao seu tratamento nos centros de saúde, a falta de um lugar para voltarem resultou, na prática, na permanência da maioria dessas pessoas nas ex-colônias.





usuário no sentido de atender às suas necessidades de saúde”, explica o assessor da Presidência, Tiago Possas, um dos idealizadores desse trabalho.

A Linha de Cuidado prevê a prioridade dos pacientes assistidos nas Casas de Saúde tanto em casos de internações por intercorrências clínicas como em consultas especializadas, ações de reabilitação, atendimento odontológico e exames de diagnóstico.

De acordo com o último levantamento realizado pela Diretoria Assistencial, mais de 80% dos usuários são idosos e pessoas portadoras de alguma deficiência. Por isso, a

metodologia da Linha prevê que esses pacientes sejam reavaliados periodicamente a fim de mensurar seu nível de fragilidade e elaborar ações preventivas, reabilitadoras, curativas ou paliativas que possam constar em seus planos de cuidado.

A escala de cuidado varia de “robusto” a “frágil”. Essa avaliação leva em consideração critérios como a capacidade de mobilidade do paciente, sua fluência verbal e nível de cognição, sua vulnerabilidade clínica e funcional, condições neurológicas e psiquiátricas e comorbidades múltiplas, entre outros.

Nas Casas de Saúde ainda existem pavilhões, lares abrigados e enfermarias, onde residem os pacientes, que são áreas semelhantes a instituições de longa permanência. Com a implantação da Linha de Cuidado, esses setores tornam-se “lares inclusivos”, com suporte assistencial prestado por equipe multiprofissional. “Promovemos a autonomia e a independência dos usuários, libertando-os do modelo rígido de unidade hospitalar – o que, na maioria dos casos, não tem mais sentido”, esclarece Tiago Possas.

Nova fase

Dentro das diretrizes da Linha de Cuidado, foi inaugurada, no final do ano passado, a Unidade de Cuidados Continuados Integrados

na Casa de Saúde São Francisco de Assis (CSSFA), no município de Bambuí. Essa Unidade será voltada a pacientes que, apesar de estarem em condição de receber

alta hospitalar, apresentam perda recente e transitória de autonomia. São pacientes estáveis do ponto de vista clínico, mas que ainda necessitam de cuidados

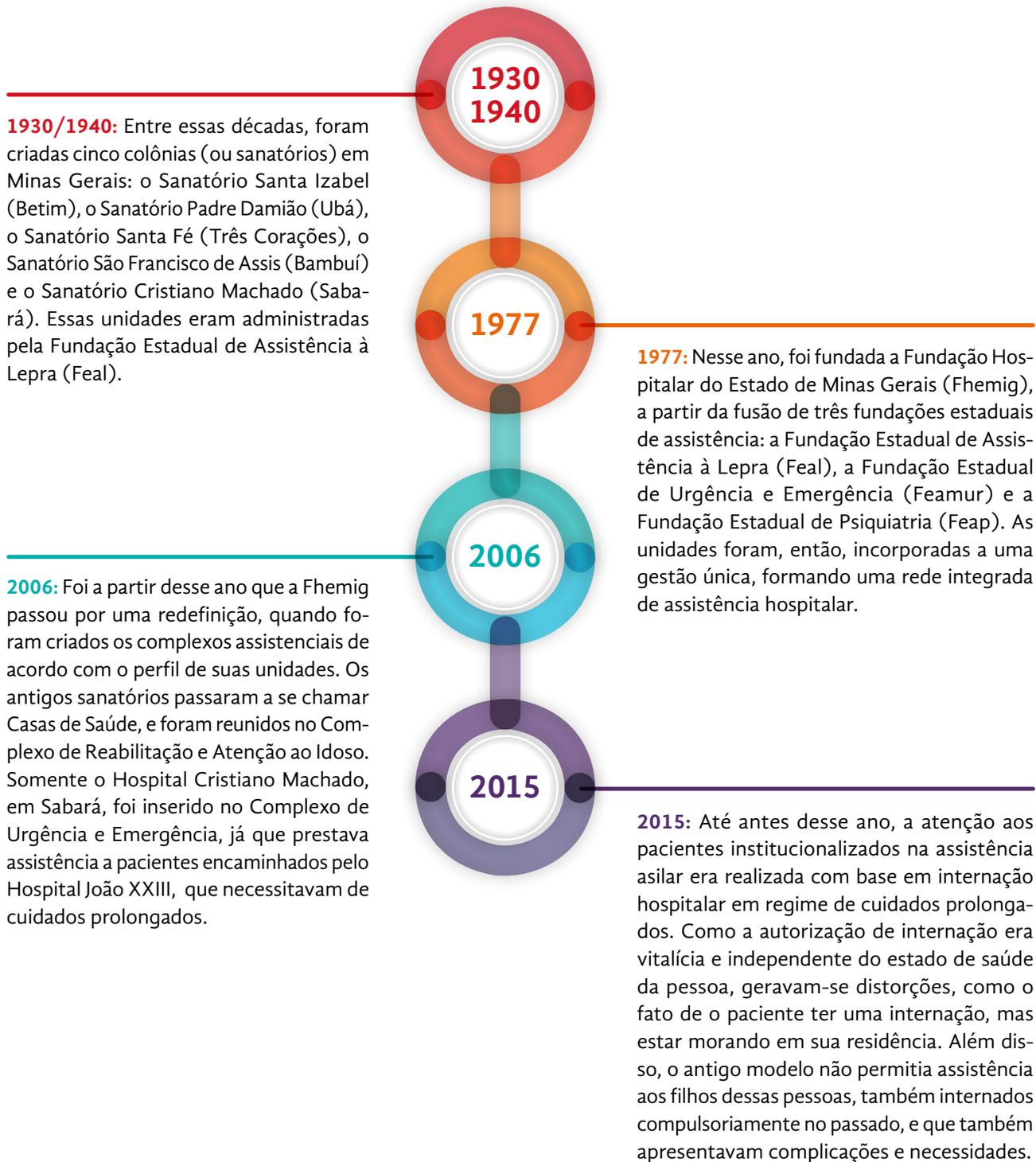




multidisciplinares, envolvendo médicos, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e dentistas.

O diretor da CSSFA, Divino Flausino de Almeida, avalia que a implantação desses serviços representa uma inovação no sistema de saúde. “É uma redefinição do modelo assistencial não só da

CSSFA, mas que também servirá de modelo para as demais casas de saúde de Minas Gerais, podendo, ainda, ser implantado nos hospitais da Rede Fhemig de uma forma geral”, apontou Divino. ■



FUNDAÇÃO EZEQUIEL DIAS

A Funed afirma seu compromisso de manter-se como uma instituição pioneira em pesquisa, inovação científica e desenvolvimento tecnológico, sendo referência em vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, na produção de medicamentos e no cuidado com a saúde pública.

Conheça mais:

www.funed.mg.gov.br

Acesse nossas redes sociais:



fb.com/funedMG



instagram.com/funedMG



twitter.com/funedMG



youtube.com/ACSFuned

VOCÊ SABE QUAIS SÃO OS IMPACTOS DOS AGROTÓXICOS NOS ALIMENTOS QUE CHEGAM ATÉ A SUA CASA?

Para oferecer subsídios às ações de vigilância sanitária quanto à segurança alimentar, a Fundação Ezequiel Dias (Funed) se especializou em análise de resíduos de agrotóxicos, com o objetivo de minimizar a presença dessas substâncias em alimentos. Enquanto isso, o Congresso Nacional discute a aprovação da PL do Veneno.

Por Luciane Marazzi

Em 2017, a substância carbofurano, agrotóxico muito utilizado em alimentos como a laranja, foi proibida em todo o Brasil, por apresentar riscos à saúde da população. A ingestão dessa substância pode, estatisticamente, atingir níveis tóxicos. A proibição do uso desse agrotóxico pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) é o resultado do trabalho desenvolvido pela Rede de Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen) do país, da qual a Fundação Ezequiel Dias (Funed) faz parte.

A atuação da Anvisa, subsidiada pelo trabalho dos Lacen, garante que os agrotóxicos estejam

submetidos a um processo de fiscalização e controle toxicológico e ambiental, minimizando os efeitos nocivos para a população e para os trabalhadores do campo. Na contramão desse trabalho, o Projeto de Lei nº 6.299/2002, conhecido como PL do Veneno e que está tramitando no Congresso Federal, retira da Anvisa a competência de realizar a reavaliação toxicológica desses produtos, que passa a ser atribuída ao Ministério da Agricultura, o que não contribui para oferecer alimentos mais seguros.

O uso de agrotóxicos e a consequente presença de resíduos acima dos níveis autorizados nos

alimentos é motivo de preocupação no **Sistema Único de Saúde (SUS)**. Para avaliar os níveis de resíduos de agrotóxicos nos alimentos consumidos pela população, a Funed faz parte, desde 2001, do Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA), da Anvisa, regulamentado em 2003 pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC 119/03).

O programa oferece subsídios para ações do governo sobre segurança alimentar e sobre o uso inadequado e não autorizado dos agrotóxicos. Sob a coordenação da Anvisa, essas ações são desenvolvidas pelo Sistema Nacional de Vigilância

Sanitária (SNVS) e realizadas em conjunto com os órgãos estaduais e municipais de vigilância sanitária.

De 2009 a 2015, a Funed analisou resíduos de agrotóxicos em mais de cinco mil amostras de alimentos, o que contribuiu diretamente para que se formulassem ações de políticas públicas para que a população não adoça ou gere notificações como agravo por exposição a qualquer tipo de pesticida. Em 2017, por exemplo, graças às análises laboratoriais, a substância carbendazim, um fungicida utilizado para controlar doenças em frutas, foi encontrado no abacaxi em níveis acima dos limites permitidos, trazendo indícios de que as boas

práticas agrícolas não foram seguidas, o que sugere uma reavaliação desse agrotóxico pela Anvisa.

O Instituto Octávio Magalhães (IOM), Laboratório Central de Saúde Pública de Minas Gerais (Lacen/MG), da Funed, é parte fundamental desse processo, sendo considerado, pela Anvisa, referência nacional na realização de análises de resíduos de agrotóxicos. O IOM, que faz parte do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB), por meio de seu Laboratório de Resíduos de Pesticidas, do Serviço de Química, é responsável, juntamente com os Lacen dos estados de São Paulo e Goiás, pelas análises laboratoriais que funcionam como

indicadores da ocorrência de resíduos de agrotóxicos em alimentos. Um laboratório privado contratado por processo licitatório também colabora na realização das análises.

Atualmente, o PARA conta com a participação das vigilâncias sanitárias de 27 unidades federativas, que enviam amostras de alimentos a serem analisados e colaboram com a tomada de ações após a divulgação dos dados. Os resultados do programa permitem verificar se os níveis de resíduos de agrotóxicos encontrados nos alimentos comercializados no varejo estão dentro dos Limites Máximos de Resíduos (LMR) estabelecidos pela Anvisa, por meio da Resolução Anvisa nº



PL DO VENENO

O Projeto de Lei nº 6.299/2002 retira da Anvisa e do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais (IBAMA) a competência de realizar a reavaliação toxicológica e ambiental dos agrotóxicos. De acordo com a Anvisa, a PL do Veneno não contribui com a melhoria e a disponibilidade de alimentos mais seguros ou novas tecnologias para o agricultor, não atendendo a quem deveria ser o foco da legislação: a população brasileira.

A proposta é de que não haja mais avaliação e classificação de produtos pelas áreas de saúde e meio ambiente, mas apenas uma “homologação” da avaliação realizada pelas empresas registrantes de produtos agro-



tóxicos, centralizando as competências de registro, normatização e reavaliação de agrotóxicos no Ministério da Agricultura. Tal ação destitui os órgãos federais da saúde e do meio ambiente destas

funções, previstas na atual Lei de Agrotóxicos regulamentada pelo Decreto nº 4.074/2002, desconsiderando todo o trabalho de monitoramento realizado pela Anvisa e pelos Lacen.





165, de 2003. Além disso, é possível conferir se os agrotóxicos utilizados estão devidamente registrados no país e se foram aplicados somente nos alimentos para os quais estão autorizados.

Outra ação importante é a estimativa da exposição da população aos resíduos de agrotóxicos em alimentos de origem vegetal e, consequentemente, a avaliação do risco à saúde decorrente dessa exposição.

A farmacêutica Tânia Guerra Peixoto, do Laboratório de Resíduos de Pesticidas da Funed, esclarece que evitar possíveis danos à saúde

é a principal contribuição que o PARA oferece para a população. “O programa nos permite avaliar continuamente os níveis de resíduos de agrotóxicos nos alimentos *in natura* que chegam à mesa do consumidor, fortalecendo a capacidade do governo de atender a segurança alimentar, evitando, assim, os possíveis agravos à saúde da população”, explica.

Indicadores

O agrotóxico tem a função de preservar a produção agrícola da ação danosa de seres vivos considerados nocivos. Ao mesmo tempo em que o

uso de produtos químicos em setores da produção contenha o avanço de pragas, eles também podem causar sérios agravos à saúde, como malformação fetal, câncer, distúrbios endócrinos, neurológicos e respiratórios, além de submeterem trabalhadores do campo à possibilidade de intoxicações agudas e crônicas.

Por conta disso, o PARA produz relatórios que são os principais indicadores nacionais sobre o uso regular e irregular de agrotóxicos em alimentos adquiridos no mercado varejista e consumidos pela população e apresentam um estudo

da avaliação do risco. A Lei nº 7.802, de 1989, que também é conhecida como a “Lei de Agrotóxicos”, estabelece que essas substâncias só podem ser utilizadas no Brasil se forem registradas nos órgãos federais competentes, ou seja, o Ministério da Saúde, por meio da Anvisa; o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA); o Ministério do Meio Ambiente, por meio do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA).

A Anvisa tem, entre outras competências, a função de avaliar e classificar toxicologicamente os agrotóxicos e seus componentes. Antes de autorizar o uso de um ingrediente ativo para uma cultura agrícola, são avaliados os impactos em caso de exposição, calculando-se, assim, a Ingestão Diária Máxima Teórica (IDMT).

De acordo com Tânia, depois da primeira avaliação, as substâncias podem sofrer um processo de reavaliação do registro, ou seja, pode haver a necessidade de se reverem as condições de uso ou

ser desaconselhável sua utilização, especialmente quando há o alerta de organizações internacionais responsáveis pela saúde, alimentação e meio ambiente.

Análise

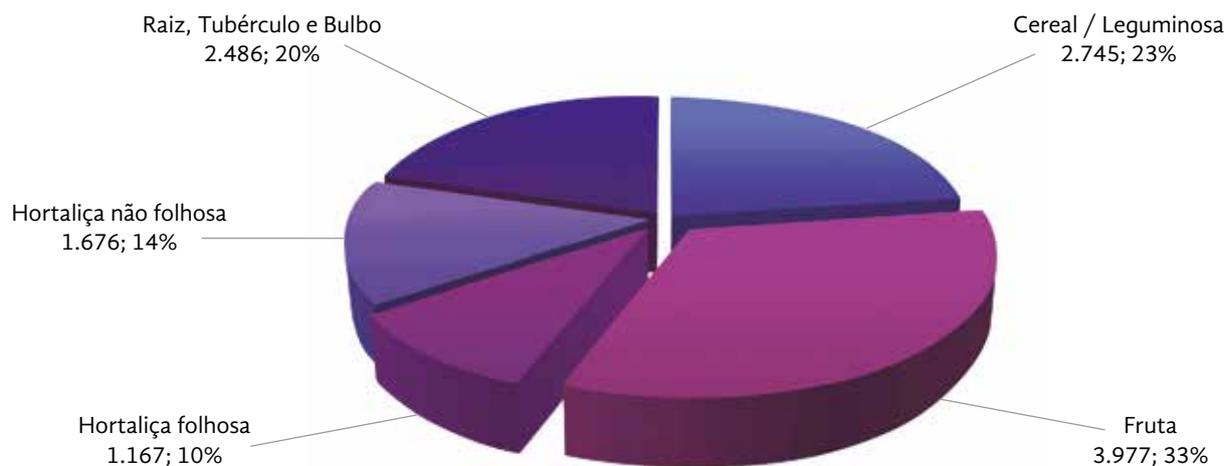
Os alimentos são escolhidos de acordo com os dados de consumo das famílias brasileiras em pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em diferentes estados. Até o ano de 2017, foram analisadas amostras de 28 alimentos: abacaxi, abobrinha, alface, alho, arroz, banana, batata inglesa, batata doce, beterraba, cebola, cenoura, chuchu, couve, feijão, goiaba, laranja, maçã, mamão, mandioca (farinha), manga, milho (fubá), morango, pepino, pimentão, repolho, tomate, trigo (farinha) e uva.

As Vigilâncias Sanitárias dos estados realizam as coletas semanalmente em supermercados e sacolões, ou seja, em locais onde o consumidor final adquire os alimentos, mantendo, assim, as características semelhantes ao que será consumido.

“Os laboratórios recebem, cadastram no sistema, preparam, analisam as amostras e, em seguida, liberam os resultados para a Anvisa e as Vigilâncias Sanitárias que fizeram a coleta. Dessa forma, é possível rastrear possíveis problemas e subsidiar ações de fiscalização de vigilância sanitária”, esclarece Tânia. Entre as ações mais imediatas, estão: comunicação aos pontos de venda, rastreabilidade de origem do produto e, inclusive, processos administrativos, no caso de análises fiscais.

De acordo com a analista do Laboratório de Resíduos de Pesticidas da Funed, Mariana Almeida, as amostras encaminhadas aos laboratórios são analisadas pelo método analítico de “multirresíduos” ou por metodologias específicas (*Single Method*) previamente validadas. O método multirresíduo (do inglês, *Multiresidue Method*) consiste em analisar simultaneamente diferentes ingredientes ativos de agrotóxicos em uma mesma amostra.

“As técnicas analíticas utilizadas são de alta complexidade.



Distribuição do quantitativo de amostras analisadas por categoria de alimentos
Fonte: Anvisa, 2015



Primeiramente, realiza-se a preparação da amostra, seguida da extração dos agrotóxicos com solventes e posterior identificação e quantificação desses por uma técnica seletiva e sensível, a cromatografia acoplada à espectrometria de massas”, explica Otávio Mazzoni, analista do Laboratório de Resíduos de Pesticidas. Os resultados possibilitam, ainda,

traçar um diagnóstico da utilização de agrotóxicos nos alimentos abrangidos pelo programa. “Com isso, são fornecidos subsídios ao poder público para a implementação de ações de natureza regulatória, fiscalizatória e educativa”, complementa Mariana.

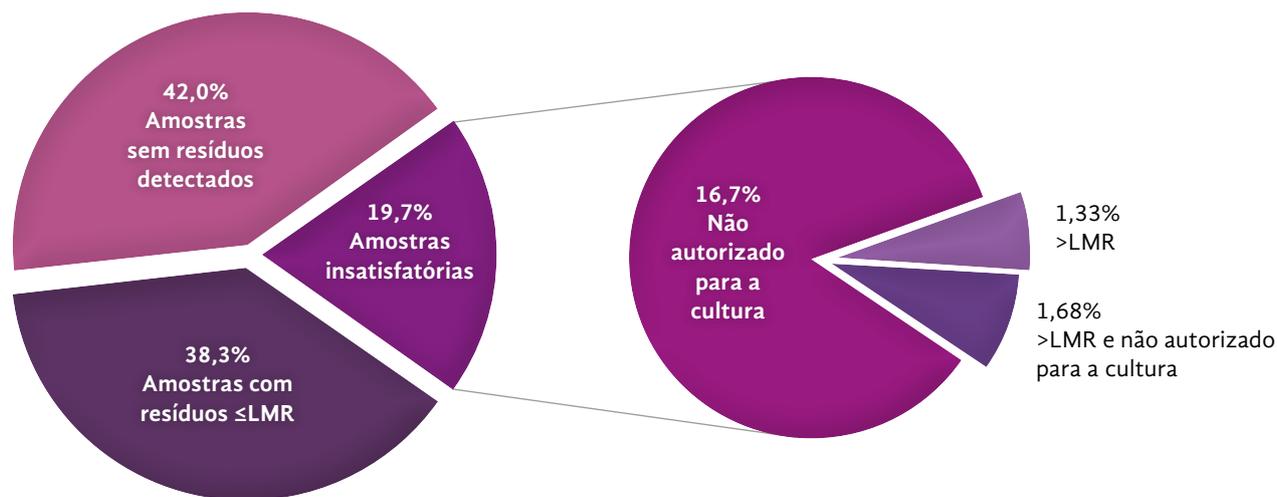
De acordo com a Anvisa, em 2015, das 12.051 amostras monitoradas,

9.680 (80,3%) foram consideradas satisfatórias quanto aos agrotóxicos pesquisados, sendo que em 5.062 amostras (42%) não foram detectados resíduos. Já 4.618 amostras (38,3%) apresentaram resíduos com concentrações iguais ou inferiores ao Limite Máximo de Resíduos (LMR), e 2.371 (19,7%) estavam insatisfatórias, sendo que em 16,7% foram

Agrotóxico	Nº de alimentos monitorados	Nº de amostras monitoradas	Total de amostras com detecção	% de amostras com detecção	Nº de amostras irregulares	% de amostras irregulares
Acefato	25	12.051	1.268	10,5	613	5,09
Carbendazim	24	10.668	2.553	23,9	327	3,06
Clorpirifós	22	10.454	946	9,04	343	3,28

Detalhamento dos dados referentes aos três agrotóxicos com maior número de ocorrência de irregularidade.

Fonte: Anvisa, 2015



Distribuição das amostras analisadas segundo a presença ou a ausência de resíduos de agrotóxicos e o tipo de irregularidade
 Fonte: Anvisa, 2015

detectados, como motivo de irregularidade, resíduos de agrotóxicos não autorizados. Cerca de 1,33% das amostras apresentou resíduos acima do LMR. 1,68% apresentou resíduos acima do LMR, bem como resíduos de agrotóxicos não autorizados para a cultura.

A Funed realiza análises de resíduos em alimentos *in natura* para 211 tipos de agrotóxicos diferentes. Segundo a Anvisa, o acefato foi a substância que apresentou maior percentual de ocorrência de irregularidade, com resultados insatisfatórios em 5,09% das amostras analisadas.

Qualificação

Constantemente, a Funed busca qualificar os servidores do Laboratório de Resíduos de Pesticidas, acreditado pela Coordenação Geral

de Acreditação do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO) na ABNT ISO/IEC 17025.

“Esses treinamentos proporcionam a troca de conhecimentos e de experiências em laboratórios que são referências internacionais. Outro ponto importante é que, dessa forma, é possível manter-se atualizada e em processo de evolução, acompanhando todos os avanços tecnológicos e analíticos”, destaca a analista do Laboratório de Resíduos de Pesticidas, Vanessa Faria, que foi capacitada pela instituição.

Com essas atualizações, será possível a implantação de um novo método que permitirá ao laboratório ampliar o quantitativo de análises e a variedade de alimentos, por ser mais barato, rápido, fácil,

efetivo, robusto e seguro, como também a otimização de novas metodologias de Single Methods para ampliar o escopo analítico, abrangendo a pesquisa de agrotóxicos muito utilizados como o glifosato. Este é o agrotóxico mais vendido no Brasil, ultrapassando em 2016, mais de 160 mil toneladas comercializadas.

Nos últimos anos, a equipe tem realizado treinamentos em laboratórios europeus de excelência na análise de resíduos de agrotóxicos. Esses treinamentos foram realizados no Laboratorio Agroalimentario da la Generalitat, e no European Union Reference Laboratory/ University of Almeria, ambos na Espanha, e no Chemisches und Veterinäruntersuchungsamt (CVUA), na Alemanha. ■

Educação em saúde na mudança dos hábitos alimentares para perda de peso: a experiência de um grupo operativo

Health education on change of eating habits for weight loss: the experience of an operating group

Luís Paulo Souza e Souza¹

Aline Medeiros²

Elma Lúcia de Freitas Monteiro³

Aline Elizabeth da Silva Miranda⁴

¹Enfermeiro.
Doutorando em
Saúde Pública
(UFMG). Professor
do Departamento
de Medicina (UFSJ).
Professor Credenciado
da ESPMG.
luis.pauloss@
hotmail.com

²Nutricionista da
Prefeitura Municipal
de Onça de Pitangui,
Minas Gerais.
Especialista em Saúde
Pública (ESPMG).

³Nutricionista. ESPMG.

⁴Nutricionista.
Doutoranda em
Enfermagem (UFMG)

RESUMO: Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido na cidade de Onça de Pitangui, região Centro-Oeste de Minas Gerais. A experiência relatada é do Grupo de Reeducação Alimentar promovido pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família, entre maio e agosto de 2017. Foram realizados 11 encontros. Os temas tratados envolveram aspectos emocionais e o peso, atividade física, mitos sobre alimentação e dietas da moda, otimização de tempo e saúde, fome e vontade de comer, pensamentos funcionais e sabotadores, cultivo de horta em casa. Participaram voluntariamente 47 pessoas, sendo 91,49% do sexo feminino. Em relação ao estado de saúde, as principais morbidades apresentadas foram dislipidemia (34,04%) e hipertensão arterial (27,65%). Mais de 90% estavam acima do peso. Foram criados materiais educativos, tais como cartão de acompanhamento da saúde, cartilha de orientações de exercícios físicos, panfletos informativos sobre agrotóxicos, entre outros. Observou-se que a maior parte dos participantes aderiu ao plano alimentar e às atividades físicas, além de atingir seus objetivos no grupo. Sobre o peso, 65,96% dos participantes apresentaram redução, 17,02% mantiveram e 17,02% tiveram aumento. A abordagem em grupo se apresenta como uma ferramenta potente e válida na conscientização dos indivíduos sobre novos hábitos e comportamentos em relação à saúde. O grupo permitiu o reconhecimento de cada um no outro, havendo a troca de saberes e experiências, o que possibilitou a mudança no pensar e no agir.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Educação Alimentar e Nutricional. Estratégia Saúde da Família. Promoção da Saúde.

ABSTRACT: Descriptive study of an experience report, developed in the city of Onça de Pitangui, in the Central-West region of Minas Gerais state. The reported experience concerns the “Group of Dietary Re-education” sponsored by the Center for Family Health, during the period of May and August, 2017. There were eleven meetings with 47 people, who participated voluntarily. The subjects discussed involved emotional aspects as well as weight, physical activity, nutrition myths about fad diets, optimization of time and health, hunger and eating cravings, functional thoughts and saboteurs, as well as the

cultivation of a vegetable garden. 91,49% out of the participants were female. In relation to their health conditions, the main morbidities presented were Dyslipidemia (34,04%) and hypertension (27,65%). More than 90% were the participants overweight. Educational materials have been created such as a health monitoring card, a booklet of guidelines on exercises, leaflets about pesticides, among others. It was noted that most participants joined the eating plan and physical activities, and also achieved their goals in the group. In relation to the weight, 65,96% of the participants reduced their weight, 17,02% maintained it, and 17,02% increased it. A group approach presents itself as a powerful and valid tool in the individuals' awareness of new health habits and behaviors. The group allowed for the recognition of one another, exchanging knowledge and experiences, making a change in thinking and behaving possible.

Keywords: Health Education. Food and Nutrition Education. Family Health Strategy. Health Promotion.

Introdução

Considerado um grande problema de saúde pública na atualidade, a obesidade é um agravo de caráter multifatorial que envolve questões biológicas, culturais, ecológicas, econômicas, históricas, políticas e sociais (LOPES; FERREIRA, 2013). É definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma doença caracterizada pelo acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal, trazendo várias repercussões para a saúde (LINHARES *et al.*, 2012).

A obesidade é um fenômeno global, de alta prevalência na população adulta em vários países, constituindo um desafio mundial controlar sua progressão (MALTA *et al.*, 2016). Nesse contexto, a pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), realizada nas 26 capitais brasileiras e Distrito Federal em 2016, revelou que 53,8% da população estavam com excesso de peso (sobrepeso + obesidade), sendo que 18,9% apresentaram obesidade. Essa pesquisa é realizada desde 2006, e é possível notar um aumento na prevalência do excesso de peso, pois no primeiro ano de realização, a prevalência de excesso de peso era de 42,6% e de obesidade, 11,8% (BRASIL, 2017).

O excesso de gordura corporal aumenta o risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, como doenças

cardiovasculares, diabetes e hipertensão arterial, e outros problemas de saúde como litíase biliar, osteoartrite e câncer (LOPES; FERREIRA, 2013).

Os gastos públicos do tratamento da obesidade e doenças associadas (diabetes, hipertensão arterial e infarto agudo do miocárdio) no Brasil aumentaram ao longo dos anos (MAZZOCCANTE; MORAES; CAMPBELL, 2012). Em 2011, as doenças crônicas não transmissíveis foram responsáveis por 72,4% dos óbitos nos países, representando a principal fonte de doenças (MALTA *et al.*, 2016).

Esse agravo possui relação com o ambiente e o modo de vida do indivíduo. O desenvolvimento trouxe mais facilidade para o homem, mas também vem trazendo impactos negativos na qualidade de vida do ser humano, que, frente, às facilidades proporcionadas pela tecnologia, vem reduzindo suas atividades físicas, em decorrência da comodidade dos transportes e controles remotos (LOPES; FERREIRA, 2013).

Vários estudos demonstram que intervenções de base local, organizadas a partir de equipes de saúde treinadas e capacitadas para realizar cuidados contínuos e integrais, apresentam boa qualidade, alta resolutividade, são mais custo-efetivas e permitem a articulação com outros setores, além do setor de saúde. Nesse contexto,

destaca-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo um dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil que vem buscando o fortalecimento das intervenções multiprofissionais voltadas para a promoção da saúde. Nessa perspectiva, em 2008 foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de apoiar as equipes da ESF, oferecendo ações de promoção e atenção à saúde, de maneira integrada e ampliando o escopo de ofertas (SOUZA *et al.*, 2013).

As práticas grupais constituem importante prática no cuidado aos usuários no contexto da ESF. Esses grupos se baseiam na educação em saúde, tendo como objetivos o empoderamento, a autonomia, a participação e a corresponsabilização (BRASIL, 2014). A educação em saúde é parte essencial na promoção da saúde e prevenção de doenças, contribuindo para o tratamento precoce, eficaz e também para a diminuição da procura dos usuários pela unidade de saúde, proporcionando maior satisfação com seu autocuidado (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

Na década de 1940, o psicanalista argentino Pichon-Rivière definiu o grupo operativo como conjunto de pessoas ligadas entre si, articuladas por uma mútua representação interna, propondo-se, de forma explícita ou implícita, a uma tarefa que corresponde a sua finalidade. Esta teoria enfatiza os vínculos sociais, que são base para o processo de aprendizagem, estabelecendo uma rede de relações (SOARES; FERRAZ, 2007; SOUZA e SOUZA *et al.*, 2017). Assim, os grupos operativos ou grupos de educação em saúde podem contribuir no estímulo à mudança de estilo de vida com adoção de comportamentos que promovem proteção à saúde, tais como atividade física, controle medicamentoso, alimentação saudável, entre outros (REIS *et al.*, 2013).

Através da educação nutricional desenvolvida por meio de atividades em grupo, é possível obter a redução no índice de massa corporal (IMC) e gordura corporal, trazendo diversos benefícios à saúde junto a essas reduções. Independentemente de proporcionar

elementos suficientes para atingir os objetivos de cada pessoa no grupo, as atividades desenvolvidas trazem novos conhecimentos sobre nutrição, além de ser importante estratégia motivacional para práticas mais saudáveis (CUNHA; ALBANO, 2012).

O Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para Políticas Públicas destaca a importância da educação alimentar e nutricional como estratégia para a promoção da alimentação saudável dentro do contexto da realização do direito humano à alimentação adequada e da garantia da segurança alimentar e nutricional (SANTOS, 2013).

A partir do exposto, este estudo objetivou relatar a experiência de um grupo educativo sobre adoção de hábitos saudáveis em um município da região Centro-Oeste de Minas Gerais, Brasil.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido na cidade de Onça de Pitangui, região Centro-Oeste do estado de Minas Gerais, Brasil. A experiência relatada refere-se ao Grupo de Reeducação Alimentar promovido pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da referida cidade, em 2017.

A cidade de Onça de Pitangui possui, aproximadamente, 3.192 habitantes (IBGE, 2017). Uma equipe de Estratégia Saúde da Família e uma equipe de NASF, a qual é composta por uma nutricionista, uma psicóloga, uma fisioterapeuta e uma terapeuta ocupacional, são mantidas na cidade. O NASF foi implantado em janeiro de 2014 e desenvolve atividades como grupos operativos, discussão de casos, educação permanente, matriciamento, visitas domiciliares, e, quando necessário, atendimento individual.

Os grupos foram desenvolvidos entre os meses de maio e agosto de 2017 e contaram com a participação de pessoas da comunidade com idades variadas, residentes no município e que desejavam melhorar os hábitos alimentares e os comportamentos em saúde. Ressalta-se que, para participar, os usuários

e usuárias não necessitavam estar acima do peso ou apresentar algum agravamento, sendo a participação voluntária.

A divulgação das atividades foi feita por meio de convites entregues pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) durante as visitas domiciliares. Além disso, foram afixados cartazes na Unidade de Saúde da Família e em vários locais no município, com vistas a estimular a participação de um maior número de pessoas.

O grupo foi intitulado “Reeducação Alimentar”, a fim de não enfatizar somente a obesidade ou o excesso de peso e torná-lo mais prazeroso e leve, dando possibilidades de qualquer usuário participar a partir de anseios e demandas próprias. As atividades do grupo foram conduzidas por diversos atores, tais como terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicóloga, educador físico, acadêmicos de medicina e técnico da Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Estado Minas Gerais (EMATER), sendo que a coordenação era da nutricionista vinculada ao NASF.

Sabe-se que o termo “reeducação alimentar” encontra-se em desuso no campo da Saúde Coletiva, contudo, para atrair o público, a coordenadora do grupo optou por intitular o grupo dessa forma. Assim, no decorrer do texto, será utilizado o termo “reeducação alimentar” para referência nominal ao grupo. Todavia, a intenção real dos encontros foi trabalhar com a educação alimentar e nutricional.

Inicialmente, foram realizadas avaliações nutricionais e psicológicas dos participantes e, a partir das avaliações, foi feito o planejamento do grupo. As avaliações foram agendadas previamente pela recepcionista da ESF e foram realizadas em grupos de, no máximo, quatro pessoas, tendo duração média de 30 minutos.

As atividades foram desenvolvidas durante 11 encontros, os quais ocorriam no Telecentro, que se localiza ao lado da Unidade da ESF, e contou com a participação média de 20 a 25 pessoas em cada encontro. Os temas tratados foram saúde, alimentação, atividade física e comportamentos de risco e protetores

da saúde. A definição das temáticas ocorreu previamente à elaboração do grupo, sendo que outras temáticas surgiram durante os encontros, por demanda dos participantes.

É importante reforçar que os dados apresentados neste artigo seguem as diretrizes éticas determinadas na Resolução nº 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Resultados e discussão

Caracterização do grupo

Participaram do grupo 47 pessoas no total, com idade entre 16 a 72 anos, sendo a média de 43 anos. Destas, 43 eram do sexo feminino (91,49%) e quatro, do sexo masculino (8,51%). As principais ocupações referidas pelos participantes foram: dona de casa, aposentado, auxiliares administrativos e trabalhadores da saúde. Em relação ao estado de saúde, as principais morbidades apresentadas foram hipertensão arterial, diabetes *Mellitus* tipo 2 e dislipidemia.

Sobre a avaliação nutricional, foi calculado o IMC, a partir da relação entre peso corpóreo (kg) e estatura (m^2) dos indivíduos. Para os adultos, o IMC permite a classificação em baixo peso (IMC menor que 18,5 kg/m^2); peso normal ou eutrófico (IMC entre 18,5 a 24,9 kg/m^2); sobrepeso (IMC entre 25 e 29,9 kg/m^2); obesidade grau I (IMC entre 30 e 34,9 kg/m^2), obesidade grau II (IMC entre 35 e 39,9 kg/m^2) e obesidade grau III (IMC igual ou maior que 40 kg/m^2) (OMS, 2014).

Para os adolescentes, foram utilizadas as curvas de crescimento específicas para idade e sexo (Escore Z do IMC), segundo a Classificação da Organização Mundial da Saúde das condições de nutrição em crianças e adolescentes, que permite a classificação em magreza grave (Escore Z < -3), magro (Escore Z \geq -3 e < -2), eutrófico (Escore Z \geq -2 e \leq +1), sobrepeso (Escore Z \geq +1 e \leq +2), obesidade (Escore Z > +2 e \leq +3) e obesidade grave (Escore Z > +3) (OMS, 2007).

Para os idosos acima de 65 anos, os pontos de corte do IMC adotados foram desnutrição

(IMC menor que 22 kg/ m²), eutrofia (IMC entre 22 a 27 kg/ m²) e sobrepeso (IMC maior que 27 kg/ m²) (OMS, 1995).

Sobre os achados, entre a população total, observou-se que 8,51% eram eutróficos, 29,79% estavam com sobrepeso; 34,04% estavam com obesidade grau I; 14,89% estavam com obesidade grau II; 12,77% estavam com obesidade grau III.

Observa-se que mais de 90% dos participantes estavam acima do peso. Autores enfatizam que nas últimas décadas, por todo o mundo, tem se observado o aumento do sobrepeso e da obesidade em todas as faixas etárias e grupos sociais, sendo esse crescimento descrito como uma pandemia global (POPKIN; ADAIR; NG, 2012). A obesidade é encarada como a maior desordem nutricional, sendo declarada como um dos maiores problemas de saúde pública na atualidade (VASCONCELOS *et al.*, 2014).

Apesar de o alto índice de pessoas acima do peso seguir uma tendência epidemiológica, o maior número dessas pessoas nos encontros pode ser explicado pela intencionalidade do grupo, estimulando aqueles que já apresentavam sobrepeso ou obesidade a buscar melhoria.

Planejamento do grupo

O grupo foi criado com o intuito de desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de doenças relacionadas aos hábitos alimentares e de vida. Além disso, visava atender a demanda de nutrição do município, atingindo um maior número de pessoas e contribuindo, conseqüentemente, para a diminuição da superutilização, por vezes sem necessidade, dos serviços da ESF.

Segundo o relatório do estado nutricional dos indivíduos acompanhados no município por período, fase do ciclo da vida e índice, do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) em 2017, dos adultos que foram acompanhados, 3,80% estavam com baixo peso; 31,39%, com peso adequado; 31,14%, com sobrepeso; 19,24%, com obesidade grau I; 7,85%, com obesidade grau II; 6,58%, com obesidade grau III (BRASIL, 2017).

A partir desses dados, a instituição do grupo se deu, primeiramente, após discussão com a equipe do NASF, avaliando a necessidade e a possibilidade da implantação. Feito isso, optou-se por não rotular o grupo como sendo apenas para as pessoas acima do peso, para não limitar a participação de outras pessoas sem essa condição. Assim, nomeou-se o “Grupo de Reeducação Alimentar”, uma vez que tanto pessoas obesas quanto não obesas podem apresentar demandas de melhoria das escolhas de alimentação e outros comportamentos mais saudáveis.

Santos (2010) destaca que a reeducação alimentar tem a característica de ser uma estratégia proposta para todos os indivíduos, não se restringindo a grupos específicos, destacando-se que deve haver respeito às demandas individuais. Para a autora, adultos e crianças, mulheres e homens, ricos e pobres devem ser estimulados a desenvolver ações que gerem condições mais saudáveis, construindo novos padrões alimentares, sem deixar que esse estímulo vire uma estratégia meramente mercadológica, mas que vise à promoção da saúde.

A avaliação nutricional foi realizada com o intuito de conhecer melhor o estado de saúde e nutrição, hábitos alimentares, rotina de vida e níveis de ansiedade dos participantes voluntários. Na avaliação nutricional, aferiram-se peso e altura, para cálculo do IMC, e a pressão arterial e a glicose. Outras informações obtidas dizem respeito a dados sociodemográficos, uso de medicamentos, comorbidades, histórico de doença familiar, uso de álcool e fumo, consumo de água, prática de atividade física, funcionamento do intestino, frequência alimentar (através do recordatório 24 horas), sono, rotina de vida e trabalho e exames bioquímicos. Para as pessoas que não apresentaram os resultados dos exames ou apresentaram exames feitos havia mais de um ano, foram solicitados novos exames por um profissional médico. A avaliação foi necessária para a confecção e cálculo do plano alimentar individual, sendo realizada em grupo com, no máximo, quatro pessoas,

onde a nutricionista ia lendo e explicando as perguntas, e os participantes iam respondendo. As pessoas que apresentavam dificuldades em escrever contaram com a ajuda dos profissionais do NASF.

A abordagem dietoterápica, usada isoladamente ou associada a outros métodos, é fundamental no tratamento de patologias como obesidade, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial e diabetes. Para que o tratamento seja efetivo, é necessário, no entanto, que o diagnóstico nutricional seja feito adequadamente, realizando-se uma investigação detalhada dos hábitos alimentares, composição das refeições, restrições, preferências alimentares e apetite (FISBERG; MARCHIONI; COLUCC, 2009).

Ainda segundo Fisberg, Marchioni e Colucc (2009), a análise do consumo alimentar tem papel decisivo e não se restringe somente à quantificação dos nutrientes consumidos. Busca-se, em conjunto com o paciente, a identificação dos determinantes sociais, culturais, ambientais e cognitivo-emocionais da alimentação cotidiana para que sejam estabelecidos os planos alimentares mais adequados à realidade, o que resultará em melhor adesão ao tratamento.

A avaliação psicológica foi realizada a fim de conhecer o nível de ansiedade dos participantes. Foi utilizado o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) (cf. BECK; STEER, 1993), que consiste em uma lista de avaliação com 21 sintomas comuns da ansiedade. Ao participante, foi perguntado o quanto cada sintoma o incomodou durante a semana anterior, incluindo o dia da realização da avaliação. A soma dos itens resulta em um escore de 0 a 63 pontos e, de acordo com a pontuação, foi realizada a conduta adequada, que inclui observação do paciente no grupo e encaminhamento médico-psicológico.

Feitas as avaliações, a equipe se reuniu para planejar as ações a serem desenvolvidas de fato no grupo. Nessas reuniões, foi debatido o tamanho dos grupos, chegando a um consenso que seria necessário dividir as pessoas em dois grupos. Segundo Dias,

Silveira e Witt (2009) e Souza e Souza *et al.* (2017), o tamanho dos grupos operativos no contexto da Atenção Primária à Saúde deve permitir que todos os participantes se manifestem e se sintam acolhidos. Além disso, o profissional que estiver atuando como coordenador do grupo deve sentir que as necessidades principais dos participantes estão sendo atendidas. Assim, optou-se por permitir a participação de, no máximo, 30 pessoas em cada grupo.

Foram definidas as datas e horários para realização do grupo e elaborado um cronograma das atividades. Ressalta-se que a definição de algumas temáticas ocorreu previamente à elaboração dos grupos; entretanto, houve outras demandas dos participantes durante os encontros. Além disso, as datas foram acordadas em conjunto com os integrantes, para que se permitisse a participação contínua da maioria dos interessados. Os encontros foram divididos da seguinte forma: 1) Apresentação do grupo; 2) Reeducação Alimentar I; 3) Reeducação Alimentar II; 4) Saúde x Peso x Doenças; 5) Aspectos emocionais x Peso x Saúde; 6) Prática de Atividade Física; 7) Mitos sobre alimentação e dietas da moda; 8) Otimização de tempo x Saúde; 9) Fome e vontade de comer: pensamentos funcionais e sabotadores; 10) Cultivo de horta em casa; 11) Encerramento do grupo.

Logística de condução do grupo

No primeiro encontro, estavam presentes todos os participantes que fizeram as avaliações. Inicialmente, cada participante fez uma apresentação informando o nome e os objetivos que os motivaram a participar do grupo. As respostas foram anotadas em um quadro e, em seguida, realizou-se uma discussão sobre tais expectativas.

Andaló (2001) e Souza e Souza *et al.* (2017) destacam que é preciso que o coordenador do grupo de educação em saúde fortaleça a interação tanto entre coordenador e participante quanto entre os participantes. Dessa forma, a coordenadora também fez sua apresentação pessoal e relatou a experiência dos grupos anteriores realizados. Além disso, ela e os

Grupo de Reeducação Alimentar

Onça do Pitangui - MG



Horário: 14h00min

Local: Telecentro (ao lado do PSF Santana)

- ❖ Nos dias dos encontros, ir ao posto de saúde para aferir a pressão arterial e glicose e anotar no cartão de acompanhamento.
- ❖ Chegar com 15 a 20 minutos de antecedência ao grupo para aferir e assinar a lista de presença (Não iremos aferir o peso depois que o encontro já tiver começado).
- ❖ O grupo se inicia, pontualmente, às 14h00min.
- ❖ Cada encontro tem duração média de 01 hora.
- ❖ Faltas permitidas: 02, no máximo, com justificativas.
- ❖ Não esquecer de levar o cartão de acompanhamento nos encontros.
- ❖ Ser ético e respeitar os demais participantes do grupo.
- ❖ caso haja alguma alteração na data dos encontros, avisaremos com antecedência.

Parabéns! Você está no caminho certo para alcançar seus objetivos!
Sucesso a todos(as)!

Equipe NASF - Onça do Pitangui

Figura 1: Pactuações realizadas entre equipe e participantes do Grupo de Reeducação Alimentar. Onça do Pitangui (MG), maio 2017.

Fonte: Elaboração dos autores.

demais responsáveis pelas atividades de cada encontro adotaram técnicas não diretivas, tentando tornar a situação de grupo em um campo de “investigação-ativa” e buscando facilitar a comunicação entre os integrantes, de modo a permitir que o grupo fosse operativo.

Os encontros ocorriam na sala do Telecentro do município, que se localiza ao lado da Unidade da Estratégia Saúde da Família, sempre no turno da tarde. No primeiro encontro, foram firmados pactos entre todos os presentes, tendo sido entregue um cartão com todas as pactuações (FIG. 1).

Também foi entregue o cronograma com as datas dos encontros, depois de confirmar com os integrantes a viabilidade das datas. Foram realizados 11 encontros, que contaram com a participação média de 20 a 25 pessoas cada um. Os primeiros encontros aconteceram semanalmente e os últimos, quinzenalmente. Os encontros duravam, em média, uma hora, e eram divididos em três momentos: 1) os participantes relatavam como havia sido a semana e se conseguiram realizar as tarefas/atividades propostas no último encontro, e, em seguida, a coordenadora apresentava um *feedback*

a partir da fala de cada participante; 2) discutia-se o tema do dia, estimulando as pessoas, de forma ativa e dialógica, a expressar suas vivências; 3) fechamento das discussões e definição das tarefas/atividades a serem desenvolvidas durante a semana. As tarefas/atividades eram propostas de acordo com a temática do dia.

Antes de iniciar cada encontro, a coordenadora preparava o local, formando uma roda com as cadeiras e montando o Data Show para suporte nas exposições/apresentações, quando necessário. Segundo Dias, Silveira e Witt (2009), o método de roda apresenta vantagens em sua força de construção compartilhada das tarefas e na análise das dificuldades para colocá-las em prática.

Atividades desenvolvidas

Encontro 1: Apresentação do grupo

Todos os participantes foram convidados a participar do primeiro encontro. A coordenadora do grupo – nutricionista – fez sua apresentação pessoal e da equipe do NASF, relatando um pouco da experiência dos outros grupos. Cada participante fez uma apresentação

informando o nome e os objetivos/motivos que motivaram sua participação no grupo. As respostas foram anotadas em um quadro e, sem seguida, realizou-se uma discussão sobre as expectativas dos participantes.

Em seguida, foi informado que, devido ao grande número de pessoas, o grupo teria de ser dividido em dois. O “grupo número 1” ocorreria às segundas-feiras e o “grupo número 2”, às terças-feiras, ambos no mesmo local e horário. Foram entregues o cartão com as pactuações, o cartão de acompanhamento da saúde, o cronograma com a relação das datas dos encontros e a relação das atividades físicas ofertadas pelo município.

Encontro 2: Reeducação Alimentar I

Realizado o relato da semana pelos participantes e dados os *feedbacks* pela nutricionista, a coordenadora do grupo fez uma apresentação utilizando Data Show e o Microsoft Office PowerPoint sobre os seguintes assuntos: a importância de se alimentar a cada três horas, não ficando longos períodos sem alimentação; o que comer a cada três horas; ingestão de água. Discutiu-se, também, o fato de os participantes não estarem fazendo dieta, mas que estavam em um processo de reeducação alimentar, em que seriam aprendidos e trabalhados hábitos saudáveis. No final do encontro, foram repassadas aos participantes receitas de água aromatizada. Segundo Soares e Ferraz (2007), o processo de aprendizagem, com reflexões sobre o estilo de vida, é essencial para a mudança que cada pessoa precisa realizar em seu cotidiano.

Encontro 3: Reeducação Alimentar II

Após os participantes relatarem como transcorreu sua semana e as dificuldades ou facilidades para desenvolverem as tarefas, fez-se a exposição de alguns alimentos industrializados, que, de acordo com a avaliação nutricional, eram os mais consumidos pelos participantes. Os alimentos demonstrados foram: refrigerante de cola, macarrão instantâneo, sucos industrializados em caixa, sucos em lata, sucos em pó, sorvete, bolachas recheadas, *waffer*, chocolate, salgadinhos e

achocolatados líquidos. Em seguida, foi mostrada a quantidade de açúcar e óleo que cada alimento possui, o que gerou um grande espanto e impacto nos participantes.

Segundo Levy *et al.* (2012), através de estudo realizado a partir de dados secundários da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009, foi observado o excesso de calorias provenientes de açúcares livres e de gorduras saturadas, com aumento na disponibilidade de alimentos ultraprocessados como biscoitos, refrigerantes, bebidas alcoólicas, refeições prontas e misturas industrializadas; além da diminuição no consumo de alimentos minimamente processados, como arroz, feijão, leite, farinhas de trigo e de mandioca, óleo de soja e açúcar, em comparação com estudo anterior realizado a partir da POF 2002-2003.

Encontro 4: Saúde x Peso x Doenças

Realizado o relato da semana pelos participantes e dados os *feedbacks* pela nutricionista, a temática do dia foi explorada pelas acadêmicas de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) que faziam estágio curricular no município. Os assuntos abordados foram: peso saudável, doenças que podem ser desencadeadas a partir da obesidade e uso de medicamentos no processo de emagrecimento.

Entre as enfermidades relacionadas ao sobrepeso e à obesidade, destacam-se as alterações pulmonares (apneia do sono, asma), ortopédicas, neurológicas, gástricas, endócrinas (diabetes Mellitus tipo 2), cardiovasculares (hipertensão arterial, dislipidemia) e anormalidades no ciclo menstrual. Evidenciou-se que o excesso de peso, além de propiciar o desenvolvimento de doenças crônicas, pode ocasionar redução na expectativa de vida (MAZZOCANTE; MORAES; CAMPBELL, 2012).

Encontro 5: Aspectos emocionais x Peso x Saúde

Após os participantes relatarem como transcorreu sua semana e as dificuldades ou facilidades para desenvolver as tarefas, a psicóloga da equipe do NASF apresentou o tema do dia, trazendo questões como ansiedade, depressão/compulsão, autoestima

e outros conflitos emocionais geradores de angústia que levam à compulsão alimentar e, conseqüentemente, ao aumento de peso.

Segundo Cataneo, Carvalho e Galindo (2005), entre as alterações do corpo humano, a obesidade é a mais complexa e de difícil entendimento, havendo a necessidade de uma abordagem multidisciplinar do problema. É necessário abordar a fome em seu aspecto psicossocial, sendo esta, juntamente com a sede, as duas forças motivadoras mais prazerosas. Sendo assim, os aspectos psicológicos devem ser levados em conta, visto que um alto nível de ansiedade pode ter como sintoma a obesidade, que possivelmente mascara dificuldades internas, afetivas e relacionais, requerendo uma abordagem psicológica.

Encontro 6: Prática de atividade física

Este tema foi desenvolvido pelo profissional de educação física da Academia da Saúde e a fisioterapeuta do NASF. Inicialmente, foi debatida a importância da atividade física para a saúde e no processo de reeducação alimentar e emagrecimento. Posteriormente, fez-se uma aula prática com ginástica e alongamento. Foi enfatizado que cada participante deveria fazer atividade física adequada a seu estado de saúde e, sempre que necessário, buscar ajuda e orientação de um profissional capacitado. Para finalizar, foi entregue uma cartilha com os exercícios feitos, para que servisse de suporte na realização dos exercícios em casa (FIG. 2).

CARTILHA ORIENTAÇÕES DE EXERCÍCIOS - Grupo de Reeducação Alimentar - Onça do Pitangui - MG - Junho/2017		
<p>Alongamentos</p> <p>Realizar antes de começar as atividades. manter 20 segundos cada movimento!</p>  <p>Fonte: http://brasilaromaticos.com.br/app/webroot/blog/saude-saiba-a-importancia-de-se-alongar-regularmente/</p>		
<p>Exercício 1</p> <p>Realizar o movimento de agachar, não deixando o joelho ultrapassar os dedos dos pés; 3 séries de 10 repetições.</p>  <p>Fonte: https://boaforma.abril.com.br/fitness/30-ideias-faceis-de-se-exercitar-sem-gastar-um-centavo/</p>	<p>Exercício 2</p> <p>Realizar agachamento e abrir a perna quando subir o corpo; 3 séries de 10 repetições.</p>  <p>Fonte: https://boaforma.abril.com.br/fitness/30-ideias-faceis-de-se-exercitar-sem-gastar-um-centavo/</p>	<p>Exercício 3</p> <p>Subir e descer o calcanhar do chão ou escada; 3 séries de 10 repetições.</p>  <p>Fonte: https://boaforma.abril.com.br/fitness/30-ideias-faceis-de-se-exercitar-sem-gastar-um-centavo/</p>
<p>Exercício 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deitar de barriga para cima. - Manter uma perna dobrada com o pé apoiado na cama e esticar a outra perna. - Elevar a perna esticada até a altura do joelho dobrado e voltar à posição inicial. - Realizar 3 séries de 10 repetições.  <p>Fonte: https://boaforma.abril.com.br/fitness/30-ideias-faceis-de-se-exercitar-sem-gastar-um-centavo/</p>	<p>Exercício 5</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deitar de barriga para cima e manter os joelhos flexionados como mostra a figura 1; - Retirar o bumbum do apoio como indicado na figura 2 e descer novamente; - Realizar 3 séries de 10 repetições.  <p>Fonte: https://boaforma.abril.com.br/fitness/30-ideias-faceis-de-se-exercitar-sem-gastar-um-centavo/</p>	<p>Exercício 6</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentada em uma cadeira ou em pé, realizar elevação dos ombros com bastão; - Realizar o movimento como indica a figura; - Realizar 3 séries de 10 repetições.  <p>Fonte: https://boaforma.abril.com.br/fitness/30-ideias-faceis-de-se-exercitar-sem-gastar-um-centavo/</p>
<p>Exercício 7</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deitar de barriga para cima, realizar o movimento de subir e descer o tronco. <p>Fonte: https://boaforma.abril.com.br/fitness/30-ideias-faceis-de-se-exercitar-sem-gastar-um-centavo/</p> 		
<p>Os exercícios devem ser realizados pelo menos 3 vezes por semana!</p> <p>Participe das atividades físicas oferecidas pelo município e, sempre que necessário, busque orientação profissional!</p>		

Figura 2: Cartilha de orientações de exercícios elaborada pela equipe do Grupo Reeducação Alimentar do município de Onça de Pitangui (MG), jun. 2017.

Fonte: Elaboração dos autores

Em um programa de redução de peso, o exercício físico tem papel fundamental na fase de perda e manutenção do peso, prevenindo recaídas. O exercício regular melhora a capacidade cardiovascular e respiratória, diminui a pressão arterial, melhora a tolerância à glicose, reduzindo as complicações relacionadas com as comorbidades. A prática de atividade física também está relacionada à melhoria da imagem corporal, da autoestima, do humor, da ansiedade e da depressão (BERALDO; VAZ; NAVES, 2004).

Encontro 7: Mitos sobre alimentação e dietas da moda

Realizado o relato da semana pelos participantes e dados os *feedbacks* pela nutricionista, ela entregou a cada participante o seu plano alimentar individual, enfatizando que cada pessoa possuía o seu plano, não podendo ser seguido por outra pessoa. Explicou-se como é feita a substituição de acordo com os grupos dos alimentos (grupo do pão, do leite, do arroz, do feijão, dos vegetais A, vegetais B, frutas e carnes). Junto ao plano, estavam as orientações direcionadas para cada participante de acordo com seus hábitos e patologias apresentadas. Em seguida, discutiram-se os modismos na alimentação e os riscos de segui-los sem orientações de um nutricionista.

As dietas da moda apresentam padrões de comportamentos alimentares não usuais adotados por seus seguidores. São práticas alimentares populares e temporárias, que prometem resultados rápidos, mas que são deficientes em embasamentos científicos, podendo trazer consequências prejudiciais ao organismo. É importante reforçar que uma alimentação saudável é aquela que promove saúde, sendo planejada com alimentos de todos os grupos alimentares (BETONI; ZANARDO; CENI, 2010).

Encontro 8: Otimização de tempo x Saúde

Realizado o relato da semana pelos participantes e dados os *feedbacks* pela nutricionista, foi apresentada a terapeuta

ocupacional do NASF, que iniciou sua explanação, apresentando o vídeo *A história de EATKARUS*,¹ uma história motivacional acerca da capacidade de cada um superar seus limites de peso e mudar suas atitudes. Após a apresentação, o vídeo foi discutido pelos participantes.

Concluindo a discussão, a terapeuta ocupacional salientou a importância de planejar as atividades cotidianas, havendo espaço para cuidar da saúde, alimentação, trabalho, lazer, religião e família, não focando somente nas atividades do trabalho.

As ações da terapia ocupacional na área da saúde têm caráter preventivo e interativo, sendo que essas atividades possuem um significado para os pacientes, com foco na realização do indivíduo e projetos de vida em sua casa ou trabalho (CABRAL; BREGALDA, 2017).

Encontro 9: Fome e vontade de comer: pensamentos funcionais e sabotadores

Após os relatos da semana pelos participantes e dados os *feedbacks* pela nutricionista, a coordenadora, que era a nutricionista, explorou o tema do dia, apresentando situações práticas que diferenciavam a “fome” e a “vontade de comer”, pensamentos funcionais que ajudam a manter o foco na reeducação alimentar e os pensamentos sabotadores que devem ser evitados por prejudicar o processo. Todos relataram suas vivências e dificuldades na rotina diária, fechando a discussão com a definição de objetivos a serem alcançados para vencerem a barreira e os impasses.

Autores debatem que é preciso diferenciar estes dois conceitos: “fome” x “vontade de comer”, sendo que a fome envolve mais uma necessidade orgânica e biológica para manter as atividades do corpo, e vontade de comer pode envolver outras sensações de prazer, saciedade, canalização da ansiedade, instituição de um padrão de beleza imposto pela sociedade, entre outros. Santos (2010) destaca que, no processo de reeducação alimentar, o

¹ Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=8xBEUz68u9k>>. Acesso em: 14 out. 2017.

autocontrole é um dos aspectos centrais, estando envolvido em aspectos mais dominantes ligados à noção de corpo “saudável” ou “civilizado” (imposta pela sociedade). Assim, comer pode ser compreendido como uma experiência corporal que requer um contínuo exercício de autodisciplina.

Encontro 10: Cultivo de horta em casa

Para trabalhar este tema, foram conduzidos dois encontros, que ocorreram no Centro de Convivência do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do município. No primeiro dia, foram realizadas rodas de conversa com a nutricionista e com um morador da comunidade que defende o cultivo e o consumo dos alimentos orgânicos. Os debates conduzidos giraram em torno dos agrotóxicos e dos efeitos causados por eles nos alimentos da safra e na saúde humana. Este encontro contou com a participação de um técnico da EMATER, que é uma empresa pública que promove o desenvolvimento sustentável, por meio de assistência técnica e extensão rural, assegurando a melhoria de qualidade de vida da sociedade de Minas Gerais. Ao fim, foram entregues cartilhas oferecidas pela EMATER, além de um material elaborado pela equipe condutora do grupo. Para encerramento, ofereceu-se um lanche, sendo ofertados biscoitos de polvilho e chá de plantas medicinais feitos por algumas participantes.

No segundo dia, houve uma explanação prática sobre o cultivo de horta. Discutiu-se a adubagem orgânica, princípios da agroecologia e técnicas simples de plantio. Foi solicitado aos participantes que levassem de casa mudas e sementes de verduras, hortaliças, plantas medicinais, frutas e flores. Em seguida, foram plantadas as mudas e sementes em um canteiro que já havia sido previamente preparado.

Silva *et al.* (2010) discutem que o cultivo de espécies alimentares em hortas domésticas favorece o acesso a alimentos frescos em quantidade e qualidade, o que contribui para a segurança alimentar e nutricional, dada a possibilidade da não utilização de

produtos químicos na produção. Isso é um ponto positivo para a saúde, pois estes alimentos podem agir como alimentos funcionais, que são aqueles que beneficiam uma ou mais funções orgânicas, além da nutrição básica, colaborando para melhorar o estado de saúde e bem-estar, reduzir o risco de doenças ou do agravamento delas, além de proporcionar prazer/gosto pelo plantar, cultivar, ocupação e terapia.

Segundo dados do VIGITEL, nos últimos anos, houve aumento no consumo regular de frutas e hortaliças, sendo que, em 2008, o consumo era de 33% entre os brasileiros, passando para 35,2% em 2016. Contudo, avaliando o consumo semanal, apenas um entre três adultos brasileiros consome frutas e hortaliças em cinco dias da semana (BRASIL, 2017).

Tal característica também foi observada entre os participantes do grupo, sendo a estratégia da criação da horta uma opção que pode ser exitosa, contribuindo para a segurança alimentar e nutricional. Após discussões entre todos os envolvidos – participantes, equipe do NASF e equipe do CRAS –, ficou estabelecido um novo projeto para dar continuidade na horta criada. O projeto ficou intitulado “Semear”. Dessa forma, os participantes do grupo de Reeducação Alimentar e outras pessoas da comunidade irão se reunir uma vez por semana para manter e cuidar da horta.

Encontro 11: Encerramento do grupo

Nesse último encontro, houve pesagem de todos os participantes, sendo informado o valor em quilos que cada uma conseguiu eliminar ou ganhar. Além disso, o momento permitiu outras avaliações como: melhora nos níveis de glicose e pressão arterial; melhora no funcionamento intestinal e adesão à prática de atividade física.

Com vistas a obter um *feedback* dos participantes, conduziu-se um momento de avaliação de todos os encontros e das atividades realizadas, tendo sido realizada uma avaliação individual e por escrito. Aqueles que quiseram se manifestar verbalmente para o grupo tiveram a oportunidade.

A avaliação é um importante instrumento no processo grupal. Um meio de avaliação se dá através do preenchimento de questionário de satisfação ao final do grupo (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

Posteriormente, ofertou-se um lanche saudável aos participantes (suco natural, melancia e sanduíche natural).

Materiais educativos elaborados

A intenção aqui é mostrar alguns dos impressos que serviram de apoio na realização das atividades. Reforça-se que, por motivos de limitação de recursos do município, já que o grupo era vinculado à prefeitura local, os materiais foram construídos timidamente, utilizando imagens da internet e publicações científicas, mas devidamente referenciados. A opção pela construção desses materiais se embasou na intenção de facilitar a assimilação dos participantes em relação às ideias debatidas, além de servirem de apoio para consultas nos momentos em que o grupo não estava ocorrendo. Além disso, a escolha se deu por meio da análise de artigos que relatavam a experiência de outros grupos educativos conduzidos no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), podendo citar o estudo de Souza e Souza *et al.* (2017), conduzido com mulheres

na cidade de Montes Claros (MG), em que a opção pela construção de uma cartilha foi bem avaliada pelas participantes, indicando que o material serviu de suporte tanto para consulta pessoal nos momentos extra grupo quanto para auxiliar outras pessoas que recorriam com dúvidas.

Dessa forma, no primeiro encontro, foi entregue um panfleto destacando todas as atividades físicas e esportivas oferecidas pelo município, com intuito de informar sobre ações que poderiam auxiliar no melhor resultado somado às ações do grupo.

Além disso, ainda no primeiro encontro, cada participante recebeu um cartão de acompanhamento da saúde, que foi elaborado pela equipe do grupo. Através dele, foram acompanhadas as medidas de peso, pressão arterial e glicose, como se pode observar na Figura 3.

Com a ajuda do educador físico e do fisioterapeuta do NASF, elaborou-se uma cartilha (FIG. 3) com orientações dos exercícios conduzidos no dia do grupo, para que servisse de suporte na realização dos exercícios em casa. A cartilha foi entregue no Encontro 6.

Por fim, com a ajuda do técnico da EMATER, elaborou-se um folheto informativo acerca dos agrotóxicos e seus efeitos na saúde. O folheto foi entregue no Encontro 10.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ONÇA DE PITANGUI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF

GRUPO DE REEDUCAÇÃO ALIMENTAR



Núcleo de Apoio à Saúde da Família

ACOMPANHAMENTO DA SAÚDE

NOME: _____

ALTURA: _____

DATA DO INÍCIO DO ACOMPANHAMENTO:
____/____/2016

DATA	PESO	PRESSÃO ARTERIAL	GLICOSE

1



Não pule nenhuma refeição

2



Tome café da manhã

3



Fracione sua alimentação de 3 em 3 horas

4



Prepare um prato colorido no almoço e no jantar

5



Consuma de 3 a 5 frutas por dia

6



Evite fritura, gorduras e doces

7



Priorize os carboidratos integrais no lugar dos brancos (refinados)

8



Coma devagar e mastigue bem

9



Pense nas suas escolhas antes de se servir

10



Concentre-se no seu objetivo e faça reeducação alimentar, nunca dieta

Figura 3: Cartão de acompanhamento da saúde dos participantes. Onça de Pitangui (MG), maio 2017.

Fonte: Elaboração dos autores

Com a elaboração dos materiais, os próprios participantes verificavam os dados de saúde do cartão de acompanhamento, incentivando uma coparticipação no processo de mudança, sendo que os resultados eram avaliados em todos os encontros. A evolução, com mudança dos dados (perda de peso, melhoria da pressão arterial), estimulava os participantes e isso era expresso nas falas e ações. Foi possível a adesão da prática das atividades físicas que foram propostas na cartilha, devido às figuras lúdicas e de fácil entendimento.

Resultados observados

Avaliação pelos participantes

Foi observada uma boa adesão ao plano alimentar e a atividade física. Parte expressiva dos participantes conseguiu atingir seus objetivos no grupo, reforçando que o grupo foi bem aceito. As 20 pessoas que estavam presentes no último encontro responderam a avaliação, conforme mostra o Quadro 1.

Quadro 1: Avaliações do Grupo Reeducação Alimentar pelos participantes. Onça de Pitangui (MG), ago. 2017.

Pontos	Sim	Não	Parcialmente
Você aderiu ao plano alimentar?	90%	10%	-
Você aderiu à prática de atividade física?	60%	10%	30%
Você conseguiu atingir seus objetivos no grupo?	65%	10%	30%
Você gostou de participar do grupo?	100%	-	-

O grupo iniciou com 47 pessoas, e foi concluído com 20 pessoas, havendo 57,45% de evasão. Um ponto unânime na avaliação foi com relação à frequência de realização dos encontros. Sugeriu-se que os encontros fossem semanais, não havendo o espaçamento de 15 dias, principalmente no fim do grupo, o que causa evasão. Dias, Silveira e Witt (2009) reforçam que, no ato do planejamento do grupo, é preciso escutar as demandas que chegam até a equipe, e submetê-las a um sistema de avaliação de pertinência. A

estruturação do grupo inclui a duração e a frequência dos encontros, que irá depender das restrições clínicas e objetivos terapêuticos do grupo. Assim, para os próximos grupos a serem implementados, tais observações serão levadas em consideração.

Além das avaliações apresentadas no Quadro 1, alguns dos participantes expuseram suas avaliações, tendo sido encontrados relatos como:

Diminuíu (sic) as dores, conscientização sobre a forma e quantidade de alimentar, o intestino melhorou, diminuíu ânsia de comer, aprendi a tomar mais água, eliminei peso, reeduquei a alimentação, e aprendi a comportar em festas. (Participante A).

Minha saúde ficou melhor, estou com mais disposição e mais vontade de viver. (Participante B).

Formação e fortalecimento de vínculo quando se reúne em grupo. Isso ajuda o companheiro a ter mais comprometimento. (Participante C).

A partir dos relatos, observa-se êxito na condução do grupo, podendo-se inferir que houve criação de vínculos e alcance das metas. Osório *et al.* (1986) e Pereira (2013) destacam que na condução dos grupos, o fundamento motivacional do vínculo são as necessidades, e sobre elas se estabelecem as relações subjetivas, que são os vínculos. Com os vínculos fortalecidos, os sujeitos aprendem com os exemplos vivenciados, podendo modificar a realidade na qual estão inseridos e modificando-a, modificando a si mesmos e mantendo uma relação dialética com o meio.

Na avaliação do papel da coordenadora, um participante relatou:

Explicações muito claras da nutricionista. Calma e elegância dela no momento de perguntar a cada participante como foi a semana, como tudo funcionou; deixando todos à vontade pra falar (Participante D).

O coordenador no processo grupal tem papel fundamental em ajudar o grupo a realizar suas tarefas. A comunicação deve ser efetiva, para que o participante possa conceituar seus problemas, enfrentá-los,

vislumbrar sua participação na experiência e alternativas de solução dos mesmos, buscando novos padrões de comportamento. São necessários também empatia com os participantes, ética, respeito e paciência (DIAS; SILVEIRA, WITT, 2009).

Ainda segundo Dias, Silveira e Witt (2009), deve-se considerar o vínculo para estimular os grupos a participarem da resolução de seus próprios problemas, e de confiança no grupo, para experimentar novos hábitos e comportamentos para enriquecer-se como equipe.

Houve integração entre a coordenadora do grupo e os profissionais que contribuíram para sua realização. No ato do planejamento das atividades, foi explicado, a cada um dos profissionais, como funcionavam os grupos e seus objetivos, e houve uma breve discussão sobre o tema. A equipe do NASF se reúne uma vez por semana para reunião, o que facilitou a integração. A tarefa do grupo foi compartilhada e acolhida por todos da equipe, o que permitiu o desenvolvimento das atividades e o alcance das ações e dos objetivos propostos.

Avaliações antropométricas

O resultado do trabalho em grupo foi satisfatório, sendo que das 47 pessoas que participaram, 31 (65,96%) reduziram o peso, 8 (17,02%) mantiveram e 8 (17,02%) tiveram aumento de peso.

Esse resultado vai ao encontro de Oliveira (2013), que evidenciou que, em três meses de um grupo de reeducação alimentar e atividade física, 78,6 % dos participantes obtiveram uma perda de peso, 7,1% mantiveram o peso inicial e 14,3% obtiveram aumento da composição corporal. Coelho *et al.* (2010) também observaram que, em seis meses de atividades de mudança de estilo de vida, houve redução significativa de peso e no IMC dos participantes, permanecendo estável até o final do estudo.

Verificou-se, também, somados aos efeitos da redução de peso, uma diminuição nos níveis da pressão arterial e glicose, observados a partir do cartão de acompanhamento;

adequação nos níveis de colesterol e triglicerídeos, observados a partir de novos exames e melhoras nas condições psicológicas e autoestima. O mesmo foi encontrado por Maffaccioli e Lopes (2005), através de atividades de grupo com orientação alimentar.

Considerações Finais

A proposta do Grupo de Reeducação Alimentar, trabalhada por meio de orientações multiprofissionais e abordagem de assuntos que estimularam a reflexão, diálogo e compreensão de fatores relacionados às temáticas, motivou os participantes a aderir às proposições do grupo e obter como resultado uma vida mais saudável, como observado nos relatos. O grupo educativo foi eficaz na perda de peso para a maioria dos integrantes, tendo sido observado um aumento do interesse por atividade física, mudanças na alimentação e vários benefícios para a saúde.

A abordagem em grupo se apresenta como uma ferramenta potente e válida na conscientização dos indivíduos sobre novos hábitos e comportamentos em relação à saúde, principalmente aqueles que têm influência direta sobre o peso corporal. O grupo permitiu a visualização de cada um no outro, havendo a troca de saberes e experiências, possibilitando a mudança no pensar e agir.

Reforça-se a importância da multidisciplinaridade nas abordagens em grupos de reeducação alimentar, trocando informações e interligando as ações, uma vez que o excesso de peso e os agravos decorridos dele são multifatoriais. Ao observar os relatos e os resultados antropométricos dos participantes, emerge uma sensação de trabalho exitoso que contribuiu para a reflexão acerca do importante compromisso social da Estratégia Saúde da Família com indivíduos em grupo, como ferramenta para um despertar da consciência crítica e de coletividade de seus integrantes, buscando a transformação das condições atuais de vida.

Diante das atividades desenvolvidas, o grupo terá continuidade e será retomado no segundo semestre de 2018.

Referências

- ANDALÓ, C. S. A. O papel de coordenador de grupos. **Psicologia USP**, v. 12, n. 1, p. 135-152, 2001.
- BECK, A.T.; STEER, R. A. **Beck Anxiety Inventory**. San Antonio, Texas: Psychological Corporation, 1993.
- BERALDO, F. C.; VAZ, I. M. F.; NAVES, M. M. V. Nutrição, atividade física e obesidade em adultos: aspectos atuais e recomendações para prevenção e tratamento. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 14, n. 1, p. 57-62, 2004.
- BETONI, F.; ZANARDO, V. P. S.; CENI, G. C. Avaliação de utilização de dietas da moda por pacientes de um ambulatório de especialidades em nutrição e suas implicações no metabolismo. **ConScientiae Saúde**, v. 9, n. 3, p. 430-440, 2010.
- BRASIL. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, 2017**. Disponível em: <<http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvanV2/relatoriopublico/index>>. Acesso em: 29 jul. 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica nº 39**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2016: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- CABRAL, L. R. S.; BREGALDA, M. M. A atuação da terapia ocupacional na atenção básica à saúde: uma revisão de literatura. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 25, n. 1, p. 179-89, 2017.
- CATANEO, C.; CARVALHO, A. M. P.; GALINDO, E. M. C. Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, autoconceito, locus de controle e ansiedade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 1, p. 39-46, 2005.
- COELHO, C. F. *et al.* Impacto de um programa de intervenção para mudança do estilo de vida sobre indicadores de aptidão física, obesidade e ingestão alimentar de indivíduos adultos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 15, n. 1, p. 21-27, 2010.
- CUNHA, D. T.; ALBANO, R. D. Educação nutricional por meio de atividade de grupo: o desempenho de intervenção educativa de curto prazo. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 27, n. 3, p. 170-175, 2012.
- DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Revista de APS**, v. 2, n. 2, p. 221-227, 2009.
- FISBERG, R. M.; MARCHIONI, D. M. L.; COLUCC, A. C. A. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 53, n. 5, p. 617-624, 2009.
- IBGE. **Cidades@**. Minas Gerais, Onça de Pitangui, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/onca-de-pitangui/panorama>>. Acesso em: 29 jul. 2018.
- LEVY, R. B. *et al.* Distribuição regional e socioeconômica da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil em 2008-2009. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 6-45, 2012.
- LINHARES, R. S. *et al.* Distribuição de obesidade geral e abdominal em adultos de uma cidade no sul do Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, v. 28, n.3, p. 438-448, 2012.
- LOPES, J. M.; FERREIRA, E. A. A. P. A atividade física no combate e na prevenção à obesidade: A busca pela melhoria da qualidade de vida. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 3, n. 4, p. 1-10, 2013.
- MAFFACCIOLLI, R.; LOPES, M. J. M. Educação em saúde: a orientação alimentar através de atividades de grupo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 439-445, 2005.

MALTA, D.C. *et al.* Tendência temporal dos indicadores de excesso de peso em adultos nas capitais brasileiras, 2006-2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1061-1069, 2016.

MAZZOCCANTE, R. P.; MORAES, J. F. V. N.; CAMPBELL, C. S. G. Gastos públicos diretos com a obesidade e doenças associadas no Brasil. **Revista de Ciências Médicas**, v. 21, n. 1-6, p. 25-34, 2012.

OLIVEIRA, T. D. Reeducação alimentar e atividade física no município de Nova Olinda do Norte, AM: Relato de experiência. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 7, n. 41, p. 115-121, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **BMI classification**. World Health Organization: Geneva, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html>. Acesso em: 17 mar. 2017.

_____. Development of a WHO Growth Reference for School-Aged Children and Adolescents. **Bull World Health Organ**, v. 85, p. 660-667, 2007.

_____. **Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry**. Genebra: World Health Organization, 1995.

OSÓRIO, L. C. *et al.* **Grupoterapia hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

PEREIRA, T. T. S. O. Pichon-Rivière, a dialética e os grupos operativos: implicações para pesquisas e intervenção. **Revista da SPAGESP**, v. 14, n. 1, p. 21-29, 2013.

POPKIN, B. M.; ADAIR, L. S.; NG, S. W. Global Nutrition Transition and the Pandemic of Obesity in Developing Countries. **Nutrition Reviews**, v. 70, n. 1, p. 3-21, 2012.

REIS, T. C. *et al.* Educação em saúde: aspectos históricos no Brasil. **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 31, n. 2, p. 219-23, 2013.

SANTOS, L. A. S. Da dieta à reeducação alimentar: algumas notas sobre o comer contemporâneo a partir dos programas de emagrecimento na Internet. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 459-474, 2010.

SANTOS, L. A. Avanços e desdobramentos do marco de referência da educação alimentar e nutricional para políticas públicas no âmbito da universidade e para os aspectos culturais da alimentação. **Revista de Nutrição**, v. 26, n. 5, p. 595-600, 2013.

SILVA, R. B. *et al.* Hortas Domésticas: uma análise dos motivos para o cultivo de hortaliças em Cáceres, MT-Brasil. **Revista de Ciências Agroambientais**, v. 8, n. 1, p. 69- 81, 2010.

SOARES, S. M.; FERRAZ, A. F. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: Sistematização de fundamentos e metodologias. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 52-57, 2007.

SOUZA e SOUZA, L. P. *et al.* “Café & prosa com as Marias”: avaliação das mulheres sobre grupos operativos no manejo da violência de gênero. **Revista de Educação Popular**, v. 16, n. 1, p. 92-103, 2017.

SOUZA, F. L. D. *et al.* Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção do usuário. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 97, p. 233-240, 2013.

VASCONCELOS, R. F. *et al.* Prevalência de sobrepeso e obesidade em integrantes do IFCE - campus Canindé e comunidade local. **Coleção Pesquisa em Educação Física**, v. 13, n. 1, p. 129-36, 2014.

A política de atenção à saúde destinada aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil: o investimento no território como *locus* do cuidado

The health care policy for users of alcohol and other drugs in Brazil: investment in the territory as the space for care

Aline Guedes Lúcio¹
Glauco Batista²

¹ Psicóloga Efetiva da Rede de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Betim (MG). Especialista em Saúde Pública (ESP-MG) e em dependência química (PUC MG). alinegueddes@yahoo.com.br.

² Psicólogo, Mestre em Psicologia (UFMG).

RESUMO: No Brasil, a literatura indica avanços na legislação relativa à Política de Álcool e outras Drogas, entretanto, a Rede de Atenção Psicossocial destinada a esta população encontra dificuldades em consolidar-se. O presente estudo tem por objetivos analisar a Política de Atenção à Saúde destinada aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil a fim de compreender se o território é reconhecido como espaço legítimo do cuidado, e verificar se as práticas de saúde neste setor evidenciam a falta de investimento do Estado no Modelo de Atenção Psicossocial. A revisão da literatura realizada em 2013 fundamentou-se em documentos diversificados, de conteúdo impresso ou acessados eletronicamente por meio das bases de dados. Os resultados indicam que a abertura do Estado ao mercado filantrópico e privado provoca a precarização dos dispositivos públicos substitutivos destinados aos usuários de álcool e outras drogas no país, bem como o comprometimento dos princípios que os constituem.

Palavras-chave: Atenção Psicossocial. Política sobre Drogas. Território.

ABSTRACT: In Brazil, literature indicates advances in the legislation for Alcohol and other Drugs Policy. However, the Psychosocial Care Network created for this population has found some difficulties in consolidating itself. This study aims to analyze the Health Care Policy for alcohol and other drug users in Brazil in order to understand if the territory is recognized as a legitimate space for care, as well as to verify if the health practices in this sector show a lack of the State investment in the Psychosocial Care Model. The review of literature conducted in the year 2013 was based on diverse documents with printed content or accessed electronically through databases. The results indicate that the opening of the State to the philanthropic and private market cause the precariousness of public alternative devices destined to the users of alcohol and other drugs in the country, as well as the compromise of the principles that constitute them.

Keywords: Psychosocial Care. Drug Policy. Territory.

1. Introdução

O uso de substâncias psicoativas está presente em todos os momentos da história da humanidade, em diferentes povos e culturas, desenvolvendo, ao longo dos tempos, variações em sua forma, classificação e função. Estudos de Araújo e Moreira (2006), Carneiro (2006) e Escotado (1994) demonstram a ancestralidade das substâncias psicoativas e como seu uso perpassa a constituição do homem na sociedade. Em cada momento histórico e contexto cultural, os sujeitos encontrarão uma forma de singularizar sua experiência com as drogas, atribuindo-lhe um sentido e uma função, seja ela de caráter místico-religioso, medicinal e/ou recreacional.

Na contemporaneidade, a relação do homem com as substâncias psicoativas ganha *status* de fenômeno a ser analisado devido às características de um consumo abusivo, desvinculado de sentido, produzindo implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas.

No Brasil, avanços são palpáveis no campo da saúde mental a partir dos movimentos de Reforma Sanitária, Psiquiátrica e Luta Antimanicomial,¹ consolidando uma rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, que garantem o tratamento em liberdade e uma nova concepção da loucura na sociedade. Em contrapartida, no campo do abuso de álcool e outras drogas, durante décadas, a assistência esteve a cargo de instituições de caráter religioso e filantrópico (PINHO *et al.*, 2008; LIMA, 2010).

Nessa lacuna do Estado, surgem alternativas de tratamento fundamentadas em modelos essencialmente divergentes daqueles construídos a partir dos movimentos reformistas, já que se centralizam nas interações de longa permanência e no viés da abstinência absoluta das drogas, reforçando o isolamento social e o estigma das pessoas em uso abusivo de substâncias.

¹ Sobre os movimentos de Reforma Sanitária, Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, cf. AMARANTE (1995).

Dessa forma, o presente estudo apresenta uma análise da Política de Atenção à Saúde destinada aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil, a partir do pressuposto teórico de que a falta de investimento do Estado neste setor compromete a consolidação de uma rede de serviços de base territorial pautada no modelo de atenção psicossocial.

Apesar dos eixos teórico-clínicos que fundamentam a conformação de uma Rede de Atenção Psicossocial, essa análise justifica-se pelo crescente financiamento do poder público a entidades filantrópicas, privadas e/ou conveniadas com o Sistema Único de Saúde (SUS), em detrimento dos serviços públicos, em especial de saúde. Estes são gradualmente acometidos pela precarização orçamentária, estrutural e de recursos humanos em todo o país.

2. Método

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, realizado em 2013, tendo em vista a elaboração de Trabalho de Conclusão de Curso na Especialização *Lato Sensu* em Saúde Pública (ESP-MG), em que se optou pelo método de revisão da literatura através de pesquisa bibliográfica em materiais como livros, revistas científicas, legislação específica, publicações em conteúdo impresso ou acessado eletronicamente por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online). Para o levantamento das referências, utilizaram-se os descritores “atenção psicossocial”, “política sobre drogas” e “território”. Foram selecionados oito livros, dez artigos científicos e oito documentos legislativos, em sua maioria escritos em língua portuguesa e relacionados com o objeto da pesquisa.

3. Reforma psiquiátrica: atualização ao campo da política sobre drogas

Desviat (1999) aponta a Segunda Guerra Mundial como grande marco histórico dos processos de Reforma Psiquiátrica no mundo, época em que a sociedade demonstra maior sensibilidade para com grupos

sociais marginalizados, instituições de “cura” e seu caráter cronicador. A partir daí, iniciou-se um processo de ruptura do paradigma psiquiátrico construído ao longo do século XIX, chegando-se à conclusão de que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado ou abolido.

Para uma mudança legítima dos pressupostos relacionados à loucura, seria necessário ir além da estrutura física dos manicômios. Segundo Amarante (1995) e Birman e Costa (1994), a psiquiatria clássica teria que modificar radicalmente seu objeto, que deixaria de ser a doença mental para ser a promoção da saúde mental. A década de 1970 inaugura o processo de desinstitucionalização em consonância com a experiência italiana de Franco Basaglia, tornando a comunidade o novo espaço de intervenção da psiquiatria.

Segundo Moraes (2008), a atenção psicossocial situa-se no contexto da Reforma Psiquiátrica, com a proposta de compreender a determinação psíquica e sociocultural do sujeito no processo saúde/doença. Busca intervir nas relações intrainstitucionais, horizontalizando as ações e valorizando a equipe multidisciplinar. Tem como princípio adotar ações éticas e terapêuticas baseadas na retomada dos direitos de cidadania e do poder de contratualidade social, desconstruindo a instituição do lugar de clausura para sua ampliação com o exterior.

A Lei Federal nº 10.216/2001 demonstra um importante avanço na assistência ao portador de sofrimento mental no Brasil. O aspecto fundamental desta lei encontra-se na regulação das internações psiquiátricas, que passam a ser indicadas excepcionalmente, quando os recursos comunitários mostrarem-se insuficientes; especifica e diferencia as internações voluntárias, involuntárias e compulsórias, colocando critérios claros para sua utilização. Os usuários tornam-se protagonistas de políticas públicas específicas de saúde mental, voltadas à garantia dos seus direitos fundamentais, como a liberdade, o acesso integral à saúde e a manutenção dos vínculos familiares e comunitários (BRASIL, 2001).

Apesar dos inegáveis avanços relacionados a uma nova concepção de tratamento da loucura, os caminhos da exclusão se mantiveram no campo das drogas e dos sujeitos que delas fazem uso prejudicial. Para Pinho *et al.* (2008) e Lima (2010), durante décadas, o Estado e a sociedade se furtaram desta discussão e da importância em se efetivarem políticas públicas sobre álcool e outras drogas que expressassem os avanços conseguidos na legislação da saúde mental.

4. A legislação sobre álcool e outras drogas no Brasil: entre concepções e aplicações

Em 2002, institui-se a Política Nacional Antidrogas (PNAD), através do Decreto nº 4.345, aprovado pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas apenas em 2005. Esta política prevê responsabilidade compartilhada entre União, estados, municípios e sociedade no enfrentamento das questões relativas ao uso de substâncias psicoativas. Conjuga ações de caráter clínico, técnico-científico, normativo-repressivo e, apesar de guardar em seu texto uma linguagem conservadora, também aponta a promoção de estratégias de redução de danos de forma articulada nesta política (BRASIL, 2002).

Somente em 2003, o Ministério da Saúde publicou documento contendo as diretrizes e os preceitos da Política destinada à Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas no Brasil (BRASIL, 2003). O documento reconhece a necessidade de o país superar o atraso histórico desta responsabilidade pelo SUS, apontando que a construção de alternativas para o fenômeno deveria emergir através de esforços coletivos. Destaca, ainda, movimentos sociais relacionados ao SUS e à Saúde Mental substitutiva como fundantes da construção de uma rede de atenção às pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, instituindo a redução de danos como eixo norteador dessa política.

Pode-se ressaltar, ainda, a Lei nº 11.343/2006, que, entre seus aspectos fundamentais, promove a distinção entre o uso e o tráfico de drogas, mantendo a proibição de

ambas as práticas, porém, despenalizando a primeira. Esta lei sofre inúmeras críticas relativas aos aspectos subjetivos presentes na diferenciação usuário/traficante, mas ainda assim é considerada avançada, uma vez que vem substituir a antiga “Lei Antidrogas” de 1976, até então vigente no país (BRASIL, 2006).

Na perspectiva da assistência integral aos usuários de álcool e outras drogas, surge a proposta de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), regulamentada pela Portaria nº 3.088/2011, que tem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS-AD) como articuladores dos serviços extra-hospitalares. Além disso, destaca, entre suas diretrizes, a premissa de um cuidado em liberdade, amparado por serviços de base territorial e comunitária, tendo a redução de danos como estratégia a ser desenvolvida em sua transversalidade (BRASIL, 2011).

Em dissonância com os avanços mencionados, o Decreto nº 7.179/2010, ao instituir o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, propõe, entre suas ações, a ampliação do número de leitos para usuários de crack e outras drogas, com abertura a instituições não pertencentes à rede substitutiva do SUS e consequente comprometimento dos serviços próprios, de natureza pública (BRASIL, 2010), conforme expressa seu artigo 7º:

Art. 7º-A. Para a execução do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas poderão ser firmados convênios, contratos de repasse, termos de cooperação, ajustes ou instrumentos congêneres com órgãos e entidades da administração pública federal, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com consórcios públicos ou com entidades privadas (BRASIL, 2010).

Paradoxalmente, nessa mesma rede, são inseridas as Comunidades Terapêuticas como dispositivos de atenção residencial, modelo, por sua vez, centralizado nas internações de longa permanência e abstinência absoluta do uso de substâncias psicoativas, provocando o afastamento dos sujeitos do

seu território de origem e a fragilização dos vínculos comunitários e familiares.

5. As concepções de território e sua aplicação nas políticas públicas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas

Não há como abordar o conceito de território sem antes recorrer à teoria de Bauman (1999), que demonstra como o processo de globalização provocou uma transformação na relação dos sujeitos com o tempo e o espaço que ocupam. Isso quer dizer que o homem se movimenta de acordo com as várias dimensões que a vida pode apresentar, seja no campo econômico, social, ou do fluxo das informações.

À luz de Milton Santos (1996), Ribeiro (2002) trata da interface dessas dimensões – globalização, economia e cultura – e como elas interferem na conformação dos lugares. É na medida em que se podem captar os elementos centrais, as virtudes locais e compreender as ações solidárias que os lugares/territórios se constituem em sua dimensão simbólica e material.

Segundo Monken *et al.* (2008), o conceito de território apresenta amplas formas de compreensão, podendo ser aplicado em diversos campos do conhecimento e não apenas ao campo da Biologia ou da Geografia, onde se inaugura. Os avanços da sociedade contemporânea apontam para um processo de transposição das barreiras que separavam distintas ciências, a fim de responder a novas necessidades interdisciplinares.

A partir desse entendimento, torna-se possível conceber porque são incorporados, na saúde e saúde pública, conceitos como espaço, ambiente e território, assumindo o último um eixo que se pretende transversal.

Todavia, não podemos tratar tais conceitos como sinônimos. O espaço seria uma associação de fragmentos, estruturas e meios que compõem uma região, uma cidade, um bairro. O ambiente se relaciona à vida nesse espaço, ao ecossistema, aos meios de subsistência, enquanto o território pode ser considerado uma porção singularizada do

espaço, às formas de apropriação dos recursos nele disponíveis e onde transitam e atuam poderes do Estado e dos cidadãos até a formalização de contratos sociais (MONKEN *et al.*, 2008).

Os mesmos autores consideram que há também um componente cultural na concepção de território, tornando-se indissociável sua dimensão simbólica daquela de natureza predominantemente econômico-política. Em contrapartida, explicitam que por muito tempo prevaleceu no imaginário social um entendimento do território apenas como espaço geográfico, sendo o Estado responsável por sua delimitação e exercendo junto a ele relações de poder, com influência social, econômica e política.

Bauman (1999) afirma que a perda da identidade das pessoas em relação a seus lugares pode ser determinada por planejamentos centralizados por parte do Estado, que retiram a transparência dos territórios aos quais pertencemos e fragilizam os laços de responsabilidade frente aos mesmos, evidenciando características centrais das sociedades contemporâneas. Argumenta ainda que os locais nos quais existe maior produção de conhecimento são cada vez mais extra-territoriais, gerando progressiva segregação espacial e exclusão, bem como aprofundamento de distinções entre classes sociais e entre sujeitos normais e anormais, além da intensificação da segregação daqueles que sobrevivem à margem da lei.

Em consonância com essa argumentação, Cruz (2006) aponta, em seus estudos, que a internação de pacientes com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas provocaria o afastamento do ciclo que mantém o uso prejudicial de substâncias. Porém, tornar-se-ia inviável a mobilização dos recursos naturais do paciente, como os serviços de saúde do seu território, ou mesmo maior aproximação da família e da rede comunitária.

Segundo Monken *et al.* (2008), a implantação do SUS provocou uma reflexão dos gestores sobre a necessidade de organização dos serviços e das demandas, a fim de

garantir o acesso da população e a integração entre os serviços. Assim, a delimitação de territórios para a saúde assumiu uma lógica político-administrativa, que, segundo a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, do Ministério da Saúde, relaciona-se com o cenário brasileiro marcado pela diversidade dos contextos regionais, suas características socioeconômicas e as necessidades de saúde das populações.

As políticas públicas passam a ser desenvolvidas sob a ótica do território, espaço compreendido como local privilegiado do cuidado, capaz de solucionar grande parte dos problemas de saúde de uma população sem a necessidade de referenciamento a níveis especializados do sistema de saúde, garantindo a descentralização e a superação do modelo hospitalocêntrico (NUNES *et al.*, 2007; CASTRO, MAXTA, 2010).

Nesse sentido, Silva (2005) aponta para o lugar da responsabilização dos serviços de base territorial em detrimento de uma assistência de caráter centralizado e especializado. A “tomada de responsabilidade dos serviços pelo território” torna-se então uma diretriz a ser seguida, o que favorece a circulação do usuário no seu ambiente de origem minimizando a necessidade de internação e o risco de segregação social.

Surge assim a perspectiva de um trabalho por meio de Redes de Atenção à Saúde, que, segundo Mendes (2009) e Inojosa (2008), fornece suporte às políticas públicas, devido à sua característica de superação do caráter fragmentado da assistência à saúde, através da conformação de sistemas integrados, com serviços que prestem a uma população definida ações de promoção e manutenção da saúde, caracterizando um cuidado contínuo e coordenado.

No campo da assistência integral aos usuários de álcool e outras drogas, os CAPS-AD, regulamentados pela Portaria nº 336/2002, integram a rede SUS, sendo responsáveis pela assistência extra-hospitalar e articulação com a rede de serviços territoriais. Nesta mesma lógica, propõe-se, através da Portaria nº 3.088/2011, uma “Rede

de Atenção Psicossocial (RAPS) 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”. Esta rede norteia-se pelo desenvolvimento de atividades no território, com efetiva atuação de usuários, familiares e comunidade, favorecendo a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e exercício da cidadania (BRASIL, 2011).

Em contrapartida, a conformação desta rede apresenta algumas contradições a serem debatidas, a exemplo da inserção das Comunidades Terapêuticas como dispositivos de atenção. As Comunidades Terapêuticas, espaços de caráter residencial que têm em sua constituição os princípios morais e religiosos presentes nos grupos de mútua ajuda, trabalham com a tentativa de reproduzir artificialmente a realidade exterior, já que o “dependente” encontra-se afastado do território de origem e do convívio comunitário e familiar. Além disso, compreendem que o uso prejudicial de substâncias é uma patologia que precisa ser reconhecida para que seja possível um processo de melhora pela identificação com os “pares” (FRACASSO, 2011).

A Redução de Danos, apesar de ser uma estratégia mundialmente reconhecida e indicada em diversos documentos oficiais do país, é negligenciada quando a composição da rede de atenção inclui dispositivos fundamentalmente divergentes. As Comunidades Terapêuticas se evidenciam pela natureza não pública, modelo centrado nas internações em detrimento ao cuidado em liberdade, na abstinência e não na redução de danos,

no isolamento geográfico e não na potência e vivacidade dos territórios.

6. Conclusão

No Brasil, a literatura indica avanços na legislação relativa ao campo das drogas, especialmente na década de 2000. Entretanto, a Rede de Atenção Psicossocial destinada a essa população encontra dificuldades em consolidar-se como política pública orientada pelos princípios dos movimentos de Reforma Sanitária, Psiquiátrica e Luta Antimanicomial.

As políticas públicas apontam a importância da organização do sistema por meio de Redes de Atenção à Saúde, que tomam o território como espaço privilegiado do cuidado a sua população. Entretanto, a abertura do Estado ao mercado filantrópico e privado, provoca a precarização dos dispositivos públicos substitutivos destinados aos usuários de álcool e outras drogas no país, bem como o comprometimento do cuidado em liberdade e assistência integral aos usuários através de serviços de base territorial.

Conclui-se que, para sustentar um modelo de atenção psicossocial destinado aos usuários de álcool e outras drogas orientado pelos movimentos reformistas, faz-se necessário o fomento a instâncias de participação social: usuários, trabalhadores e gestores do sistema, buscando o efetivo investimento do poder público na Rede de Atenção Psicossocial e implantação de serviços públicos.

Contribuições dos autores: Todos os autores trabalharam nas diversas etapas de produção do texto.

7. Referências

- AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 136 p.
- ARAÚJO, M.R.; MOREIRA, F.G. História das drogas. In: SILVEIRA, D.X; MOREIRA, F.G. (Orgs.). **Panorama Atual de Drogas e Dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 9-14.
- BAUMAN, Z. Tempo e classe. In: _____. **Globalização: as consequências humanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999. p.13-33.

BIRMAN, J.; COSTA, J.F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Coord.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 41-72.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF: Congresso Nacional, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 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, DF: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da saúde. **Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Congresso Nacional. **Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 4.345 de 26 de agosto de 2002**. Institui a Política Nacional Antidrogas (PNAD) e dá outras providências. Brasília, DF: 2002.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. **Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece as Modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Congresso Nacional. **Lei nº 10.216 de 06 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: Congresso Nacional, 2001.

CARNEIRO, H. A erva dos escravos. **Nossa História**. Rio de Janeiro, ano 3, n 33, p. 22-24, jul. 2006.

CASTRO, L. M.; MAXTA, B.S.B. Práticas Territoriais de Cuidado em Saúde Mental: experiências de um centro de atenção psicossocial no município do Rio de Janeiro. **Smad, São Paulo, v. 6, n. 1, 2010**. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/resmad>>. Acesso em: 10 set. 2013.

CRUZ, M. S. Internação Versus Tratamento Ambulatorial. In: SILVEIRA, D.X.; MOREIRA, F.G. (Orgs.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006.p. 113-122.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 167 p.

ESCOHOTADO, A. La Antigüedad Remota. In: _____. **De los orígenes a la prohibición**. Madri: Alianza, 1994. p. 5-11.

FRACASSO, L. Comunidades Terapêuticas. In: DIEHL, A., CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. *et al.* **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 61-69.

INOJOSA, R. M. Revisitando Redes. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.41, p.36-46,2008.

LIMA, C.M. de. O fim dos manicômios e a criação de minimanicômios travestidos: notas sobre o flanco frágil da luta antimanicomial. **Jornal do Psicólogo**, Conselho Regional de Psicologia - Minas Gerais, Belo Horizonte, ano 26, n. 96, mar./jun. 2010. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/1cG7M-dX00SzoQ4d5CzuPnByk9TdvPgSj0/view>>. Acesso em: 24 jul. 2018.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde: revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos. In: _____. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009. p. 113-334.

MONKEN, M.; PEITER, P.; BARCELLOS, C. *et al.* O território na Saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A. C.; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J. et al. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-41.

MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Recife, v. 13, n. 1, p. 121-133, 2008.

NUNES, M.; JUCÁ, V.J.; VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, out. 2007.

PINHO, P. H.; OLIVEIRA, M. A.; ALMEIDA, M. M. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, supl.1, p. 82-88, 2008.

RIBEIRO, W.C. Globalização e geografia em Milton Santos. In: El ciudadano, La globalización y la geografía. Homenaje a Milton Santos. **Scripta Nova: Revista Electrónica de Geografía y Ciencias sociales**, Universidad de Barcelona, v. 6, n. 124, set. 2002. Disponível em: <<http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-124.htm>>. Acesso em: 13 jul. 2018.

SILVA, M.B.B. Atenção Psicossocial e Gestão de Populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. **PHYSIS: ReSaúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 127-150, 2005.

SILVEIRA, D.X.; MOREIRA, F.G. Reflexões preliminares sobre a questão das substâncias psicoativas. In: _____. (Orgs.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 3-7.

Características demográficas, clínicas e epidemiológicas das pessoas vivendo com HIV/Aids em Ouro Preto (MG)

Demographic, clinical and epidemiological characteristics of people living with HIV/AIDS in Ouro Preto (MG)

Carolina Coimbra Marinho¹
Fernanda Mendes Pinheiro Costa²
Wandiclécia Rodrigues Ferreira²
Keila Furbino Barbosa³
Sônia Maria de Figueiredo³
Carolina Ali Santos⁴
George Luiz Lins Machado-Coelho⁴

¹Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. cmarinho@med-trop.mest.ufmg.br

²Escola de Farmácia, Universidade Federal de Ouro Preto.

³Escola de Nutrição, Universidade Federal de Ouro Preto.

⁴Escola de Medicina, Universidade Federal de Ouro Preto.

RESUMO: Objetivo: descrever as características demográficas, clínicas e epidemiológicas das pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHIV), atendidas pelo Programa de Extensão Atenção Integral em Doenças Infecciosas da Universidade Federal de Ouro Preto e Serviço de Atenção Especializada em HIV/Aids e Hepatites Virais de Ouro Preto-MG (SAE-OP). Métodos: um estudo transversal retrospectivo foi realizado através de dados coletados nos prontuários de acompanhamento multiprofissional de outubro/2010 até dezembro/2016. A carga viral (CV) média no início do seguimento e a última antes da coleta de dados foram comparadas usando o teste-*t* de *Student* em amostras pareadas. As proporções de pacientes com CV indetectável no início do seguimento e a última registrada em prontuário foram comparadas usando o teste *McNemar*. O intervalo entre o primeiro e o último registro de CV de cada paciente variou de acordo com o tempo desde o início do seguimento local. Maiores de 18 anos, não gestantes e residentes em Ouro Preto (MG) foram elegíveis para o estudo. Resultados: dos 97 adultos em seguimento, 53 foram elegíveis e 45 foram incluídos. Entre os não incluídos, 3 tinham registro de abandono e 5 faltaram ao último agendamento ou dispensação de medicamentos, ou não tiveram o prontuário localizado. De 45 participantes, 55,6% eram homens, mediana de idade 47 anos (mínimo: 22, máximo: 60; P25: 37, P75: 53), sendo o nível de escolaridade predominante o ensino médio (40,9%). A principal forma de contágio foi a sexual (93,3%) e a infecção definidora de Aids mais frequente foi a candidíase oral/esofágica (13,3%). Houve redução significativa da CV média ($p=0,007$) entre o registro de admissão ao ambulatório e o último registro disponível em prontuário, e aumento significativo ($p=0,000$) da proporção de pessoas com CV indetectável comparando-se esses dois registros. Resultados relacionados ao trabalho da equipe multiprofissional ainda serão explorados. Conclusão: O presente estudo revela que as PVHIV em seguimento em Ouro Preto-MG são em sua maioria homens na quarta ou quinta década de vida com nível médio de escolaridade. A evolução favorável da CV sugere que o seguimento nos serviços agora existentes no

município, SAE-OP e Ambulatório de Doenças Infecciosas, contribuiu para o bom controle da infecção. A maior facilidade de acesso ao serviço próximo ao domicílio pode explicar essa tendência ao bom controle.

Palavras-chave: Infecções por HIV. Equipe de assistência ao paciente. Pesquisa sobre serviços de saúde.

ABSTRACT: *Objective: To describe the demographic, clinical and epidemiological characteristics of people living with HIV/Aids assisted in the university and in the local specialized outpatient clinics in the city of Ouro Preto (MG). Methods: A retrospective transversal study was undertaken through the collection and analysis of data from multidisciplinary records from October/2010 to December/2016. Mean viral load (VL) recorded in the beginning of follow-up and the last recorded were compared using Student's t-test for paired samples. The proportion of patients with undetectable VL in the first and in the last recorded were compared with McNemar method. Time since beginning of follow-up varied for each patient. The interval between first and last VL records varied accordingly. People older than 18, non-pregnant and residents in Ouro Preto were eligible. Results: Out of 97 adult subjects attending the outpatient clinics, 53 were eligible and 45 were included. Three of the 53 abandoned treatment and 5 failed to attend the last appointment to collect medication, or their records were missing. Out of 45, 55.6% were men, median age 47 (min: 22, max: 60, P25: 37, P75: 53), and 40,9% attended school for 9-11 years. Sexual contact was the main form of transmission (93.3%) and the most frequent Aids defining disease was oral/esophageal candidiasis (13.3%). Significant decrease in mean VL ($p=0.007$) and increase in the proportion patients with undetectable VL ($p=0.000$) was observed when first and last recorded VL were compared. Conclusion: The present study informs that people living with HIV/Aids assisted in Ouro Preto are in their fourth or fifth decade of life and attended high school. The favorable evolution of VL suggests that the follow-up in the local specialized clinics now existent in Ouro Preto contributes to the good control of infection. Access to specialized care close to the patients' domicile could explain the tendency towards a successful control.*

Keywords: HIV infections. Patient care team. Health services research.

Introdução

De 1980 até junho de 2017, foram notificados 882.810 casos de Aids no Brasil (BRASIL, 2017a). O registro de casos de infecção por HIV e Aids é feito pelo Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). Contudo, diante de taxas expressivas de subnotificação nesse sistema, metodologias que integram outros sistemas de informação foram desenvolvidas, aumentando a confiabilidade dos dados gerados sobre a epidemia de Aids no país. Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Sistema de Informação de Exames Laboratoriais (SISCEL) e do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) contribuem para a geração de informação consistente sobre as

taxas de detecção, adoecimento e mortalidade por região, sexo, idade, cor/raça, forma de contágio, escolaridade (BRASIL, 2017a).

Atualmente, é descrita uma estabilização da epidemia de Aids no Brasil. No entanto, existe contraposição entre a progressão dos indicadores nas regiões Norte e Nordeste e o declínio ou estabilização no Sul e Sudeste. Tomando como exemplo a taxa de detecção de casos novos, houve queda de 5,1% nos últimos 10 anos no Brasil. Contudo, verificam-se diferenças expressivas entre as regiões no mesmo período: enquanto as regiões Sudeste e Sul apresentaram redução de 35,8% e 19,3%, nas regiões Norte e Nordeste foi registrado aumento de 66,4% e 35,7%, respectivamente (BRASIL, 2017a).

Além das diferenças regionais, populações essenciais e prioritárias para as estratégias de prevenção combinada também exibem perfis epidemiológicos diferenciados, com maiores taxas de prevalência e de detecção de casos novos. Entre as populações prioritárias, estão incluídos jovens com idade entre 15 e 29 anos e homens que fazem sexo com homens (HSH). Nos últimos 10 anos, em ambos os sexos, a detecção de casos novos no grupo etário entre 15 e 19 anos triplicou, tendo dobrado entre os indivíduos com idade entre 24 e 29 anos. Entre os homens, a transmissão por contato homossexual no Brasil teve aumento de mais de 30% nos últimos 10 anos (BRASIL, 2017a; 2017b). Uma tendência global de aumento do número de novos casos entre mulheres de 15 a 24 anos também foi descrita pelo *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS, 2017).

Os estudos de abrangência nacional informam sobre a epidemia da Aids em estados e regiões, mas os números agregados por regiões podem ocultar diferenças na transmissão do HIV nas localidades. Em uma análise espacial da evolução da epidemia desde 1999 até 2007, Teixeira *et al.* (2014) mostraram que as macrorregiões geográficas Sudeste e Sul concentravam o maior número de casos novos e mortes relacionadas ao HIV em números absolutos, mas com taxas de incidência e mortalidade em declínio. Enquanto isso, as regiões Norte e Nordeste exibem aumento desses indicadores.

Capitais e cidades com mais de 100 mil habitantes concentram mais de 85% dos casos de Aids do país. Essas cidades têm início precoce da epidemia, maior diversidade das formas de exposição e maior razão homem: mulher. Cenário semelhante é observado nas cidades de médio porte, entre 20 e 100 mil habitantes, onde já se observam exposição por uso de drogas injetáveis e relações homo/bissexuais. Por outro lado, as cidades de pequeno porte, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, com índices de desenvolvimento humano (IDH) mais baixo e menor número de casos, registram as maiores tendências de crescimento do número de casos novos registrados,

com exposição predominantemente heterossexual (GRANGEIRO *et al.*, 2010).

Ouro Preto está situada a 100 km de Belo Horizonte, capital do estado, com população estimada de 74.659 habitantes, sendo quase 80% acima de 18 anos de idade. O município abriga o campus Ouro Preto da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) e conta com 49 estabelecimentos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) (IBGE, 2017).

Em 2007, a UFOP passou a ofertar a graduação em Medicina, e em 2010 foram iniciadas as atividades do Ambulatório de Doenças Infecciosas e Parasitárias. O Ambulatório, que atende pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHIV) residentes em Ouro Preto e Mariana (MG), no início oferecia atendimento médico em cenário de prática da graduação em Medicina. A assistência nutricional foi agregada em 2012 pela Escola de Nutrição, e a Atenção Farmacêutica, em 2013, pela Farmácia-Escola da Escola de Farmácia. Estabelecidas as colaborações intersectoriais, em 2013 o ambulatório foi registrado como Projeto de Extensão Universitária.

O ambulatório funcionou inicialmente na unidade de saúde do campus, e atualmente funciona na Policlínica Municipal de Ouro Preto. Toda a equipe da unidade foi sensibilizada e treinada para o acolhimento dos novos pacientes. O registro do atendimento de cada equipe, Infectologia, Farmácia e Nutrição, e a coleta de informações em banco de dados próprio são realizados em instrumentos padronizados criados especialmente para o projeto. O município ainda não conta com registro em prontuário eletrônico. A rápida elevação do número de pessoas atendidas ao longo do tempo evidenciou os desafios da coleta e manutenção de dados atualizados. O formulário elaborado mostrou-se complexo para a alimentação manual do banco de dados à medida que o número de atendimentos crescia. Atualmente, o processo de coleta e armazenamento encontra-se em remodelamento e modernização, para maior eficiência na transformação dos dados em informação. O registro sistemático das atividades do ambulatório se dá, principalmente,

pela confecção de relatórios consolidados do Projeto de Extensão ao final de cada ano. Trabalhos produzidos no ambulatório foram apresentados em encontros locais de interesse didático e científico, e em uma reunião científica regional (MARÇAL *et al.*, 2014).

Além da assistência individual e tratamento como prevenção, o ambulatório realiza ações coletivas de prevenção e promoção da saúde. Em 2013, o projeto realizou o primeiro curso de Capacitação em Testagem e Aconselhamento para profissionais da saúde da universidade e do município de Ouro Preto, e a primeira campanha de testagem utilizando testes rápidos no campus universitário. Nos anos seguintes, a equipe do projeto participou ativamente das campanhas municipais anuais do 1º de dezembro e no carnaval.

O Serviço de Atenção Especializada em HIV/Aids e Hepatites Virais de Ouro Preto (SAE-OP) foi criado em 2014. Em 2016, foi inaugurada a Unidade de Dispensação de Medicamentos de Ouro Preto (UDM-OP), indispensável para a operacionalização do tratamento dos pacientes do município e região. Ambos estão sediados na Policlínica Municipal e contam com médico infectologista, enfermeiro, assistente social e farmacêutico. A colaboração entre a gestão municipal de saúde e o Projeto de Extensão universitária estabeleceu-se desde a concepção e planejamento do SAE e da UDM. Universidade e município atuam juntos na assistência médica, cada um com um médico infectologista, e se complementam nas demais áreas do cuidado das PVHIV. A parceria entre a universidade e o SAE-OP foi formalizada em 2017 com a criação do Programa de Extensão Atenção Integral em Doenças Infecciosas, de caráter interinstitucional. O programa é composto por SAE, UDM e pelos Projetos de Extensão da Escola de Medicina e da Escola de Nutrição.

Com o fortalecimento dessa estrutura criada no município para a atenção à PVHIV, estudos produzidos no nível local poderão evidenciar epidemias distintas, segundo particularidades e contexto da região em questão. O conhecimento de aspectos temporais, geográficos e estruturais relacionados à vulnerabilidade

e acerca de comportamentos determinantes da transmissão do HIV pode orientar a escolha das melhores estratégias de prevenção combinada no nível local e individual (KUCHENBECKER *et al.*, 2015; BRASIL, 2017c, 2017b). O presente trabalho tem o objetivo de descrever as características demográficas, clínicas e epidemiológicas das PVHIV em seguimento em Ouro Preto, de 2010 a 2016. Os sujeitos são atendidos pelo Programa de Extensão Universitária Atenção Integral em Infectologia e pelo SAE e UDM-OP.

Métodos

O presente estudo transversal retrospectivo foi realizado através do levantamento de dados secundários dos prontuários de acompanhamento multiprofissional do SAE-OP e Projeto de Extensão Ambulatório de Doenças Infecciosas desde outubro de 2010 até dezembro de 2016. Os registros de dispensação de antirretrovirais da UDM foram levantados através do SICLOM para checagem dos dados coletados em prontuários, verificação da adesão e de informações relacionadas ao acompanhamento no serviço.

Critérios de inclusão e exclusão: os dados de pacientes maiores de 18 anos e não gestantes que residem, têm seguimento clínico e retiram o medicamento em Ouro Preto foram incluídos. Excluíram-se os menores de 18 anos, pacientes que tem seguimento no SAE-OP, mas residem em Mariana e aqueles que não têm seguimento clínico no SAE-OP, apesar de retirarem os medicamentos na UDM do município. No momento da coleta, não havia gestantes em seguimento no serviço. Os indivíduos com registro de transferência e/ou de óbito no período analisado também foram excluídos, evitando-se, assim superestimar o abandono de tratamento.

Coleta de dados: os prontuários dos pacientes são armazenados em papel no arquivo da Policlínica Municipal de Ouro Preto. Entre novembro e dezembro de 2016, os dados individuais foram coletados em local privativo, objetivando manter o sigilo dos prontuários. Um protocolo de coleta de dados foi criado especialmente para este trabalho. A digitação

dos dados coletados foi realizada pela mesma pessoa que os coletou, sendo que após as etapas de coleta e registro dos dados, outra pessoa da equipe conferia as informações. Dados gerais sobre a epidemia no município foram consultados nas bases de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), com o auxílio da UDM de Ouro Preto. Os dados do SICLOM mostraram que 97 adultos e 5 crianças recebiam seus medicamentos na UDM do município até dezembro de 2016, sendo 72 adultos residentes em Ouro Preto.

O levantamento dos prontuários revelou inúmeras lacunas de informação. Informações ausentes dos prontuários foram buscadas inicialmente no banco de dados do Projeto de Extensão. Isso revelou que em diversos casos o banco continha dados desatualizados ou incompletos devido à própria ausência de registro no papel. Com o objetivo de obter informações mais completas, a busca em prontuários foi realizada em três etapas. Na primeira, os prontuários foram localizados e aqueles com informações incompletas foram identificados. Alguns prontuários não foram localizados. Na segunda etapa, solicitou-se aos profissionais do serviço, em especial da UDM, que, no próximo contato com o paciente dentro do prazo de coleta, durante a frequência mensal de dispensação de medicamentos, procurassem complementar as informações cabíveis ao seu atendimento. Em seguida, foi realizada uma terceira etapa de busca de dados nos prontuários revisados.

Os dados foram coletados de acordo com três conjuntos de variáveis: 1) variáveis sociodemográficas: sexo (feminino, masculino), idade, escolaridade (ensino fundamental até 8 anos de estudo, médio entre 9 e 11 anos, superior completo ou incompleto) e estado civil (casado, solteiro, separado/divorciado, união estável, viúvo); 2) variáveis comportamentais: uso de álcool, tabaco, drogas ilícitas e forma de contágio (sexual, drogas injetáveis, perinatal); 3) variáveis clínicas: uso de antirretroviral (ARV), número de esquemas de ARV (0 a 4 ou mais),

comorbidades, doenças relacionadas ao HIV, infecções sexualmente transmissíveis (IST), tempo e origem do diagnóstico, tempo de acompanhamento no serviço e carga viral (cópias de RNA do vírus/ml de sangue) no início do seguimento em Ouro Preto e na última consulta registrada no prontuário.

Análise estatística: foi criado um banco de dados no programa Microsoft Excel. A inserção dos dados foi realizada pela mesma pessoa que os coletou, sendo que a conferência desta etapa foi realizada manualmente por outra pessoa da equipe de trabalho. A análise dos dados foi realizada com o programa IBM SPSS *Statistics Data Editor* versão 19.0. As variáveis contínuas foram descritas com medidas de tendência central e dispersão, e as categóricas, através das proporções. A distribuição dos dados contínuos foi verificada pelas análises de Skewness e Kurtosis. Para análise da evolução da CV, foram utilizadas a primeira registrada no início do seguimento de cada paciente em Ouro Preto e a última registrada antes da coleta dos dados, de forma pareada. O intervalo entre os dois registros variou de acordo com o tempo de acompanhamento de cada paciente no serviço. O teste *t* de *Student* para amostras pareadas foi utilizado para comparação entre as médias da primeira e da última CV registrada após transformação logarítmica decimal dos dados. As proporções de pacientes com carga viral indetectável no primeiro e no último registros foram comparadas através do teste de McNemar. A correlação entre as variáveis do estudo e a variação da CV foi investigada pela regressão linear. O valor *p* menor que 0,05 foi considerado significativo.

Comitê de Ética: o presente trabalho observa, integralmente, as normas constantes na Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ouro Preto (Parecer número 1.893.551 de 18/01/2017).

Resultados

Até dezembro de 2016, existiam 97 pacientes adultos registrados no Ambulatório e SAE-Ouro Preto. Entre eles, 53 (54,6%) eram

elegíveis para o estudo. Oito dos 53 pacientes (15%) foram excluídos: 3 tinham registro de abandono de tratamento e 5 não compareceram ao agendamento ou retirada de medicamentos, ou os prontuários não foram localizados durante o período de estudo. No total, os dados de 45 pacientes foram analisados.

A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas e comportamentais avaliadas nos pacientes incluídos no estudo. A maioria são homens (55,5%), com mediana de idade 47 anos (22-60 anos), nível de escolaridade fundamental (38,6%) ou médio (40,9%), sem relacionamento afetivo-sexual fixo (51,1%). A relação homem: mulher na população estudada foi 1,25. A principal forma de contágio foi a sexual (93,3%). O tabagismo (35,6%) e o etilismo (35,6%) são hábitos frequentes, mas apenas uma minoria (15,6%) admitiu uso de drogas ilícitas.

Na Tabela 2, estão descritas as informações clínicas e epidemiológicas dos pacientes do estudo. A maioria teve diagnóstico de infecção por HIV no município de residência (56,8%). Cerca de metade (47,7%) dos pacientes estava em uso do esquema TARV composto de

tenofovir (TDF), lamivudina (3TC) e efavirenz (EFV). Em alguns casos, essa combinação já representava o segundo (20,4%) ou terceiro (6,8%) esquema TARV utilizado pelo paciente. As comorbidades mais comuns foram depressão com ou sem transtorno alimentar (11,1%) e hipertensão associada ou não a diabetes (8,9%). Em um quinto dos casos (19,9%) havia registro de infecções sexualmente transmissíveis: sífilis (8,9%), gonorreia (4,4%), hepatite B (4,4%) ou herpes simples (2,2%). A infecção oportunista mais frequente foi a candidíase oral ou esofágica (13,3%). Entre as outras infecções, a mais frequente foi a pneumonia bacteriana (15,6%).

A proporção de pacientes com CV indetectável na última contagem registrada foi significativamente maior que a registrada no início do seguimento ($p=0,000$). Houve redução significativa ($p=0,007$) da média da CV no último registro em comparação com o registro de entrada no serviço. Os dados estão demonstrados na Tabela 3. Nenhuma das variáveis investigadas mostrou correlação significativa com a redução da carga viral na população do estudo.

Tabela 1: Características sócio demográficas e comportamentais de 45 pacientes atendidos no Programa Atenção Integral em Doenças Infecciosas em Ouro Preto, MG, dezembro de 2016.

		Média	Desvio padrão
Idade		44,5	11,0
		n	%
Mulheres		20	44,4
Escolaridade*	Fundamental	17	38,6
	Médio	18	40,9
	Superior	9	20,5
Estado civil	Solteiro ou divorciado	23	51,1
	Casado ou união estável	20	44,4
	Viúvo	2	4,4
Comportamento	Tabagismo	16	35,6
	Etilismo	16	35,6
	Uso de drogas ilícitas	7	15,6
	Forma de contágio sexual**	42	93,3

* Total de 44 pacientes

** Outras formas de contágio encontradas: drogas injetáveis (n=2); perinatal (n=1)

Tabela 2. Características clínicas e epidemiológicas dos 45 pacientes atendidos no Programa Atenção Integral em Doenças Infecciosas em Ouro Preto, MG, dezembro de 2016.

		n	%
Local do diagnóstico	Ouro Preto	25	56,8
	Belo Horizonte	15	34,1
		Mediana	Amplitude
Tempo de diagnóstico de HIV (anos)		6	(1-22)
Tempo de seguimento no ambulatório (anos)		4	(1-6)
Tempo de TARV (anos)		4	(1-18)
Tempo de uso do 1º esquema de TARV (anos)		3	(1-8)
		n	%
Uso de TARV		44	97,7
1º esquema (n=44)	AZT+3TC+EFV	24	54,5
	TDF+3TC+EFV	9	20,5
2º esquema (n=21)	TDF+3TC+EFV	9	42,9
3º esquema (n=6)	TDF+3TC+EFV	3	50,0
Comorbidades	depressão e/ou transtorno alimentar	5	11,1
	hipertensão e/ou diabetes	4	8,9
IST	sífilis	4	8,9
	gonorreia	2	4,4
	HBV	2	4,4
	HSV	1	2,2
IO	candidíase oral/esofágica	6	13,3
	TB pulmonar	4	8,9
	TB extrapulmonar	1	2,2
	neurotoxoplasmose	1	2,2
Outras infecções	pneumonia bacteriana	7	15,6

TARV: terapia antirretroviral; AZT: zidovudina; 3TC: lamivudina; EFV: efavirenz; TDF: tenofovir; IST: infecções sexualmente transmissíveis; HBV: vírus da hepatite B; HSV: vírus herpes simples; IO: infecções oportunistas; TB: tuberculose

Tabela 3: Comparação das médias da carga viral (CV) de entrada no serviço e da última carga viral registrada em prontuário no Programa Atenção Integral em Doenças Infecciosas em Ouro Preto, MG, dezembro de 2016.

	Pacientes com carga viral indetectável* [n(%)]	Carga viral média** (desvio padrão)
Primeira CV registrada	10 (23%)	308.649,2 (948.490,3)
Última CV registrada	35 (80%)	7.501,3 (35.213,2)

* Teste de McNemar: p=0,000.

**Teste t de Student em amostras pareadas: t = 3,758; p = 0,007

Discussão

A epidemia de Aids em Ouro Preto atinge preferencialmente homens, com 9 a 11 anos de escolaridade, na faixa etária acima de 40 anos, sendo a razão entre os sexos de 1,25. A

forma de exposição mais frequente é a sexual e a principal doença definidora da Aids foi a candidíase oral/esofágica. A redução da CV média e o aumento da proporção de pessoas com CV indetectável entre a entrada no

serviço e o final do período do estudo sugerem um controle satisfatório da infecção nessa população. A epidemia de Aids no Brasil hoje caracteriza-se por uma concentração, em ambos os sexos, na faixa etária de 25 a 39 anos: 52,9% dos casos masculinos e 47,0% entre as mulheres. A razão de sexos considerando todas as faixas etárias em 2016 foi de 2,2, ou 22 homens infectados para cada 10 mulheres. Essa razão é variável de acordo com a faixa etária, sendo 1,8 no grupo de 40 a 49 anos. Quanto à escolaridade, observa-se no Brasil uma concentração dos casos (25,5%) entre pessoas com escolaridade entre 5ª e 8ª série incompletas. A principal forma de exposição no Brasil em 2016 foi a sexual: 95,8% entre homens e 97,1% entre as mulheres.

Apesar do predomínio da transmissão heterossexual, observou-se crescimento de 32,9% na frequência de transmissão via relação homossexual entre os homens (BRASIL, 2017a). A alta taxa de transmissão associada à relação sexual anal, padrões de comportamento sexual praticados e determinantes sociais podem contribuir para a diferença de carga de doença entre homens e mulheres. Além disso, a melhoria dramática inicial na qualidade de vida e sobrevivência de indivíduos infectados devido à terapia antirretroviral combinada pode ter impulsionado o ressurgimento do comportamento sexual de risco (SARGIN; GOKTAS, 2017).

A distribuição etária dos casos de Aids conhecidos e em tratamento em Ouro Preto difere um pouco da brasileira, com predomínio acima dos 40 anos de idade. Esse cenário aponta para um risco maior de morbidade não relacionada ao HIV e, conseqüentemente, maiores custos e complexidade do cuidado. Pacientes assintomáticos em terapia antirretroviral têm sobrevida comparável aos não infectados (ABERG, 2012). Por conseguinte, observa-se frequência crescente de morbidade e mortalidade por causas não relacionadas ao HIV. As PVHIV pertencentes a grupos etários mais avançados tendem a ter menor escolaridade, diagnóstico mais tardio e pior perfil de controle da infecção (FONSECA *et al.*, 2012). Se por um lado, uma maior frequência

de morbidade não relacionada ao HIV parece contribuir para maior adesão e retenção dos pacientes em tratamento, por outro lado, esses fatores contribuem para o aumento dos custos relacionados ao cuidado das PVHIV, tanto pela maior adesão quanto pela maior complexidade dos esquemas terapêuticos (CRAWFORD *et al.*, 2014; KRENTZ; GILL, 2015). Além da mudança no perfil de morbidade, já foi descrito um maior incremento da mortalidade por doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e cânceres não relacionados ao HIV entre os portadores de HIV do que entre os não infectados (PAULA *et al.*, 2014).

A morbidade não relacionada ao HIV pode resultar de alterações de órgãos-alvo aceleradas pelo estado inflamatório crônico secundário à infecção pelo HIV e/ou seu tratamento, em combinação com os fatores de risco e alterações metabólicas tradicionalmente associadas ao envelhecimento (ABERG, 2012; HUGGAN *et al.*, 2012). Entre as condições não relacionadas ao HIV mais frequentes entre as PVHIV, destacam-se a dislipidemia e outros fatores de risco cardiovascular (BRASIL, 2017c). O uso de esquemas terapêuticos contendo inibidores de proteases (IP) está associado a alterações metabólicas, tais como dislipidemia, disfunção endotelial, resistência à insulina e obesidade central (RUBINS *et al.*, 1999; POZZAN *et al.*, 2004). Ainda que, em sua maioria, os pacientes que compuseram a amostra analisada no presente artigo não utilizem os IP, o perfil epidemiológico descrito, homens com mais de 40 anos, já alerta para a possibilidade de risco cardiovascular aumentado.

A ocorrência de hipertensão com ou sem diabetes em quase 9% e o tabagismo em mais de 35% aumentam o grau de atenção para o problema. A identificação desse perfil é mais um benefício do estudo realizado no nível local e reforça a importância da atuação da assistência nutricional no ambulatório. O manejo nutricional visando à redução do risco cardiovascular desse grupo de pacientes pode ter repercussões mensuráveis na redução da morbidade e manutenção da qualidade de vida (XAVIER *et al.*, 2013).

Embora tenha ocorrido uma convergência da relação homem: mulher infectados ao longo dos anos no Brasil, considerando-se todas as faixas etárias a prevalência entre os homens (2,2), ainda é cerca de duas vezes maior (BRASIL, 2017a). Para a faixa etária de 40 a 49 anos, a razão observada no país foi de 1,8 (BRASIL, 2017c), maior que a descrita no presente estudo (1,25). A convergência da razão entre os sexos é observada no Brasil principalmente em cidades de menor porte, onde foi descrita uma tendência de crescimento da epidemia, tendo como a principal via de exposição, a heterossexual (GRANGEIRO *et al.*, 2010). Ouro Preto tem uma população estimada acima de 70 mil habitantes, à qual se soma uma população flutuante vinculada à universidade, que corresponde a cerca de 10% da população total. A identificação de um padrão de epidemia semelhante ao de cidades de menor porte pode ser explicada por alguns fatores, mencionados a seguir.

A exemplo, PVHIV residentes na sede do município podem ter maior facilidade de se locomover para tratamento em centros maiores, como a capital Belo Horizonte, enquanto o SAE e o ambulatório universitário absorvem as PVHIV procedentes dos distritos rurais. Como essas localidades têm população menor, o perfil epidemiológico se assemelharia ao de cidades de pequeno porte. Em fevereiro de 2017, de acordo com os dados do SICLON, Ouro Preto registrava uma prevalência de Aids de 0,1%, sendo 20% dos infectados residentes nos distritos rurais. Além disso, como o serviço especializado existe na cidade há um tempo relativamente curto, casos até então desconhecidos ou antes acompanhados em outros serviços e transferidos recentemente estariam provocando uma tendência apenas aparente de crescimento da epidemia local. Também por causa do curto tempo de existência do SAE, pessoas em tratamento há mais tempo e já vinculadas a outros serviços não desejariam transferir seu tratamento para Ouro Preto. Dessa forma, o maior contingente dos casos em tratamento no município seria de casos novos.

As pessoas infectadas pelo HIV que estão em terapia antirretroviral eficaz, ou seja, com

carga viral indetectável no sangue periférico, tem risco desprezível de transmitir o vírus e melhor qualidade de vida. Essa premissa fundamenta a estratégia de Tratamento para Todas as Pessoas, adotada no Brasil desde 2013 (BRASIL, 2017b; DEL RIO, 2017). Infecções recorrentes e doenças oportunistas são consequência da debilidade imunológica dos pacientes, resultante do controle ineficaz da infecção. As infecções mais prevalentes no presente estudo foram a pneumonia bacteriana e a candidíase orofaríngea, representando quase 30% das infecções registradas. A ocorrência desses casos enfatiza a importância da coordenação dos esforços da atenção médica, farmacêutica e nutricional para maior aderência ao tratamento visando ao restabelecimento da saúde, imunidade e aumento de sobrevida (WULANDARI *et al.*, 2017). O presente estudo identificou uma redução da CV média e aumento da proporção de pessoas com CV indetectável entre os pacientes acompanhados no ambulatório durante o período de observação. Mesmo assim, 15% dos pacientes elegíveis para este estudo foram excluídos por falha de adesão ao tratamento ou ao acompanhamento ambulatorial. A busca ativa dos casos de falha de adesão e a investigação de causas locais poderão orientar ações direcionadas para as especificidades locais.

A baixa escolaridade da maioria dos participantes pode representar uma explicação para a não adesão. Sessões de aconselhamento e educação para a saúde em linguagem apropriada para o nível de letramento podem auxiliar na aderência de pessoas com dificuldades de compreensão da complexidade relacionada à Aids e seu tratamento. Além disso, a diversificação de estratégias de monitoramento, com maior frequência de visitas, contato telefônico e contagem de pílulas podem ser necessárias em casos mais delicados (KALICHMAN *et al.*, 2013).

Outra possível explicação para a não adesão poderia ser o uso de álcool e de drogas ilícitas, admitidos por 36% e 15% dos participantes, respectivamente. Por sua vez, Attonito *et al.* (2014) não detectaram associação clara entre fatores psicossociais e a falta de adesão

ou descontrole da carga viral. Segundo os autores, fatores associados à intolerância medicamentosa, humor deprimido, inadequação de horários, esquecimento e o constrangimento de usar a medicação em algumas situações podem estar mais associados à não adesão (ATTONITO *et al.*, 2014; SABERI *et al.*, 2015).

O registro de dados, informações históricas e evidências são necessários para planejar, implementar e avaliar ações de saúde pública para reduzir a morbidade e a mortalidade por HIV/Aids (COLLABORATORS, 2016). A produção de estimativas relativas à epidemia global de Aids pela Organização das Nações Unidas (ONU) teve início nos anos 90. Estimativas resultantes dos dados provenientes de locais com grande disponibilidade de informações eram inicialmente extrapoladas para regiões com escassez de dados. O trabalho iniciado pelo grupo de referência *UNAIDS* agregou a colaboração de países parceiros na geração de dados para estimativas mais abrangentes. As ferramentas de coleta e processamento de dados evoluíram de forma a propiciar a geração de informações nos níveis subnacionais e de grupos populacionais, garantindo especificidade às estimativas (MAHY *et al.*, 2017). A evolução dos indicadores conhecidos de Aids no mundo pode ser verificada nos relatórios das reuniões do *UNAIDS* e também nos mapas e gráficos interativos atualizados anualmente (*UNAIDS*, 2017).

A estratégia 90-90-90 do *UNAIDS* pretende que, em 2020, 90% dos infectados tenham diagnóstico conhecido, 90% dos infectados estejam recebendo terapia antirretroviral e que 90% dos indivíduos em tratamento atinjam supressão viral eficaz. Vale ressaltar que dois desses objetivos dependem do fortalecimento do sistema de vigilância através de testagem e aconselhamento. O monitoramento e a vigilância de rotina através do seguimento ambulatorial, controle da carga viral e controle da dispensação de medicamentos têm impacto no longo prazo na saúde e qualidade de vida dos envolvidos (WAINBERG *et al.*, 2016).

O modelo de prevenção combinada adotado no Brasil tem como horizonte as metas da estratégia 90-90-90 e abrange estratégias

biomédicas, comportamentais e estruturais. O componente biomédico inclui o uso de preservativos e a prevenção baseada nos ARV pré e pós-exposição, e o tratamento de todos os infectados. O componente comportamental inclui educação e informação sobre a infecção e a doença, percepção e avaliação do risco pelo próprio indivíduo, e suporte emocional para aceitação e adesão. Finalmente, o componente estrutural abrange a redução das desigualdades socioeconômicas, a normatização de condutas e o combate ao preconceito e a discriminação, a divulgação de informações e o fortalecimento do sistema de saúde (BRASIL, 2017b).

Desde sua criação, o ambulatório promoveu e participou de campanhas de testagem e aconselhamento como estratégia de prevenção e controle da infecção. As campanhas foram realizadas no *campus* universitário (2013), no centro da cidade, presídio e unidades de saúde mental (2014 e 2015), e na rodoviária (2016). Em todas as ocasiões houve distribuição de material educativo, preservativos e aconselhamento antes e após a testagem. Em 2013, no *campus* universitário, foram realizados cerca de 250 testes de HIV, hepatites virais B e C e sífilis, e atividades de educação em saúde e aconselhamento. Nenhum caso positivo foi identificado. Nas demais ocasiões, foram realizados entre 150 a 200 testes por dia de campanha. O único caso positivo identificado na campanha de 2015 recebeu aconselhamento e foi encaminhado para tratamento no SAE-OP.

Considerando o perfil dos pacientes do estudo aqui apresentado, restam dúvidas a respeito do alcance das campanhas educativas e preventivas realizadas. A adesão às campanhas de testagem e aconselhamento sinaliza a conscientização e a possibilidade de diagnóstico precoce. No entanto, a baixa taxa de identificação de novos casos sugere um possível viés de amostragem nas campanhas. Pode ser que as campanhas mobilizem preferencialmente as pessoas mais cuidadosas com a própria saúde ou com menor risco de exposição ao vírus, ou simplesmente que se encontravam mais próximas dos locais de realização das campanhas. Assim, ainda é preciso encontrar estratégias que atraíam

mais pessoas, de diferentes grupos etários, segmentos sociais e regiões do município. Muitos fatores que impedem o acesso confiável à populações-alvo podem ser enumerados. Eles incluem a falta de adesão de grupos específicos, fatores sociais, distância dos distritos em relação à sede do município, resistência dos envolvidos aos programas governamentais e não governamentais de vigilância e estigma em relação à infecção e aos próprios agentes das campanhas.

Outra ação promovida pelo ambulatório foi o retorno de pessoas que recebiam tratamento fora do domicílio ao município de residência. Esse movimento tem efeito positivo nas estimativas de Aids de Ouro Preto, na medida em que permite identificar e corrigir possíveis inconsistências nos sistemas de notificação e controle de dispensação de medicamentos. A absorção das PVHIV residentes em Ouro Preto tem se dado de forma gradual. Nos primeiros anos do ambulatório, antes da adoção da estratégia TTP, cerca de 20 pacientes assintomáticos foram encaminhados pela Atenção Primária ou pela referência municipal em tuberculose e hanseníase quando da indicação clínica ou laboratorial de início do tratamento. Outros pacientes foram encaminhados ao serviço pela unidade carcerária ou pelos hospitais e maternidades do próprio município ou da cidade vizinha, Mariana. Outra forma de acesso foi a busca espontânea de pacientes com diagnóstico recente ou já em tratamento e que desejavam transferir-se espontaneamente para o domicílio. Finalmente, a partir da abertura do SAE e da UDM, deu-se início a uma busca ativa dos residentes em Ouro Preto e Mariana cadastrados em outros serviços, principalmente na capital. Os pacientes foram identificados através do SICLON e, quando permitiam contato, recebiam a proposta de transferência do cuidado. Até o término do presente trabalho, 97 pessoas haviam sido cadastradas na UDM-OP.

As comparações diretas entre estudos que examinam a prevalência do HIV entre municípios podem se mostrar desafiadoras. As amostras podem não ser representativas

das populações em estudo, uma vez que as atitudes em relação à sexualidade variam significativamente em todas as cidades e mesmo em diferentes cidades com universidade, como é o caso deste estudo. Além disso, práticas sexuais desprotegidas, uso de drogas ilícitas ou abuso de álcool podem prejudicar medidas preventivas e outros determinantes sociais (BEYRER *et al.*, 2013; SARGIN; GOKTAS, 2017).

Ouro Preto é uma cidade de médio porte, universitária e turística. Contudo, o presente estudo identificou uma epidemia ainda em crescimento, com baixa relação homem:mulher, e com percentual significativo de pacientes procedentes das áreas rurais, mais compatível com o perfil epidemiológico de cidades de pequeno porte. Assim, as descobertas deste estudo podem refletir um viés de seleção desfavorável. A não inclusão de pacientes residentes em Mariana, a exclusão de pacientes não aderentes e problemas com arquivamento e localização de prontuários em papel podem ter prejudicado a abrangência dos resultados.

O presente trabalho tem o mérito de fornecer um perfil confiável e atual do *status* da epidemia do HIV/Aids no município de Ouro Preto, considerando-se os desafios experimentados na obtenção direta das informações em prontuários manuscritos em papel. É premente perseguir a adoção universal do registro eletrônico nas unidades assistenciais, idealmente integrado aos sistemas de logística de medicamentos e controle laboratorial. Existem evidências de que a implementação do registro eletrônico em unidades assistenciais de saúde esteja associada ao reconhecimento de qualidade e acreditação, maior adesão a protocolos de tratamento e melhores desfechos clínicos (CROSSON *et al.*, 2012; JONES; FURUKAWA, 2014). A escolha criteriosa da tecnologia a ser adotada e o planejamento cuidadoso de cada etapa podem otimizar os custos da implementação da tecnologia, o treinamento e a incorporação de registros já existentes (BAYS; KAELIN, 2010).

A ciência do HIV cresceu e influenciou dramaticamente a compreensão sobre o

impacto das intervenções disponíveis. Dados epidemiológicos e de monitoramento têm sido a base de toda a resposta à epidemia, portanto, trabalhos que reflitam realidades locais e populações específicas, como os realizados em municípios, devem ser encorajados (GHYS *et al.*, 2017; SLOGROVE *et al.*, 2017). O presente estudo vai ao encontro dessa tendência, possibilitando a produção de respostas públicas para o enfrentamento do problema local, diagnosticado por meio da parceria estabelecida entre a Universidade Federal e o município de Ouro Preto. A descentralização do cuidado com o retorno dos indivíduos ao domicílio pode simplificar a logística de tratamento de cada indivíduo e contribuir para reduzir a pressão pela superlotação em grandes centros.

Dados disponíveis nos registros e não analisados neste estudo poderão ser explorados em análises adicionais da epidemia local e regional, já que o serviço também atende pacientes residentes em municípios vizinhos, principalmente Mariana, situada a 20 km de Ouro Preto. A análise dos dados de gestantes e recém-nascidos expostos, da evolução e tempo de negatificação da carga viral, adesão ao tratamento, fatores relacionados à transmissão e fatores de risco cardiovascular são desejáveis para otimizar os recursos disponíveis para este segmento da saúde no município. Estratégias contextualizadas de intervenção para detecção mais precoce, adesão e retenção ao tratamento podem ser examinadas e testadas.

Em conclusão, o presente estudo permitiu conhecer as principais características das PVHIV em seguimento em Ouro Preto. A evolução favorável da CV sugere que o seguimento no local de residência contribuiu para o controle da infecção. A cooperação entre a universidade e a gestão municipal de saúde em Ouro Preto no cuidado das PVHIV tem seu espaço reconhecido e avança para fortalecer as estratégias locais de controle da epidemia. A continuidade dessa parceria visa otimizar a utilização dos recursos disponíveis e identificar necessidades ainda não atendidas.

Contribuição dos autores: Os autores CCM, GLLMC e FMPC conceberam e delineararam o estudo e realizaram a análise e interpretação dos dados; CCM, FMPC, KFB e SMF redigiram o manuscrito; SMF, WRF e CAS realizaram a revisão crítica do conteúdo intelectual do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão para publicação e se responsabilizam por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade. Os autores não têm conflitos de interesse para declarar.

Agradecimentos: Os autores agradecem ao Arquivo do Centro de Saúde da UFOP, Arquivo da Policlínica Municipal e Unidade de Dispensação de Medicamentos pelo apoio logístico, e também ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) pelo apoio financeiro.

REFERÊNCIAS

- ABERG, J. A. Aging, Inflammation, and HIV Infection. *Top Antivir Med*, v. 20, n. 3, p. 101-5, 2012 ago./set. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22954610>>. Acesso em: 16 jul. 2018.
- ATTONITO, J. *et al.* Antiretroviral Treatment Adherence as a Mediating Factor Between Psychosocial Variables and HIV Viral Load. *J Assoc Nurses AIDS Care*, v. 25, n. 6, p. 626-37, nov./dez. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25305029>>. Acesso em: 16 jul. 2018.
- BAYS, R. A.; KAELIN, L. D. Electronic Medical Records for the Office. *Journal of Vascular Surgery*, n. 1097-6809, 2010.
- BEYRER, C. *et al.* The Increase in Global HIV Epidemics in MSM. *AIDS*, v. 27, n. 17, p. 2665-78, nov. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23842129>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV AIDS**. Brasília, DF, 2017a.

_____. **Prevenção combinada do HIV. Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília, DF, 2017b.

_____. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília, DF, 2017c.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

COLLABORATORS, G. H. Estimates of Global, Regional, and National Incidence, Prevalence, and Mortality of HIV, 1980-2015: The Global Burden of Disease Study 2015. **Lancet HIV**, v. 3, n. 8, p. e361-e387, ago. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27470028>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

CRAWFORD, T. N. *et al.* Impact of non-HIV Related Comorbidities on Retention in HIV Medical Care: Does Retention Improve Over Time? **AIDS Behav**, v. 18, n. 3, p. 617-24, mar. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23695522>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

CROSSON, J. C. *et al.* Typical Electronic Health Record Use in Primary Care Practices and the Quality of Diabetes Care. **Annals of Family Medicine**, n. 1544-1717, 2012.

DEL RIO, C. The Global HIV Epidemic: What the Pathologist Needs to Know. **Semin. Diagn. Pathol.**, v. 34, n. 4, p. 314-317, jul. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28566241>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

FONSECA, M. O. *et al.* Profile of Patients Diagnosed with AIDS at Age 60 and Above in Brazil, from 1980 until June 2009, Compared to Those Diagnosed at Age 18 to 59. **Braz J Infect Dis**, v. 16, n. 6, p. 552-7, nov./dez. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23158265>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

GHYS, P. D. *et al.* Monitoring the AIDS Response: How Can Lessons from the Pre-2015 Era Inform Monitoring Progress Towards Ending the AIDS Epidemic by 2030? **AIDS Behav**, v. 21, Supl. 1, p. 1-4, jul. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28238118>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

GRANGEIRO, A.; ESCUDER, M. M.; CASTILHO, E. A. Magnitude and Trend of the AIDS Epidemic in Brazilian Cities, from 2002 to 2006. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 430-40, jun. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20464259>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

HUGGAN, P. J. *et al.* Presentation and Outcome Amongst Older Singaporeans Living With Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome (HIV/AIDS): Does Age Alone Drive Excess Mortality? **Ann Acad Med Singapore**, v. 41, n. 12, p. 581-6, dez. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23303116>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

IBGE. **Censo Populacional de Ouro Preto**. 11 set. 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/ouro-preto/panorama>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

JONES, E. B.; FURUKAWA, M. F. Adoption and Use of Electronic Health Records Among Federally Qualified Health Centers Grew Substantially During 2010-12. **Health Affairs**, n. 1544-5208, 2014.

KALICHMAN, S. C. *et al.* Randomized Clinical Trial of HIV Treatment Adherence Counseling Interventions for People Living With HIV and Limited Health Literacy. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v. 63, n. 1, p. 42-50, maio 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23337369>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

KRENTZ, H. B.; GILL, M. J. Increased Costs of HIV Care Associated With Aging in an HIV-Infected Population. **HIV Med**, v. 16, n. 1, p. 38-47, jan. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25105798>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

- KUCHENBECKER, R.; GRANGEIRO, A.; VERAS, M. A. Global Targets, Local Epidemics: the Ultimate Challenge for AIDS in Brazil? **Rev Bras Epidemiol**, v. 18, Supl. 1, p. 5-6, set. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26630295>>. Acesso em: 16 jul. 2018.
- MAHY, M. *et al.* Producing HIV Estimates: from Global Advocacy to Country Planning and Impact Measurement. **Glob Health Action**, v. 10, Supl. 1, p. 1291169, jan./dez. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28532304>>. Acesso em: 16 jul. 2018.
- MARÇAL, E. *et al.* Manejo multidisciplinar do risco cardiovascular de pacientes vivendo com HIV. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE MINEIRA DE CARDIOLOGIA, 24., 2014, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: [s.n.], 2014.
- PAULA, A. A. *et al.* Continuous Increase of Cardiovascular Diseases, Diabetes, and Non-HIV Related Cancers as Causes of Death in HIV-Infected Individuals in Brazil: An Analysis of Nationwide Data. **PLoS One**, v. 9, n. 4, p. e94636, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24728320>>. Acesso em: 16 jul. 2018.
- POZZAN, R. *et al.* Dislipidemia, síndrome metabólica e risco cardiovascular. **Rev Socerj**, v. 17, n. 2, p. 97-104, 2004.
- RUBINS, H. B. *et al.* Gemfibrozil for the Secondary Prevention of Coronary Heart Disease in Men With Low Levels of High-Density Lipoprotein Cholesterol. Veterans Affairs High-Density Lipoprotein Cholesterol Intervention Trial Study Group. **N Engl J Med**, v. 341, n. 6, p. 410-8, ago.1999. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10438259>>. Acesso em: 16 jul. 2018.
- SABERI, P. *et al.* Barriers to Antiretroviral Therapy Adherence and Plasma HIV RNA Suppression Among AIDS Clinical Trials Group Study Participants. **AIDS Patient Care STDS**, v. 29, n. 3, p. 111-6, mar.2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25615029>>. Acesso em: 16 jul. 2018.
- SARGIN, F.; GOKTAS, S. HIV Prevalence Among Men Who Have Sex With Men in Istanbul. **Int J Infect Dis**, v. 54, p. 58-61, jan.2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27894981>>. Acesso em: 16 jul. 2018.
- SLOGROVE, A. L. *et al.* Living and Dying To Be Counted: What We Know About the Epidemiology of the Global Adolescent HIV Epidemic. **J Int AIDS Soc**, v. 20, Supl. 3, p. 4-15, maio2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28530036>>. Acesso em: 16 jul. 2018.
- TEIXEIRA, T.R.A.; *et al.* Social geography of AIDS in Brazil: identifying patterns of regional inequalities. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.30, n.2, p. 259-271. Fev.2014.
- UNAIDS. **GLOBAL Aids Update**, 2016. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2018.
- WAINBERG, M. A. *et al.* Achieving the 90-90-90 Target: Incentives for HIV Testing. **Lancet Infect Dis**, v. 16, n. 11, p. 1215-1216, nov.2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27788971>>.
- WULANDARI, E. A. T. *et al.* Immunological and Epidemiological Factors Affecting Candidiasis in HIV Patients Beginning Antiretroviral Therapy in an Asian Clinic. **Arch Oral Biol**, v. 82, p. 86-91, jun.2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28622549>>. Acesso em: 16 jul. 2018.
- XAVIER, H. T. *et al.* V Brazilian Guidelines on Dyslipidemias and Prevention of Atherosclerosis. **Arq Bras Cardiol**, v. 101, n. 4, Supl.1, p. 1-20, out.2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24217493>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

A atuação da fonoaudiologia na Atenção Básica: uma revisão de literatura

The role of speech therapy in primary health care: a literature review

Gilberto da Silva Oliveira¹

José Lucas de Almeida Gomes²

Camila Vila-Nova Freitas de Guimarães³

¹ Fonoaudiólogo.
gilbertofono123@
gmail.com

² Fonoaudiólogo.

³ Docente do curso
de Fonoaudiologia
da UNIME - União
Metropolitana de
Educação e Cultura -
Faculdade de Ciências
Agrárias e da Saúde
- FAS.

RESUMO: A Atenção Primária à Saúde é definida como processo de capacitação da comunidade para atuar na promoção da saúde e melhoria da sua qualidade de vida. A Atenção Básica tem o objetivo de oferecer acesso universal e serviços abrangentes. O objetivo deste trabalho é realizar revisão de literatura acerca da atuação do fonoaudiólogo na Atenção Básica, utilizando as bases de dados MEDLINE, SciELO e LILACS, entre os anos 2006 e 2017. Os resultados apontam diversas áreas nas quais a fonoaudiologia está inserida, e também indicam uma alta e diversificada taxa de distúrbios da comunicação na população brasileira.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Fonoaudiologia.

ABSTRACT: Primary Health Care is defined as an enabling process of the community towards the improvement of its quality of life and health. Primary Health Care focuses on offering universal access and broad services. The objective of this study is to demonstrate the role of Speech-Language and Hearing Sciences in Primary Health Care. This is a Literature Review that used the database from MEDLINE, SciELO and LILACS, from 2006 to 2017. The results show the many areas where the Speech-Language and Hearing Sciences is present, but they also indicate a high and diversified rate of communication disorders in the Brazilian population.

Keywords: Primary Health Care. Speech-Language and Hearing Sciences.

1. Introdução

A partir da necessidade de garantir a todos o direito à saúde, promovendo o acesso aos serviços de saúde (OPAS/OMS), foi realizada a Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários à Saúde (CPS) pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas pela Infância (UNICEF) no período de 6 a 12 de setembro de 1978, na cidade de Alma-Ata, que resultou na Declaração de Alma-Ata (MACIOCCO; STEFANINI, 2007).

Nessa conferência, foram formulados os princípios que serviram de base para que a Atenção Primária à Saúde (APS) fosse definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na promoção da saúde e melhoria da sua qualidade de vida, incluindo uma maior participação no controle desse processo. A APS estabelece o primeiro contato do indivíduo, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde (MACIOCCO; STEFANINI, 2007).

A proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) com relação ao cuidado à saúde é organizada em três níveis de atenção (básica, média complexidade e alta complexidade), tendo todas a mesma importância sob a compreensão de que a atenção à saúde precisa ser integral (BRASIL, 1986).

A fonoaudiologia considera os mesmos princípios – os três níveis de atenção à saúde – que a APS para a implantação de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde nos diversos aspectos relacionados à comunicação humana em todo o ciclo vital (PAIM *et al.*, 2011a).

Na Atenção Básica (AB), os fonoaudiólogos atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que estão diretamente atrelados às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), e esses profissionais realizam apoio matricial às equipes (PAIM *et al.*, 2011b).

A AB tem o objetivo de oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado (e.g., assistência

especializada e hospitalar), bem como programar ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças no âmbito individual e coletivo, o que abrange a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (LIPAY, ALMEIDA, 2007).

O NASF e o Programa Saúde na Escola (PSE) foram criados para ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB, bem como sua resolubilidade (LIPAY; ALMEIDA, 2007).

O fonoaudiólogo, juntamente com outros profissionais das unidades básicas de saúde (UBS), realiza palestras, oficinas e grupos de orientação sobre desenvolvimento da linguagem, audição, das funções estomatognáticas, disfagia, voz, saúde do trabalhador, visitas domiciliares, discussão de casos e reuniões com as equipes da ESF. Ele está inserido em estratégias de educação em saúde nas UBSs e nas instituições pertencentes à área de abrangência das equipes de ESF. Participa de grupos de saúde mental, orientações a grupos de gestantes, idosos, pais, professores, e, em casos nos quais é identificada a necessidade de reabilitação, realiza os devidos encaminhamentos (PAIM *et al.*, 2011a; PAIM *et al.*, 2011b; LIPAY; ALMEIDA, 2007; CAVALHEIRO, 2009).

Como profissional inserido nesse campo, o fonoaudiólogo tem papel importante na manutenção da saúde e na qualidade de vida da população, visto que a comunicação está intimamente relacionada com a interação do indivíduo com o meio social, com a aprendizagem e com os fatores emocionais (BRASIL, 2011). O objetivo deste estudo foi mostrar a atuação da Fonoaudiologia na Atenção Básica.

2. Material e métodos

Realizou-se a revisão da literatura a partir da pesquisa de publicações científicas entre os anos 2006 e 2017. Considerou-se, para a composição deste trabalho, a definição e caracterização da AB aprovada pela Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de

2011¹ (revogada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017), que regulamenta o desenvolvimento das ações da AB à Saúde no SUS. A busca da literatura foi feita nos bancos de dados MEDLINE, SciELO e LILACS, e conduzida a partir das palavras-chave: Atuação Fonoaudiológica na Atenção Básica (*Speech Therapy Practice in Primary Health Care*); Fonoaudiologia e Atenção Básica (*Speech, Language and Hearing Sciences and Primary Health Care*); Intersetorialidade na Atenção Básica (*Primary Health Care*); Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) (*Family Health Support Center Team*); Atuação Fonoaudiológica nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (*Speech, Language and Hearing Sciences Intervention and Family Health Support Center Team*); Programa Saúde na Escola (PSE) (*School Health Program*); Atuação Fonoaudiológica no Programa Saúde na Escola (PSE) (*Speech, Language and Hearing Sciences Intervention and School Health Program*).

3. Critérios de seleção

Foram definidos como critérios de inclusão na presente revisão, artigos, anais de eventos científicos, teses, monografias e dissertações publicados entre os anos 2006 a 2017 que demonstrassem, inicialmente, no título ou eventualmente no resumo, as atribuições, as contribuições, as intervenções, as ações, bem como a inserção do fonoaudiólogo no NASF e no PSE dentro de um contexto determinado na AB no Brasil. Outro critério de inclusão adotado foi que os estudos demonstrassem a contribuição das ações fonoaudiológicas no NASF e no PSE. Foram consideradas as publicações em língua portuguesa e em língua inglesa. Foram excluídas as publicações cujos títulos e resumos não mencionassem em seu texto ou não fizessem referência à atuação

¹ Tendo em vista que a revisão de literatura aqui proporcionada abrangeu o período entre 2006 a 2017, foi mantida a Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011 como referência, não obstante sua revogação pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.

do fonoaudiólogo na AB, e aqueles que não citassem como seriam realizadas, na prática, as ações fonoaudiológicas na AB.

4. Análise dos dados

O processo de coleta e análise de dados foi composto por três etapas. Na primeira, foi realizada leitura dos títulos e dos resumos das publicações encontradas na busca para análise dos critérios de inclusão. Todas as publicações que forneceram informações suficientes que atendiam a esses critérios foram selecionadas para a segunda etapa, que foi a fase de avaliação do texto integral, para assim verificar se as selecionadas atendiam, na sua íntegra, aos critérios de inclusão. Na terceira etapa, foi elaborada uma tabela com as obras selecionadas, contendo nome dos autores, título do trabalho, nome da revista, ano de publicação, objetivo, métodos, e QUALIS. Cada estudo incluído foi analisado de forma criteriosa, analisando-se informações sobre as características metodológicas, as intervenções e os desfechos descritos em cada pesquisa. Os principais dados coletados referem-se às intervenções, ações e contribuições da fonoaudiologia no âmbito da AB.

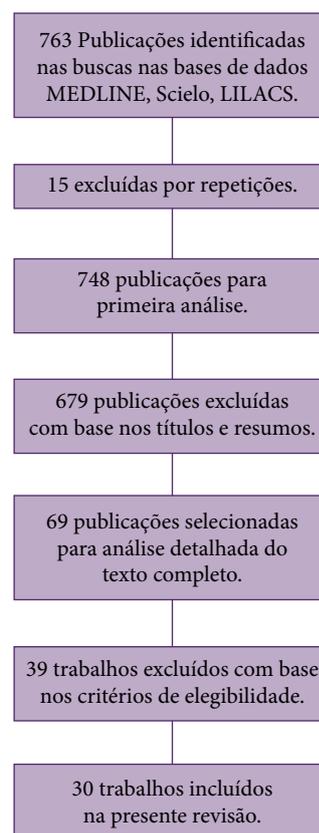
5. Resultados

Como resultado das buscas, foram localizadas, no total, 763 publicações nas bases de dados MEDLINE, SciELO, LILACS. Desses estudos, 15 foram excluídos, pois foram encontrados em mais de uma base de dados. Após exclusão das repetições, obteve-se um total de 748 publicações. Depois de uma leitura exploratória dos títulos dos resumos e considerando-se os critérios de seleção descritos, foram excluídos 679 artigos, pois se tratavam de estudos que, em seus títulos e resumos, não se referiam a atuação do fonoaudiólogo na AB nem mencionavam as ações dos fonoaudiólogos ou da fonoaudiologia nesse nível de atenção. Das 69 publicações selecionadas para uma análise mais aprofundada de seus textos completos, 30 atendiam os critérios de inclusão, sendo desses, 24 artigos de revistas científicas, uma monografia de conclusão de curso, duas dissertações de

mestrado e três anais de congressos científicos. O QUALIS dos artigos variou entre B2 e B4. Os 39 artigos excluídos não se referiam a informações de intervenções de ações fonoaudiológicas, não mencionavam experiências práticas de como e onde eram realizadas essas ações e não citavam a realidade da atuação dos fonoaudiólogos dentro da AB Saúde no Brasil (FIG. 1).

Na verificação dos artigos selecionados (TAB. 1), são apresentadas as principais características dos estudos incluídos na presente revisão. Observou-se, quanto aos métodos dos estudos, que a maioria apresentou métodos descritivos de análise (CAVALHEIRO, 2009; ANGST *et al.*, 2015; MIRANDA *et al.*, 2015; ANDRADE *et al.*, 2013; AVEJONAS *et al.*, 2014; ARCE; SANTOS, 2014; FERNANDES *et al.*, 2013; COSTA *et al.*, 2013; CESARO *et al.*, 2013; ALMEIDA *et al.*, 2012; MAIA *et al.*, 2012; GOULART; CHIARI, 2012; CÁRNIO *et al.*, 2012; CABRAL, 2012; SALOMAN, 2012; MENDONÇA; LEMOS, 2011; DINIZ; BORDIN, 2011; BARROS; OLIVEIRA, 2010; SANTANA *et al.*, 2010; SCHNEIDER *et al.*, 2010; ANTUNES, 2010; GOULART *et al.*, 2010; MARANHÃO *et al.*, 2009; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2009; ZORZI *et al.*, 2008; ZENARI; LATORRE, 2008). E os demais apresentaram tipos de estudos importantes para a saúde pública, para monitoramento da

Figura 1. Síntese do critério de seleção dos estudos



Fonte: Elaboração própria.

saúde populacional, avaliação e planejamento de programas de controles de doenças (COSTA; BARRETO, 2003).

Tabela 1 – Características dos estudos indicados

Autor (ano)	Título do trabalho	Título do periódico e/ou tipo de publicação	Métodos	Qualis
Angst <i>et al.</i> (2015) ⁽¹¹⁾	Prevalência de alterações fonoaudiológicas em pré-escolares da rede pública e os determinantes sociais.	Revista CEFAC	Corte transversal	B2
Miranda <i>et al.</i> (2015) ⁽¹²⁾	Assistência Fonoaudiológica no SUS: a ampliação do acesso e o desafio de superação das desigualdades.	Revista CEFAC	Corte transversal	B2
Andrade <i>et al.</i> (2014) ⁽¹³⁾	Avaliação das ações da Fonoaudiologia no NASF da cidade do Recife.	<i>Audiology - Communication Research</i> (ACR)	Estudo de avaliação normativa	B2
Avejonas <i>et al.</i> (2014) ⁽¹⁴⁾	Inserção e atuação da Fonoaudiologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.	Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia	Corte transversal	B4
Arce <i>et al.</i> (2014) ⁽¹⁵⁾	O NASF como espaço de integração educação trabalho: a experiência do curso de Fonoaudiologia da UFBA.	Revista Distúrbios da Comunicação	Relato de experiência	B4

Continuação da tabela 1

Autor (ano)	Título do trabalho	Título do periódico e/ou tipo de publicação	Métodos	Qualis
Fernandes et al. (2013) ⁽¹⁶⁾	Análise das atribuições dos Fonoaudiólogos do NASF em municípios da região metropolitana do Recife.	CEFAC	Corte transversal	B2
Costa et al. (2013) ⁽¹⁷⁾	A prática do fonoaudiólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios paraibanos.	Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia	Estudo descritivo qualitativo	B4
Cesaro et al. (2013) ⁽¹⁸⁾	Intervenções em linguagem infantil na atenção primária à saúde: revisão sistemática.	Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia	Revisão sistemática de literatura	B4
Almeida et al. (2012) ⁽¹⁹⁾	Prática da Interdisciplinaridade do PET – Saúde com Professores da Escola Pública.	Revista Brasileira em Promoção da Saúde (RBPS)	Estudo qualitativo	B3
Maia et al. (2012) ⁽²⁰⁾	Saúde Auditiva dos Recém-Nascidos: Atuação da Fonoaudiologia na Estratégia Saúde da Família.	CEFAC	Corte transversal	B2
Goulart et al. (2012) ⁽²¹⁾	Comunicação humana e saúde da criança – reflexão sobre promoção da saúde na infância e prevenção de distúrbios fonoaudiológicos.	CEFAC	Corte transversal	B2
Cárnio et al. (2012) ⁽²²⁾	Práticas narrativas: Atuação fonoaudiológica.	CEFAC	Estudo qualitativo	B2
Cabral, VAC. (2012) ⁽²³⁾	A atuação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) no Município de Campina Grande.	Monografia	Revisão de literatura	Não se aplica
Ribeiro, A. (2012) ⁽²⁴⁾	Oficina de Linguagem na Saúde da Família: um dispositivo de cuidado e promoção à saúde.	Dissertação de mestrado	Pesquisa de intervenção	Não se aplica
Saloman, C. (2012) ⁽²⁵⁾	O trabalho do fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF): compreendendo as práticas a partir da composição dos processos de trabalho.	Dissertação de mestrado	quanti/ quali	Não se aplica
Mendonça et al. (2011) ⁽²⁶⁾	Promoção da Saúde e ações fonoaudiológicas em educação infantil.	CEFAC	Corte transversal	B2
Diniz et al. (2011) ⁽²⁷⁾	Demanda em Fonoaudiologia em um serviço público municipal da região Sul do Brasil.	Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia	Corte transversal	B4
Barros et al. (2010) ⁽²⁸⁾	Perfil dos pacientes atendidos no setor de Fonoaudiologia de um serviço público de Recife – PE.	CEFAC	Corte transversal	B2
Santana et al. (2010) ⁽²⁹⁾	Aleitamento materno em prematuros: atuação fonoaudiológica baseada nos pressupostos da educação para promoção da saúde.	Ciência & Saúde Coletiva – Revista da Associação Brasileira de Saúde Coletiva	Relato de experiência	B1
Schneider et al. (2010) ⁽³⁰⁾	Intervenção Fonoaudiológica com gêneros textuais em um grupo de escolares.	CEFAC	Estudo de caso	B2
Antunes, DK. (2010) ⁽³¹⁾	Perfil fonoaudiológico da comunidade do Dendê: perspectiva para ações futuras.	Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.	Corte transversal	B4

Continuação da tabela 1

Autor (ano)	Título do trabalho	Título do periódico e/ou tipo de publicação	Métodos	Qualis
Fernandes et al. (2010) ⁽¹⁰⁾	A inserção da fonoaudiologia na Estratégia de Saúde da Família: relato de caso.	Revista de Atenção Primária a Saúde	Relato de caso	B4
Goulart et al. (2010) ⁽³²⁾	Fonoaudiologia e promoção da saúde: Relato de experiência baseado em visitas domiciliares.	CEFAC	Relato de experiência	B2
Maranhão et al. (2009) ⁽³³⁾	Fonoaudiologia e educação infantil: uma parceria necessária.	CEFAC	Estudo descritivo	B2
Oliveira et al. (2009) ⁽³⁴⁾	A Triagem Auditiva Escolar enquanto instrumento de parceria entre a saúde e a educação.	(Anais) IX Congresso Nacional de Educação	Intervenção	Não se aplica
Bazzo et al. (2009) ⁽³⁵⁾	Acesso aos Serviços Fonoaudiológicos no Sistema Único de Saúde (SUS) em Salvador (BA): Uma batalha a ser vencida no cotidiano.	Revista Baiana de Saúde Pública	Relato de experiência	B4
Zorzi et al. (2008) ⁽³⁶⁾	As dificuldades de aprendizagem sob a perspectiva da escuta fonoaudiológica e do olhar dos profissionais da Educação: construindo possibilidades de intervenção.	(Anais) 16º Congresso de Fonoaudiologia	Grupo focal	Não se aplica
Caires et al. (2008) ⁽³⁷⁾	A prática fonoaudiológica na Atenção Básica de Saúde: acesso e qualidade de vida.	(Anais) 6ª Mostra Acadêmica UNIMEP	Quali/quantitativo	Não se aplica
Zenari et al. (2008) ⁽³⁸⁾	Mudanças em comportamentos relacionados com o uso da voz após intervenção fonoaudiológica junto a educadoras de creche.	Pró-Fono Revista de Atualização Científica	Estudo experimental	B3
Lipay et al. (2007) ⁽⁷⁾	A fonoaudiologia e sua inserção na saúde pública.	Ciências Médicas	Revisão da literatura	B4

Fonte: Elaboração própria.

6. Discussão

Miranda *et al* (2015) analisaram a evolução da assistência fonoaudiológica no SUS, nos anos 2000, 2005 e 2010, a partir de dados provenientes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES), do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do Ministério da Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Conforme os autores, durante o período analisado foi observado:

[...] um grande crescimento dos procedimentos de fonoaudiologia no país, com um acréscimo de 206,5%, frente ao aumento de 12,3% da população entre 1995 e 2010. Esta evolução ocorreu em todas as regiões do país. O maior crescimento foi identificado na região Norte que apresentava um quantitativo muito inferior

em relação às outras regiões, e permaneceu com o menor percentual de procedimentos em 2010 (3,43%). Em todo o período avaliado o Sudeste apresentou os maiores percentuais de procedimentos, acumulando 74,1%, 61,3% e 52,9% do total de procedimentos de fonoaudiologia realizados no país, em 2000, 2005 e 2010, respectivamente. Período em que sua população representa cerca 42,0% dos habitantes do país” (MIRANDA *et al*, 2015, p.73).

A atuação fonoaudiológica em âmbito nacional se apresenta de forma heterogênea. Cada região apresenta peculiaridades devido às diferenças de desenvolvimento social e econômico, o que reflete nas necessidades de atenção à saúde.

Miranda *et al* observaram uma “má distribuição da assistência de fonoaudiólogos

entre as regiões e portes populacionais dos municípios no país” (MIRANDA *et al*, 2015, p.77) e um maior aumento da assistência fonoaudiológica nos municípios de pequeno porte. Conforme os autores fica evidente que, mesmo com as diferenças de crescimento da assistência por regiões, houve aumentos significativos da atuação fonoaudiológica em todas as regiões estudadas. “Esse aumento não foi apenas quantitativo, pois houve um crescimento real no valor dos procedimentos de fonoaudiologia, o que demonstra a inserção e a importância da assistência fonoaudiológica no sistema público de saúde” (MIRANDA *et al*, 2015, p.77).

Em pesquisa anteriormente citada, MIRANDA *et al*. (2015), observaram que as altas taxas de alterações fonoaudiológicas evidenciam a demanda e a necessidade de maior investimento no planejamento de ações em saúde fonoaudiológica e a necessidade da atuação na AB.

Caires e Silva (2008) descreveram ações realizadas por alunos do 4º ano do curso de Fonoaudiologia referentes à disciplina Estágio de Fonoaudiologia Comunitária, da Universidade Metodista de Piracicaba, em UBS do município. As ações deixam clara a importância de capacitar as pessoas para identificar os determinantes do processo saúde-doença e “proporcionar aos estudantes uma formação generalista que possibilite identificar e prevenir agravos fonoaudiológicos na população, visando a uma melhor assistência fonoaudiológica, disponível para todos os cidadãos” (CAIRES, SILVA, 2008, p.01).

Goulart *et al* (2010), em um relato de experiência realizado a partir de visitação de 30 domicílios vinculados a uma UBS, observaram 63 crianças com atrasos de linguagem e distúrbio fonológico, sendo que em mais de 50% das crianças que apresentavam esses distúrbios estavam presentes o uso de chupeta e/ou mamadeira. Foram realizadas orientações sobre o aleitamento materno, consistências alimentares e estimulação da linguagem. É notória a importância de ações fonoaudiológicas dentro da AB para promover, prevenir, orientar e informar a população com relação

às diversas alterações da comunicação humana como previsto na Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011).

A partir da aplicação de protocolo abordando aspectos de alterações fonoaudiológicas em queixas referidas em prontuários de 335 famílias assistidas pela Fonoaudiologia na comunidade do Dendê, Fortaleza (CE), observou-se a presença de hábitos deletérios orais em mais de 50% dos pacientes na faixa etária de dois a seis anos, e 20,6% da população infantil com queixas de problemas de linguagem (ANTUNES, 2015). Esses índices demonstram uma demanda bem significativa de alterações fonoaudiológicas presentes na população infantil, bem como reforçam a importância da intervenção fonoaudiológica para diagnóstico de área e a necessidade de uma atuação junto à população.

Oliveira e Oliveira (2009), em um estudo com 280 alunos de 16 escolas municipais da cidade de Pitanga (PR), nos anos 2007 e 2008, identificaram a frequência de 24,65% de alunos com alterações auditivas. A fim de dar suporte aos educadores e aos pais de alunos, foram realizadas trocas de informações e orientações por meio de minicursos, nos quais eram discutidos os resultados das avaliações e fornecidas orientações de atitudes adequadas em relação ao processo ensino-aprendizagem de crianças com perda auditiva.

Os dados sugerem a importância da presença do fonoaudiólogo nas escolas públicas para triagens auditivas, orientações, esclarecimentos, promoção e prevenção de distúrbios na comunicação humana.

Maia *et al* (2012) realizaram uma pesquisa com 88 recém nascidos que fizeram o teste da orelhinha, em um Serviço de Atenção à Saúde Auditiva do município de Sobral (CE). Entre os resultados, constatou-se que dos recém nascidos avaliados, 35 (39,77%) falharam, tendo sido ainda identificada a elevação do número de encaminhamentos para o teste da orelhinha, que aumentou 8,33% após a atuação da fonoaudiologia no CSF. “Os dados sugerem a importância da atuação do fonoaudiólogo na AB, sendo fundamental no acompanhamento e monitoramento do

diagnóstico precoce das alterações auditivas” (MAIA *et al*, 2012, p. 206).

Fernandes e Cintra (2010) buscaram compreender a inserção e as contribuições da atuação fonoaudiológica na ESF da UBS Santo Antônio, município de Juiz de Fora (MG). A inserção foi desenvolvida nas oficinas de linguagem, voz, motricidade orofacial e visitas domiciliares junto aos Agentes Comunitários de Saúde. Constatou-se que a fonoaudiologia tem contribuições significativas para a ESF e que a inserção do fonoaudiólogo possibilita a estruturação de um serviço de melhores e maiores contribuições para esta estratégia e para a saúde pública.

Almeida *et al* (2012) analisaram a situação de saúde de 12 professores de escolas públicas de ensino fundamental no município de Fortaleza (CE) para aplicação de proposta de intervenção preventiva através de medidas de autocuidado executadas em grupos, sendo que 91,6% dos participantes relataram incômodo na voz e apenas um realizou terapia fonoaudiológica por seis meses. Ficou clara a necessidade “[...] de ações integrais, intersetoriais e interdisciplinares, e de políticas públicas para saúde vocal do professor, com a finalidade de prevenir, detectar precocemente e intervir em distúrbios fonoaudiológicos característicos da profissão” (ALMEIDA *et al*, 2012, p.80).

Por sua vez, ZENARI *et al* (2008), através de um programa teórico-prático abordando uso vocal profissional com 26 educadoras de duas creches paulistas, desenvolveram ações sobre hábitos vocais adequados em cinco encontros mensais. Observaram-se mudanças nos hábitos vocais dos professores ao longo do programa, confirmando a necessidade de atuação fonoaudiológica junto a professores das redes públicas de ensino e de políticas públicas de saúde vocal para professores (ZENARI *et al.*, 2008).

Com a criação do NASF em 2008, aumentaram ainda mais os serviços e as ações realizadas por fonoaudiólogos na AB. Três estudos selecionados (ANDRADE *et al*, 2013; CABRAL, 2012; FERNANDES, NASCIMENTO,

SOUZA, 2013) traçaram o perfil dos profissionais que trabalham nos NASFs e a formação dos profissionais que compõem as equipes. Foram identificados engajamentos dos trabalhos entre as equipes, maior responsabilidade na demanda fonoaudiológica e o matriciamento efetivo em Fonoaudiologia. As atividades de rotina citadas pelos fonoaudiólogos nos NASF foram: ações de promoção e prevenção de saúde, matriciamento, terapias, suporte aos agentes comunitários, encaminhamentos, visitas domiciliares, ações intersetoriais e atividades administrativas. Como previsto na Portaria nº 2.488 GM, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011), o fonoaudiólogo pode compor os NASFs I e II realizando ações de discussão de casos, de atendimento conjunto ou não, de construção conjunta de projetos terapêuticos, de educação permanente, de intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes.

Em todos os estudos selecionados sobre a atuação fonoaudiológica nos NASFs, os resultados mostraram que os fonoaudiólogos estão presentes no programa, dando suporte e apoio matricial às equipes e ajudando a identificar os desafios encontrados no seu cotidiano de trabalho para, assim, serem superados (ANDRADE *et al*, 2013; CABRAL, 2012; FERNANDES, NASCIMENTO, SOUZA, 2013; RIBEIRO, 2012; SOLEMAN, 2012).

Em estudo que analisou as atribuições dos fonoaudiólogos do NASF da Região Metropolitana do Recife (FERNANDES *et al*, 2013), verificou-se que 80% realizavam atendimentos domiciliares, 60% relataram experiências com trabalho multiprofissional ou interdisciplinar, 60% realizaram o diagnóstico de área antes do início do trabalho e assim confirmando a pactuação de grupos prioritários com as ESF, e 60% priorizam ações de reabilitação. O estudo demonstrou que a Fonoaudiologia tem desempenhado de forma coerente seu papel nos NASFs da cidade do Recife.

Em estudo de intervenção em uma unidade de educação infantil de Belo Horizonte, os fonoaudiólogos realizaram 17 oficinas com os temas “Processamento Auditivo” e “Saúde Vocal”. Os professores reconheceram a importância da atuação do fonoaudiólogo na escola, principalmente na perspectiva clínica e preventiva (MENDONÇA; LEMOS, 2011). É possível confirmar a necessidade de reforçar as ações fonoaudiológicas na escola, bem como a parceria entre fonoaudiólogos e professores, uma vez que os professores estão em contato mais próximo e constante com as crianças.

As intervenções fonoaudiológicas em linguagem infantil na AB podem ser confirmadas em oito estudos analisados (ANGST *et al.*, 2015; CESARO *et al.*, 2013; CÁRNIO, M. S. *et al.*, 2012; MAIA *et al.*, 2012; GOULART, CHIARI, 2012; MENDONÇA; LEMOS, 2011; DINIZ; BORDIN, 2011; BARROS; OLIVEIRA, OLIVEIRA, 2009; MARANHÃO *et al.*, 2009; OLIVEIRA, 2010; SANTANA *et al.*, 2010; SCHNEIDER, *et al.*, 2010; ANTUNES, 2010; GOULART *et al.*, 2010). Foram descritas ações tais como Programas de Narrativas Escritas, Oficina de Linguagem e Terapia com Gêneros Textuais. Tais dados demonstram a importância da atuação de fonoaudiólogos nas redes públicas de ensino, com a finalidade de realizar ações de prevenção e promoção da saúde, bem como a realização do encaminhamento para o adequado tratamento, nos casos em que houver necessidade. A escola passa a ser um espaço onde é possível vivenciar diariamente as relações de ensino-aprendizagem, de convivência e desenvolvimento. É um espaço privilegiado para a Promoção da Saúde, pois representa um ambiente em que as pessoas passam parte do tempo de sua vida e onde se formam valores fundamentais (AERTS *et al.*, 2004).

7. Conclusão

Sobre a atuação fonoaudiológica, os resultados do estudo mostraram que a Fonoaudiologia tem desempenhado de forma coerente seu papel, realizando rotineiramente ações de promoção e prevenção de saúde, matriciamento, terapias, suporte aos

agentes comunitários, encaminhamentos, visitas domiciliares, ações intersetoriais e atividades administrativas. A fonoaudiologia vem construindo e conquistando seu espaço de atuação na AB e contribuindo para melhorar a qualidade de vida da população. No entanto, persistem problemas como falta de entendimento da proposta, estrutura física das UBS ineficientes, falta de suporte da rede, persistência de uma má distribuição da assistência de fonoaudiólogos entre as regiões.

Existem ainda muitos campos a serem explorados, como realização de campanhas de educação, prevenção e promoção ao aleitamento materno, voz, gagueira, disfagia, audição, dia do idoso, acompanhamento dos RN quanto à saúde auditiva, teste da linguinha, triagens e acompanhamento do desenvolvimento de linguagem e capacitação dos ACS sobre aspectos fonoaudiológicos.

As taxas elevadas e diversificadas de distúrbios da comunicação na população brasileira fazem com que a inserção do fonoaudiólogo junto às equipes de saúde seja fundamental para promover, prevenir, reabilitar e aperfeiçoar a comunicação humana, a linguagem oral, a linguagem escrita, a fala, a audição e a voz, funções essenciais para o desenvolvimento humano.

É preciso um maior investimento no planejamento de ações em saúde fonoaudiológica dentro da AB. Diante disso, reforça-se aqui a necessidade contínua de maiores discussões sobre a conveniência de existirem trabalhos que problematizem ações fonoaudiológicas dentro da AB, de modo que o acesso à assistência fonoaudiológica seja reconhecido e que sua atuação possa contribuir para a construção do SUS potencializando as ações da AB.

Contribuições dos autores: Gilberto da Silva Oliveira (a) – Responsabilizou-se pela redação do artigo ou revisão crítica do conteúdo intelectual. José Lucas de Almeida Gomes (b) – Responsabilizou-se por concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados. Camila Vila-Nova de Freitas Guimarães (c) – Responsabilizou-se pela aprovação final da versão a ser publicada.

8. Referências

- AERTS, D. *et al.* Promoção da Saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 1020-1028, 2004.
- ALMEIDA, K. A. *et al.* Prática da interdisciplinaridade do PET – saúde com professores da escola pública. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 25, n. 1, p. 80-85, 2012.
- ANDRADE, A. F. *et al.* Avaliação das ações da Fonoaudiologia no NASF da cidade do Recife. **Audiology – Communication Research**, v. 9, n. 1, p. 52-60, 2013.
- ANGST, O. V. M. *et al.* Prevalência de alterações fonoaudiológicas em pré-escolares da rede pública e os determinantes sociais. **Revista CEFAC - Speech, Language, Hearing Sciences and Education Journal**, v. 17, n. 3, p. 727-733, 2015.
- ANTUNES, D. K. Perfil fonoaudiológico da comunidade do Dendê: perspectivas para ações futuras. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 15, n. 2, p. 264-269, 2010.
- ARCE, V. A. R.; SANTOS, D. M. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família como espaço de integração educação-trabalho: a experiência do curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Bahia. **Revista Distúrbios da Comunicação**, v. 26, n. 4, p. 834-839, 2014.
- AVEJONAS, D. R. M. *et al.* Inserção e atuação da Fonoaudiologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 26, n. 2, p. 148-54, 2014.
- BARROS, P. M. L.; OLIVEIRA, P. N. Perfil dos pacientes atendidos no setor de Fonoaudiologia de um serviço público de Recife (PE). **Revista CEFAC, - Speech, Language, Hearing Sciences and Education Journal**, v. 12, n. 1, p. 128-133, 2010.
- BAZZO, I. M. F.; NORONHA, C. V. Acesso aos Serviços Fonoaudiológicos no Sistema Único de Saúde (SUS) em Salvador (BA): Uma batalha a ser vencida no cotidiano. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 4, p. 628-641, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**, 17-21 mar. 1986. Relatório Final. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://www.bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 17 jul. 2018.
- BUARQUE, A. P. F. C. *et al.* Caracterização da oferta de fonoaudiólogos segundo macrorregiões do Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE FONOAUDIOLOGIA, 17,2009, I CONGRESSO IBERO AMERICANO DE FONOAUDIOLOGIA, 2009, Salvador. **Anais...** Salvador: [s.n.], 2009. Disponível em: <http://www.sbf.org.br/portal/anais2009/anais_select.php?op=buscaresultado&cid=1550&tid=1>
- CABRAL, V. A. C. A atuação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) no Município de Campina Grande. Paraíba: UEPB, 2012. **Monografia** – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2012.
- CAIRES, S. S.; SILVA, R. C. A prática fonoaudiológica na Atenção Básica de Saúde: acesso e qualidade de vida. In: SIMPÓSIO DE ENSINO DE GRADUAÇÃO - _ CIÊNCIA, TECNOLOGIA E SOCIEDADE: RESPONSABILIDADE SOCIAL, 6, MOSTRA ACADÊMICA UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA (UNIMEP), 2008, PIRACICABA, Piracicaba. **Anais...** Piracicaba, SP: [s.n.], 2008.
- CÁRNIO, M. S. *et al.* Práticas de narrativas escritas: atuação fonoaudiológica. **Revista CEFAC - Speech, Language, Hearing Sciences and Education Journal**, 2012, v.14, n.5, p.792-798.
- CAVALHEIRO, M. T. P. Fonoaudiologia e saúde da família. **Revista CEFAC - Speech, Language, Hearing Sciences and Education Journal**, v. 11, n. 2, p. 179-368, 2009.

- CESARO, B. C. *et al.* Intervenções em linguagem infantil na atenção primária à saúde: revisão sistemática. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 25, n. 6, p. 588-94, 2013.
- COSTA, L. S. *et al.* A prática do fonoaudiólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios paraibanos. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 25, n. 4, p. 381-7, 2013.
- COSTA, M. F. L.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicação na área do envelhecimento. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.
- DINIZ, R. D.; BORDIN, R. Demanda em Fonoaudiologia em um serviço público municipal da região Sul do Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 16, n. 2, p. 126-31, 2011.
- FERNANDES, E. L.; CINTRA, L. G. A inserção da fonoaudiologia na Estratégia de Saúde da Família: relato de caso. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 13, n. 3, p. 380-385, 2010.
- FERNANDES, T. L.; NASCIMENTO, C.M.B.; SOUZA, F. O. S. Análise das atribuições dos Fonoaudiólogos do NASF em municípios da região metropolitana do Recife. **Revista CEFAC - Speech, Language, Hearing Sciences and Education Journal**, v. 5, n. 1, p. 153-159, 2013.
- FONTENELLE, L. F. Estratégia Saúde da Família e Interações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP): revisão sistemática da literatura. Ribeirão Preto: USP, 2011. Dissertação (**Mestrado**) - Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.
- GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Comunicação humana e saúde da criança – reflexão sobre promoção da saúde na infância e prevenção de distúrbios fonoaudiológicos. **Revista CEFAC - Speech, Language, Hearing Sciences and Education Journal**, v. 14, n. 4, p. 691-696, 2012.
- GOULART, B. N. G. *et al.* Fonoaudiologia e promoção da saúde: Relato de experiência baseado em visitas domiciliares. **Revista CEFAC - Speech, Language, Hearing Sciences and Education Journal**, v. 12, n. 5, p. 842-849, 2010.
- LIPAY, M. S.; ALMEIDA, E. C. A fonoaudiologia e sua inserção na saúde pública. **Revista Ciências Médicas**, v. 16, n. 1, p. 31-41, 2007.
- MAIA, R. M. *et al.* Saúde auditiva dos recém-nascidos: atuação da Fonoaudiologia na Estratégia Saúde da Família. **Revista CEFAC - Speech, Language, Hearing Sciences and Education Journal**, v. 4, n. 2, p. 206-214, 2012.
- MACIOCCO, G.; STEFANINI, A. De Alma-Ata ao Fundo Global: a história da política internacional de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 7, n. 4, p. 479-486, 2007.
- MARANHÃO, P. C. S. *et al.* Fonoaudiologia e educação infantil: uma parceria necessária. **Revista CEFAC - Speech, Language, Hearing Sciences and Education Journal**, v. 11, n. 1, p. 59-66, 2009.
- MENDONÇA, J. E.; LEMOS, S. M. A. Promoção da Saúde e ações fonoaudiológicas em educação infantil. **Revista CEFAC - Speech, Language, Hearing Sciences and Education Journal**, v.13, n.6, p.1017-1030, 2011.
- MIRANDA, G. M. D. *et al.* Assistência Fonoaudiológica no SUS: a ampliação do acesso e o desafio de superação das desigualdades. **Revista CEFAC - Speech, Language, Hearing Sciences and Education Journal**, v. 17, n. 1, p. 71-79, 2015.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>>. Acesso em: 20 maio 2015.
- OLIVEIRA, R. T. O.; OLIVEIRA, J. P. A Triagem Auditiva Escolar enquanto instrumento de parceria entre a saúde e a educação. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO – EDUCERE, 9., ENCONTRO SUL BRASILEIRO DE PSICOPEDAGOGIA, 3., 2009, Curitiba. **Anais...** Curitiba: PUCPR, 2009.
- PAIM J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet: A Saúde no Brasil**, v. 377, n.9779, p. 1778-1797, 2011a.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. Campinas: Unicamp, 1998. **Tese** (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

RIBEIRO, A. Oficina de Linguagem na Saúde da Família: um dispositivo de cuidado e promoção à saúde. São Paulo: PUC-SP, 2012. **Dissertação** (Mestrado em Fonoaudiologia) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

SOLEMAN, C. **O trabalho do fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF):** compreendendo a prática a partir da composição dos processos de trabalho. 2012. **Dissertação** (Mestrado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SANTANA, M. C. C. P. *et al.* Aleitamento materno em prematuros: atuação fonoaudiológica baseada nos pressupostos da educação para promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva _ Revista da Associação Brasileira de Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 411-417, 2010.

SCHNEIDER, A. C. B. *et al.* Intervenção Fonoaudiológica com gêneros textuais em um grupo de escolares. **Revista CEFAC - Speech, Language, Hearing Sciences and Education Journal**, v. 12, p. 337-345, 2010.

ZENARI, M. S.; LATORRE, M. R. D. O. Mudanças em comportamentos relacionados com o uso da voz após intervenção fonoaudiológica junto a educadoras de creche. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, v. 20, n. 1, p. 61-6, 2008.

ZORZI, D. S. *et al.* As dificuldades de aprendizagem sob a perspectiva da escuta fonoaudiológica e do olhar dos profissionais da Educação: construindo possibilidades de intervenção. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE FONOAUDIOLOGIA, 16., 2008, Campos do Jordão. **Anais...** Campos do Jordão, SP: [s.n.], 2008.

Além do Horizonte: qualificação do Acolhimento para a Urgência Psiquiátrica em Belo Horizonte

[Resumo Expandido]

Beyond the Horizon: qualification of user Embrace-ment for Psychiatric Emergence in Belo Horizonte
[Expanded Abstract]

Miriam Maria Gonçalves Chaves Possa¹
Ana Maria Caldeira Oliveira²

¹ Enfermeira, Sanitarista, Especialista em Saúde Mental. Gerente do Serviço de Urgência Psiquiátrica Centro-Sul (SUP-CS /PBH).
miriammaria@pbh.gov.br

² Mestre e Doutora em Saúde Pública (USP). Servidora Estatutária da Diretoria de Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Palavras-chave: Saúde mental. Reforma Psiquiátrica. Urgência Psiquiátrica.
Keywords: *Mental health. Mental Health Reform. Psychiatric Emergency.*

Introdução

A opção brasileira pela construção da rede de saúde mental pública, comunitária e descentralizada é ético-política e, portanto, nem sempre vista com bons olhos (ONOCKO - CAMPOS, 2015). Neste momento de polarização da sociedade global e brasileira, dividida entre diferentes narrativas sobre o que seria uma melhor gestão pública, ressaltamos o acirramento de uma opinião que aventa a volta da permanência de pessoas em ambientes de confinamento com a justificativa de que não há vagas para todos em hospitais gerais ou em residências terapêuticas (LOBOSQUE, 2011).

Belo Horizonte avançou significativamente no campo da reforma psiquiátrica e no cumprimento da Lei Federal nº 10.216/2001, que dispõe sobre os direitos dos portadores de sofrimento mental. A institucionalização da Rede Atenção Psicossocial de Belo Horizonte (RAPS-BH) ampliou o acesso aos serviços substitutivos, tornando-se referência para os usuários, seus familiares e a coletividade (SOUZA, 2008).

Objetivando garantir a assistência 24 horas na RAPS-BH e a ampliação do cuidado noturno nos Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), foi inaugurado, em setembro de 2006, o Serviço de Urgência Psiquiátrica de Belo Horizonte (SUP). Ressalta-se que neste município não há leitos de internação psiquiátrica pertencente à Rede do Sistema Único de Saúde municipal (SUS-BH). Quando existe necessidade clínica-terapêutica de o usuário permanecer dia e noite no serviço, é a ele ofertada a Hospitalidade Noturna (HN) nos CERSAMs, ou nos Centros de Referência em Saúde Mental Álcool e Outras Drogas (CERSAMs AD), ou nos Centros de Referência em Saúde Mental Infantil (CERSAMis).

Atualmente, os acolhimentos de urgência psiquiátrica aos finais de semana e feriados no período diurno, chamados de plantão de retaguarda, funcionam por rodízio nos oito CERSAMs e nos três CERSAMs AD, sendo essa uma das justificativas para a proposta de nova organização do acolhimento da urgência psiquiátrica no município.

A partir da experiência bem-sucedida do SUP na atenção à urgência psiquiátrica e de uma demanda constatada pelos trabalhadores da rede de urgência em saúde mental, através de um diagnóstico feito com as equipes de todos os CERSAMs, CERSAMs AD e com o CERSAMi Noroeste, propõe-se aqui uma reorganização da porta de entrada da urgência psiquiátrica de Belo Horizonte. Essa reorganização consistiria no funcionamento do SUP durante o plantão diurno, aos sábados, domingos e feriados, como porta de entrada prioritária para atenção aos usuários, maiores de 18 anos, em situação de urgência psiquiátrica, moradores desta cidade.

É importante ressaltar que esta proposta está sendo debatida e considerada necessária não somente na RAPS, mas também na instância do controle social. Belo Horizonte realizou, em 2017, a 14ª Conferência Municipal de Saúde, com o temário “SUS: Nenhum direito a menos”. Nesse fórum de participação popular, foram discutidas tanto

a situação de saúde do município quanto propostas para subsidiar o gestor municipal do SUS na elaboração do Plano Plurianual de Saúde (2018-2021). A plenária final dessa conferência elegeu 15 propostas prioritárias, em cada eixo temático. No eixo IV – Urgência, Emergência e Atendimento Hospitalar, a terceira proposta mais votada pela plenária final foi a seguinte:

Abertura imediata do Serviço de Urgência Psiquiátrica no período diurno para acolhimento de urgências/emergências psiquiátricas aos sábados, domingos e feriados e ampliação dos recursos humanos e estrutura física (BELO HORIZONTE, 2017, p. 9).

Este estudo foi elaborado pela autora principal para ser apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso no curso de Especialização em Saúde Pública 2017, da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. A autora é servidora pública estatutária e atualmente ocupa a Gerência do Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP).

O objetivo geral do trabalho é ampliar o atendimento da urgência psiquiátrica para os moradores de Belo Horizonte, visando qualificar o processo de trabalho da rede de saúde mental do SUS/BH. Já o objetivo específico é elaborar proposta de intervenção para ampliar o horário de funcionamento do SUP, também aos finais de semana e feriados, no período diurno.

Metodologia

Trata-se de projeto de intervenção a ser realizado na RAPS-BH, sendo a população de estudo os usuários, trabalhadores e gestores dessa rede. Para formular esta proposta foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES). Iniciou-se com a construção do diagnóstico situacional, em reuniões de trabalho com as equipes dos CERSAMs e a gerente do SUP. Posteriormente, com os nós críticos identificados, foi a vez de elaborar o Plano de Ação. Para tanto, foi criado um instrumento de coleta de dados visando mensurar o quantitativo de acolhimento nos plantões de retaguarda e avaliar a viabilidade da proposta.

Em seguida, com a análise e a discussão dos dados, propõe-se a implementação, monitoramento e avaliação da proposta.

Conclusão

Com a nova organização proposta, é importante observar que os CERSAMs e CERSAMs AD continuarão funcionando 24 horas. Entretanto, as equipes desses serviços ficarão responsáveis pelo cuidado dos pacientes que demandam acompanhamento da crise em seus respectivos territórios, o que será um ganho considerável para os usuários e para a melhoria dos processos de trabalho nas unidades.

O SUS/BH merece destaque no contexto nacional pela organização da rede, seguindo as diretrizes e princípios organizacionais

conforme preconizado pela Constituição Federal e pela legislação que regulamenta o Sistema Único de Saúde. Nesta capital há garantia de acesso integral e universal aos serviços de saúde, principalmente na atenção à saúde mental. Todavia, há ainda muito que avançar no contexto da reforma psiquiátrica antimanicomial. Existe a necessidade de aumentar o número de leitos para Hospitalidade Noturna, abertura de novos CERSAMs AD, criação de um CERSAM por regional, adequação do quadro de recursos humanos nos serviços já existentes, reformas na infraestrutura, e outros. Entretanto, não se pode negar o protagonismo e a importância da RAPS-BH como modelo de assistência e suporte as pessoas em sofrimento mental e seus familiares.

Referências

BELO HORIZONTE. Conselho Municipal de Saúde. **Conferência Municipal de Saúde–Relatório Final**. Belo Horizonte, 2017.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei nº 10.216 de 06 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. Disponível online em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em 11/07/2018.

LOBOSQUE, A.M. Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4590-4592, dez. 2011.

ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde Mental e Futuro. **O Globo**, Rio de Janeiro, 17 dez. 2015. Opinião. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/opiniaos/saude-mental-futuro-18313521>>. Acesso em: 29 nov. 2017.

SOUZA, P.J.C. Resposta à crise: a experiência de Belo Horizonte. In: NILO, K. *et al.* (Org.). **Política de saúde mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2008, p. 111-127.

Normas para publicação

Revista de Saúde Pública do SUS/MG

1. Objetivos

A Revista de Saúde Pública do SUS/MG é uma publicação de caráter de divulgação técnico-científico, de periodicidade semestral e de acesso livre. Editada pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), pela Fundação Ezequiel Dias (FUNED), pela Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG), pelo Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais (HEMOMINAS) e pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), por intermédio de suas Assessorias de Comunicação Social e seus setores de pesquisa. Tem por finalidade a difusão do conhecimento técnico-científico relacionado ao processo saúde-doença-cuidado, à formação de recursos humanos e à rede de serviços, visando ao seu aprimoramento. Representa, ainda, uma estratégia de registro e veiculação de documentos e legislações referentes ao campo da Saúde Pública, bem como de interlocução de experiências entre as instituições que compõem o Sistema de Saúde do Estado de Minas Gerais.

2. Estruturação básica

A revista tem a missão de publicar artigos originais; artigos de revisão; relatos de experiência/caso; resenhas de livros e revistas; resumos de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCCs), dissertações e teses; portarias, regimentos, resoluções da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e do Ministério da Saúde, bem como entrevistas. Todos os trabalhos devem ser inéditos, de propriedade da Revista de Saúde Pública do SUS/MG, e não devem ser reproduzidos em outros veículos, mesmo que parcialmente. Os textos podem ser submetidos em **português e em inglês**.

3. Avaliação

Todas as matérias serão submetidas ao julgamento de pelo menos dois pareceristas que integram a Comissão Editorial ou pareceristas *ad hoc*.

NORMAS EDITORIAIS

1 – Informações aos colaboradores

O Conselho Editorial da Revista ressalta que toda submissão de texto está condicionada ao atendimento às normas descritas abaixo.

Forma e Preparação dos Textos

Artigos originais

Textos que retratem resultados de estudos ou pesquisas concluídas. Devem apresentar, no máximo, 8.000 palavras, excluindo desenhos, figuras, gráficos, imagens, quadros, tabelas.

Artigos de revisão

Textos que apresentam uma síntese crítica de conhecimentos relacionados a um determinado tema, mediante análise, interpretação e discussão da bibliografia. Devem apresentar, no máximo, 10.000 palavras, excluindo desenhos, figuras, gráficos, imagens, quadros, tabelas.

Relatos de experiências/caso

Relatos sobre a experiência profissional e estudos de caso, acompanhados de breve comentário, útil para a interlocução com outros profissionais da área. Devem apresentar, no máximo, 3.000 palavras excluindo desenhos, figuras, gráficos, imagens, quadros, tabelas.

Resenhas

Tipo de texto elaborado por especialistas de uma determinada área que analisa produções científicas ou assuntos tratados em uma obra. Devem apresentar, no máximo, 3.000 palavras, excluindo desenhos, figuras, gráficos, imagens, quadros, tabelas.

Resumos de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), dissertação e tese

Apresentação concisa que informe suficientemente ao leitor o objetivo, a metodologia, os resultados e as considerações finais/conclusões do TCC, da dissertação ou da tese, para que ele possa optar pela conveniência da leitura integral desses textos. A revista pode também publicar os anais com os resumos de trabalhos dos eventos científicos realizados no estado de Minas Gerais. Devem apresentar, no máximo, 250 palavras.

Entrevistas

Depoimentos de pessoas cuja história de vida ou realização profissional seja relevante para o campo da Saúde Pública. Devem apresentar, no máximo, 2.000 palavras.

Legislação e normas técnicas

Portarias, regimentos, resoluções da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e do Ministério da Saúde, bem como normas técnicas relativas aos programas de saúde desenvolvidos no Estado.

Relatórios de reuniões ou Oficinas de Trabalho e de Pesquisa

Textos que discutem temas relevantes ao campo da Saúde Pública, com considerações finais/conclusões e recomendações. Devem apresentar, no máximo, 2.000 palavras, excluindo desenhos, figuras, gráficos, imagens, quadros, tabelas.

Outras modalidades podem ser aceitas desde que aprovadas pelo Conselho Editorial da Revista.

2 – Orientações gerais para apresentação dos textos

A submissão de textos é feita **apenas online** - <http://revistageraissaude.mg.gov.br/> pelo Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas (SEER). Toda submissão de texto à Revista de Saúde Pública do SUS/MG está condicionada ao atendimento às normas descritas abaixo.

Os arquivos contendo os textos não devem conter os nomes dos autores e coautores. O material deve ser digitado no editor de textos Word for Windows, em espaço duplo, com margem esquerda de 3 cm e margem direita de 2 cm, margem superior 2,5 cm e inferior 1,5 cm, fonte Times New Roman 12, respeitando o número máximo de palavras definido pela forma dos textos, já apresentada anteriormente. O título deve preceder o texto e estar em português e inglês. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de Resumo em português e inglês (*Abstract*) que reflita os aspectos fundamentais dos trabalhos (máximo de 250 palavras) e de 3 a 6 palavras-chave em português e inglês (*Keywords*) alusivas à temática, com

exceção da seção de Entrevista. Para as palavras-chave, orienta-se consultar o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e/ou o *Sociological Abstracts*.

As ilustrações, quando houver, devem estar apresentadas em formato .tiff ou .ai ou .cdr ou .psd, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, com legenda e fonte Times New Roman 10. Tabelas e gráficos podem ser produzidos em Word ou Excel. O título das tabelas, dos gráficos, dos quadros e demais ilustrações deve ser claro e conciso, localizado acima da ilustração e na mesma margem desta. É escrito em letras minúsculas, exceto a inicial da frase e dos nomes próprios, antecedido da palavra designativa, seu número de ordem e separado por travessão. A legenda consiste em texto explicativo que acompanha a ilustração e caso seja necessário utilizá-la, deve ser inserida na parte inferior após a ilustração. Abaixo da legenda, deve-se indicar a fonte. Elas devem ser apresentadas em arquivos separados e inseridas no sistema como documentos suplementares, com respectivas legendas e numeração. No texto, deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas. Deve ser providenciada uma cópia do texto, na versão PDF, com inserção das ilustrações, que também deve vir como documento suplementar. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções específicas ao campo temático do texto, quando deverá haver negociação prévia com os editores. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente, ter título com apenas as iniciais em maiúsculas e estar citado no texto.

Os textos, geralmente, são divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, Considerações Finais. Poder ser necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções são organizados com numeração progressiva e negritados.

Deve ser submetida, como documento suplementar, folha de rosto contendo título (em português e inglês) e dados dos autores com as informações na seguinte ordem:

Autor principal: titulação, vínculo institucional, endereço completo para correspondência, telefones de contato, e-mail. Coautores: vínculo institucional e e-mail. Caso não tenha um vínculo institucional, informar a atividade profissional.

Em caso de textos referentes a resultados de pesquisa com seres humanos, o estudo deve ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, segundo resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde; e, quando necessário, pelo Comitê de Acesso à Biodiversidade.

No momento da submissão do texto, o(s) autor(es) pode(m) sinalizar aos revisores a possibilidade de haver conflitos de interesse em relação ao objeto do texto ou, ainda, sugerir nomes de pareceristas.

No caso de dois autores ou mais, as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo devem ser especificadas ao final do texto, antes das referências, de acordo com os critérios de autoria estabelecidos nas deliberações do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE). Este Comitê determina que o reconhecimento da autoria deve se basear na contribuição substancial de cada autor, relacionando-a aos seguintes aspectos: concepção do projeto ou análise e interpretação dos dados; redação do artigo ou revisão crítica do conteúdo intelectual; e aprovação final da versão a ser publicada. Modelos a seguir:

Modelo 1: “Autor A – responsabilizou-se pela concepção do projeto, análise e interpretação dos dados...; Autor B – responsabilizou-se pela redação do artigo e revisão crítica do conteúdo intelectual; Autor C – responsabilizou-se pela aprovação final da versão a ser publicada.”

Modelo 2: “Todos os autores trabalharam nas diversas etapas da pesquisa e de produção do texto.”

Na primeira página devem constar, em português e inglês, o título, o resumo (até 250 palavras) e de 3 a 6 palavras-chave. A contagem do número de palavras do resumo não inclui o título e as palavras-chave.

Notas de rodapé – devem ser evitadas.

Citações

Na revista *Gerai*s é adotado o sistema AUTOR-DATA como forma de chamada da citação, seguindo as orientações da norma ABNT NBR 10520 de 2002.

Neste sistema, a indicação da fonte é feita da seguinte forma:

Citação com um autor: o nome do autor deve ser apresentado em letras maiúsculas, seguido do ano de publicação. Exemplos:

“...de acordo com um estudo realizado no município de São Paulo (MONTEVAN, 2007) ...”

“A equipe de Serruya (2004) constatou que somente 28% de todas as mulheres no período gestacional estavam cadastradas no SIS Pré-natal.”

Citação com dois autores: os nomes dos autores devem ser apresentados em letras maiúsculas, separados por ponto e vírgula, seguidos do ano de publicação. Quando citados no texto, os nomes dos autores devem ser separados pela conjunção “e”. Exemplos:

“No Brasil, os sistemas de informação nacionais foram avaliados por diversos pesquisadores (SILVA; LAPREGA, 2005)...”

“Segundo Peterlini e Zagonel (2003), esse aspecto tem sido relevante, principalmente em países de recursos financeiros escassos...”

Citação com mais de dois autores: deve ser citado apenas o primeiro autor, seguido da expressão *et al.* e o ano de publicação. Exemplos:

“Victoria *et al.* (1999) descreveram a prevalência de hábitos de sucção não-nutritivos ligados ao tipo de nutrição da criança...”

Os hábitos de sucção não-nutritivos foram descritivos em um estudo conduzido em Pelotas (VICTORA *et al.*, 1999).

Citação de vários trabalhos de um mesmo autor:

– trabalhos de um mesmo autor que tratam de um mesmo assunto, porém em anos diferentes. Exemplo:

“Segundo Silva (1991, 1992, 1994), o conceito de civilização...”

– quando citar mais de um trabalho de um mesmo autor sobre um mesmo assunto publicado no mesmo ano, pode se utilizar letras do alfabeto para diferenciá-los. Exemplo:

“Os resultados desse trabalho confirmam os dados levantados anteriormente no estado de Minas Gerais (OLIVEIRA *et al.*, 1984a,b).”

Citação indiretas de vários trabalhos de diversos autores:

– As citações indiretas de vários trabalhos de diversos autores, citados simultaneamente, devem se proceder em ordem alfabética e separadas por ponto-e-vírgula. Exemplo:

“A inserção da Equipe de Saúde Bucal demonstra o reconhecimento do MS de que a saúde não pode ser cuidada por apenas um profissional específico e, sim entendida como objeto de todos os profissionais do PSF, em uma perspectiva inter e multidisciplinar, exigindo uma inter-relação de todos os profissionais da equipe (CARVALHO *et al.*, 2004; MARQUES e MELO, 2009; SOUZA, 2001).”

No caso de citações literais de até três linhas, essa deve vir entre aspas, sem destaque em itálico e entre parênteses (sobrenome do autor, data, p.xx, sem espaço entre o ponto e o número). Citações literais de mais de três linhas devem estar em parágrafo destacado do texto (um *enter* antes e um depois), com 4 cm de recuo à esquerda, fonte menor que a utilizada no texto, em espaço simples, sem aspas ou itálico, terminando na margem direita do texto e, entre parênteses, o sobrenome do autor, a data e a página. Os parênteses são utilizados somente para indicar autoria, e o colchete, para indicar fragmento de citação, por exemplo:

“O estudo das políticas de saúde na área de Saúde Coletiva ocupou [...] um lugar central [...]”. (COHN, 2012, p.219).

Referências

As referências são listadas no final do texto, em ordem alfabética, e trazem os nomes de todos os autores citados no texto de acordo com as normas da ABNT (NBR 6023/2002). O título deve estar destacado

em negrito, enquanto que o subtítulo, não. Não é preciso especificar o número de páginas. Quando se tratar de mais de uma obra do mesmo autor, referenciadas sequencialmente na listagem bibliográfica, dentro da mesma página utilizar travessão sublinear (underline) coma extensão de seis espaços seguidos de ponto, sempre da mais recente para a mais antiga. Se houver mudança de página, é necessário repetir o nome do autor.

1 – Livros

MINAYO, M. C. S. **Os homens de ferro**: estudo sobre os trabalhadores da Vale do Rio Doce em Itabira. Rio de Janeiro: Dois Pontos, 1986.

_____. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

Dois ou três autores, separar com ponto e vírgula; mais de três autores, indicar o primeiro autor, acrescentando-se a expressão *et al.* Exemplo:

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. V. (Orgs.). **O discurso do sujeito coletivo**: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

CAMPOS *et al* (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012.

Quando o autor do livro é o mesmo do autor do capítulo:

HARTZ, Z. M. A. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: _____ (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.19-28.

Se o Autor do livro é diferente do autor do capítulo:

VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004. p.103-18.

2 – Capítulos de livro

Apenas o título do livro é destacado, em negrito, sendo obrigatório indicar, ao final

da referência, a página inicial e final do capítulo citado.

MINAYO, M. C. S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do Pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.83-107.

3 – Regras específicas

Autor é uma instituição ou entidade:

BRASIL. **Manual de Auditoria do Sistema Nacional de Auditoria**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2. ed., 1998.

4 – Séries e coleções

MIGLIORI, R. **Paradigmas e educação**. São Paulo: Aquariana, 1993. (Visão do futuro, v. 1).

5 – Artigos em periódicos

O título do periódico é destacado em negrito e após o volume e o número, deve estar explícito as páginas em que o artigo foi publicado.

TEIXEIRA, R. R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v. 1, n. 1, p.7-40, 1997.

6 – Teses e dissertações

Apenas as palavras Tese ou Dissertação são destacadas em negrito.

SILVA, M. B. P. da. Um estudo da relação entre resultados do concurso vestibular e desempenho acadêmico em psicologia. Curitiba, 1989. 120 f. **Dissertação** (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Paraná.

IYDA, M. Mudanças nas relações de produção e migração: o caso de Botucatu e São Manuel. 1979. **Dissertação** (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

7 – Resumos em anais de eventos

Apenas a palavra Anais é destacada em negrito.

PAIM, J. S. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 33., 1995, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1995. p.5.

No caso de Artigos e Resumos, se o trabalho for consultado *on-line*, deve-se mencionar o endereço eletrônico: Disponível em: <...>. Acesso em (dia, mês, ano). Se o trabalho for consultado em material impresso, colocar página inicial e final.

8 – Documentos eletrônicos

Apenas o título do periódico é destacado, em negrito. Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos. Se a referência incluir o DOI, ele deve ser mantido. Quando a citação for tirada do SciELO, sempre vem o DOI junto; em outros casos, nem sempre.

ANTUNES, Arthur Velloso; COSTA, Moacir Nascimento. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000600019&lng=pt&nrm=iso>.

Acesso em: 11 jul. 2013. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000600019>>.

Análise e aprovação dos textos

O texto será encaminhado, respeitando-se o anonimato dos autores, para o grupo de pareceristas dentro do critério de revisão por pares, sendo, no mínimo, dois relatores. Para garantir o anonimato, ele deverá vir sem os nomes dos autores. O material será devolvido ao(s) autor(es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Conselho Editorial. O texto é de responsabilidade dos autores, podendo não coincidir com o ponto de vista do Conselho Editorial e dos pareceristas *ad hoc*.

A publicação do trabalho implica a cessão integral dos direitos autorais à Revista de Saúde Pública do SUS/MG.

