

GERAIS

Revista de Saúde Pública do SUS/MG

SUS/MG Journal of Public Health



ISSN 2318-2598

Volume 4 • Número 1 • Janeiro/junho de 2016

GERAIS:

Revista de Saúde Pública do SUS/MG

GERAIS: SUS/MG Journal of Public Health

Volume 4 • Número 1

Janeiro/junho de 2016

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

DIRETORA-GERAL DA ESP-MG (INTERINA)
Ludmila Brito e Melo Rocha

PRESIDENTE DA FHEMIG
Jorge Raimundo Nahas

PRESIDENTE DA FUNED (INTERINA)
Cármem Lúcia Soares Gomes

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)

Produção de Conteúdo Jornalístico / Assessoria de Comunicação Social

Samira Ziade – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig)

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

Nayane Breder Jardim – Fundação Ezequiel Dias (Funed)

Ricarda Caiafa – Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG)

Fernanda Rosa – Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG)

Crédito das Fotografias/Ilustrações

Omar Freire – Imprensa MG / SEGOV / SES-MG.

Gleisson Mateus – Fundação Ezequiel Dias (Funed)

Guilherme Almeida / Leise Costa – Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG)

Imagens do acervo da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig)

Editora Científica

Marilene Barros de Melo – Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG)

Editora Adjunta

Cristiana Ferreira Jardim de Miranda – 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)

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

Editora Convidada

Rose Ferraz Carmo – Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG)

Editores Executivos

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

Esther Margarida Barros – Fundação Ezequiel Dias (Funed)

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

Secretaria Editorial

Adilson Silvestre da Silva (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

Marilene Barros de Melo (ESP-MG)

Karina Rabelo Leite Marinho (FJP)

Saúde Trabalho e Ambiente

Luiz Carlos Brant (UFMG)

CONSELHO EDITORIAL

SES-MG

Fabício Henrique dos Santos

Deise Aparecida dos Santos

ESP-MG

Luciana Souza d'Ávila

Rose Ferraz Carmo

FHEMIG

Fernando Madalena Volpe

Marcelo Militão Abrantes

FUNED

Sílvia Fialho

Luiz Henrique 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 (ICICT/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 Goretta Zanetti

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)

Alcides 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)

Heloísa Dias Machado (Hemominas)

Nayane Jardim (Funed)

Edson Fernandes (Fhemig)

Projeto gráfico, produção gráfica
Autêntica Editora

G354

Gerais: Revista de Saúde Pública do SUS-MG / Secretaria 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. 4, n. 1 (jan-jun. 2016) – .- Belo Horizonte: Autêntica, 2016
v.

Semestral

ISSN: 2318-2598

1. Saúde pública. I. Minas Gerais. Secretaria 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.revistageraisaude.mg.gov.br

- 7** Apresentação
Sávio Souza Cruz
- 9** Editorial
*Gustavo Henrique Campos dos Santos; Harrison Miranda; Ludmila Brito e Melo Rocha;
Luiz Fernando Gonçalves Porto; Marilene Barros de Melo; Rodrigo Martins da Costa Machado; Ricarda Caiafa*
- 12** Giro pela saúde . Notas curtas sobre o Sistema Estadual de Saúde de Minas Gerais
- 17** SES-MG promove ações de mobilização social como estratégia de enfrentamento ao *Aedes aegypti*
Fernanda Rosa
- 23** Parcerias e educação em saúde no enfrentamento da dengue, do zika vírus e da chikungunya
Ricarda Caiafa
- 27** Hemominas garante segurança na triagem de doadores de sangue para a detecção de arboviroses
Heloísa Dias Machado
- 31** Fhemig mobiliza sua rede hospitalar para o enfrentamento ao mosquito *Aedes aegypti*
Samira Ziade
- 35** Laboratório de arbovírus da Funed realiza trabalho de triagem para vigilância epidemiológica no SUS
Nayane Breder
- 39** Descentralização e participação social na administração pública de Belo Horizonte, Fortaleza e Porto Alegre
Angelina Vidal Baia Henriques, Marília Alves
- 51** Efeitos adversos das Tecnologias Computacionais e o limite para o uso abusivo: estratégias de enfrentamento de alunos, pais e professores
Luiz Carlos Brant, Solange Cervinho Bicalho Godoy, Eliane Marina Palhares Guimarães, Leticia Jordão Garcia
- 59** Internação psiquiátrica compulsória de usuários abusivos de drogas: uma falência ao SUS e um desuso da Política de Redução de Danos
Gustavo Augusto dos Santos, Isabela Saraiva Queiroz
- 70** Descentralização e expansão dos tratamentos de leishmaniose visceral (LV) com anfotericina B lipossomal em Minas Gerais, 2008-2012
Bruna Dias Tourinho, Marcela Lencine Ferraz, Frederico Figueiredo Amâncio, Mariângela Carneiro
- 80** Projeto “Na Medida”:
um programa de redução de peso na Atenção Primária à Saúde
Dárlinton Barbosa Feres Carvalho, Sílvia Aline Furtado
- 89** Promoção do Brincar: Ação de Gestão Estratégica no Enfrentamento da Hospitalização Infantil
Jéssyca Fabiana Alves, Marina Dayrell de Oliveira Lima, Rafael Mendonça Ribeiro, Mirela Castro Santos Camargos, Karla Rona da Silva
- 101** Normas para publicação 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.

Esta edição da **Gerais: Revista de Saúde Pública do SUS/MG** surge em um momento bastante frágil politicamente para **Sistema Único de Saúde (SUS)**. No atual cenário nacional, está em andamento uma **Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 241**, que limita os gastos públicos para os próximos 20 anos, por meio do novo regime fiscal que fixa limite individualizado para a despesa dos Três Poderes e de todos os órgãos públicos. A aprovação desta PEC pode resultar, por exemplo, na redução de R\$ 12 bilhões para a área da Saúde nos próximos dois anos, o que impactaria de forma significativa no orçamento do SUS.

Mesmo diante dessa realidade preocupante, a saúde pública em Minas Gerais tem se esforçado para sair do caos orçamentário deixado pela gestão anterior, que ficou 12 anos no Estado. Quando o atual Governo de Minas Gerais assumiu, em janeiro de 2015, encontrou uma dívida no valor de R\$ 1,5 bilhão na Saúde. Em 2016, a situação se agravou e chegou a R\$ 2 bilhões. O foco do trabalho da nossa equipe tem sido equilibrar o fluxo financeiro com o orçamentário para minimizar os impactos do *deficit*.

É sabido que temos gargalos históricos que foram herdados do último governo, mas estamos trabalhando para que o mineiro tenha acesso a uma saúde pública de qualidade, sempre apoiando os municípios para uma gestão responsável e dentro do nosso limite orçamentário.

Por essas e outras, uma publicação como esta tem um papel significativo por ser um instrumento capaz de mobilizar as usuárias

e usuários do SUS à gama de serviço e ações da saúde pública, sobretudo no enfrentamento do *Aedes aegypti*, mosquito causador da Dengue, Chikungunya e Zika Vírus, que é o foco desta edição da revista. As ações de prevenção e controle acontecem durante todo o ano. Neste ano de 2016, os ciclos de visitas dos agentes de saúde nas residências para identificar os focos do *Aedes* foram intensificados de quatro para sete.

O Governo de Minas criou, no final do mês de dezembro de 2015, o Comitê Gestor Estadual de Políticas de Enfrentamento à Dengue, Chikungunya e Zika Vírus. A expectativa é que o comitê tenha funcionamento contínuo.

O grupo tem como objetivo propor, articular, coordenar e avaliar ações destinadas ao controle do vetor, bem como reduzir a incidência das doenças e seus efeitos e auxiliar a pesquisa relacionada às ações de vigilância, prevenção, atenção à saúde e controle da Dengue, Chikungunya e Zika.

A SES-MG realizou, ainda, oficinas nas 28 Regionais de Saúde para sensibilizar os municípios ao controle do vetor (a participação foi de quase 100% dos municípios). O objetivo da ação foi orientar e alertar os gestores municipais acerca dos riscos de uma possível epidemia, bem como discutir aspectos técnicos nos trabalhos de combate ao vetor e de atenção ao paciente.

Por fim, destaco a qualidade dos trabalhos acadêmicos que fazem parte desta publicação e que mostram a importância das pesquisas nas mais diversas áreas dentro do SUS. ■

Boa leitura!

EDITORIAL

*Gustavo Henrique Campos dos Santos; Harrison Miranda; Ludmila Brito e Melo Rocha;
Luiz Fernando Gonçalves Porto; Marilene Barros de Melo; Rodrigo Martins da Costa Machado; Ricarda Caiafa¹*

¹ Jornalista (ricarda.caiafa@esp.mg.gov.br)

A **Revista Gerais**, em seu Volume 4, Número 1, compartilha com seus leitores, autores e colaboradores a celebração dos 70 anos de existência da **Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG)**, destacando sua importante contribuição para a formação e a qualificação dos trabalhadores e trabalhadoras que atuam no âmbito do **Sistema Único de Saúde (SUS)** em Minas Gerais.

O compromisso indissolúvel da ESP-MG com o SUS suscita, de forma permanente, a necessidade de ampliar sua atuação no desenvolvimento de estratégias de qualificação que respondam aos desafios contemporâneos da saúde, tais como a prevenção e o controle das epidemias e doenças emergentes em nossa sociedade.

Nesse cenário, ao se defrontar com a epidemia de Dengue, Zika Vírus e Chikungunya, a Escola tornou-se parceira do Centro de Pesquisas René Rachou/Fiocruz Minas em um projeto coordenado pela diretora dessa instituição, Dra. Zélia Maria Profeta da Luz, que visa à implantação de um programa de vigilância comunitária para o fortalecimento da mobilização social em relação ao enfrentamento da tríplice epidemia de Dengue, Zika Vírus e Chikungunya no Estado de Minas Gerais.

São também parceiras nesse projeto as Secretarias de Estado de Saúde e de Educação de Minas Gerais. Compreendemos que tal situação epidemiológica exige esforços intersetoriais, multiprofissionais, da comunidade, do campo da gestão e do campo da educação permanente em saúde para que possamos superá-la.

Diante dessa epidemia, esta edição da **Revista Gerais** traz um panorama do que os demais integrantes do Sistema Estadual de Saúde, além da ESP-MG, como a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), a Fundação Hospitalar de Minas Gerais (Fhemig), a Fundação Ezequiel Dias (Funed) e a Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais (Hemominas), têm realizado no ano de 2016, com relação à questão, e as ações de prevenção e controle que estão sendo implantadas.

A SES-MG vem trabalhando desde 2015 na Campanha “10 Minutos contra a Dengue”, cujo mote é alertar a população sobre a importância de reservar 10 minutos da sua semana para fazer uma vistoria em casa, na escola ou no trabalho com o intuito de eliminar qualquer possibilidade de foco do mosquito *Aedes aegypti*. Essa ação tem como ponto forte a mobilização social visando sensibilizar os diversos setores da sociedade.

A Fhemig trouxe dados relacionados ao número de atendimentos aos casos da doença em 2016 nas Unidades da Rede, reforçando a assistência a pacientes com suspeitas e diagnósticos de Dengue e na formação e atualização dos profissionais na identificação dos casos.

O processo de segurança na triagem de doadores de sangue para a detecção de arboviroses, tais como Dengue, Zika Vírus e Chikungunya, foi abordado pela Hemominas, que adota rigoroso processo de triagem clínica para resguardar a saúde de quem recebe o sangue doado por meio do SUS. A matéria da Fundação informa ainda acerca de um projeto de pesquisa que será realizado e tem como principal objetivo investigar a prevalência desses vírus em doadores de sangue no Estado de Minas Gerais.

A Fundação Ezequiel Dias (Funed) ressaltou as atividades do Laboratório de Arbovírus, responsável por realizar exames para diagnóstico dessas doenças. Funcionando dentro do Serviço de Virologia e Riquetsioses (SVR), o Laboratório faz parte dos 12 que compõem o Laboratório Central de Minas Gerais (Lacen/MG), onde os exames são realizados para diagnóstico de Dengue e Febre Amarela, Chikungunya e, em 2016, para o Zika Vírus.

A parte científica dessa edição conta com seis artigos. Abrindo a seção, temos um artigo que analisa a descentralização e a participação social nos municípios de Belo Horizonte, Fortaleza e Porto Alegre, com o objetivo de mostrar as estratégias para operacionalizar esses processos, especialmente na área de saúde, contribuindo assim como fonte de informação para os gestores públicos.

O segundo artigo descreve a descentralização e a expansão dos tratamentos da *leishmaniose visceral* com anfotericina B lipossomal em Minas Gerais, no período entre 2008 e 2012. Os tratamentos refletem uma resposta positiva das equipes de assistência e vigilância do Estado e poderão contribuir favoravelmente para a evolução clínica dos casos de LV.

As experiências do começo da vida de cada ser humano, sejam elas boas, sejam elas ruins, certamente possuem sua dose

de importância na formação de cada pessoa. Assim, os cuidados nos primeiros anos de vida em momentos frágeis, como a hospitalização, são analisados no terceiro artigo, que reafirma a importância da humanização do relacionamento entre a equipe de profissionais de saúde e a criança, para alcance de melhores resultados nos tratamentos.

O quarto artigo conta a experiência do Projeto “Na Medida”, no município de Barbacena, utilizando fundamentos de reeducação alimentar e prática de exercícios físicos conforme recomendação do Ministério da Saúde. A realização da experiência relatada no artigo contou com 217 participantes.

O quinto artigo apresenta uma análise da prática da internação psiquiátrica compulsória utilizada como recurso de tratamento dos sujeitos em uso abusivo de álcool e outras drogas. É apresentada também uma alternativa para redução dos danos, que foca as intervenções no campo dos direitos humanos, a partir da singularidade de cada sujeito envolvido.

O último artigo desta edição busca problematizar a inserção das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) nas relações entre professores, pais e alunos em uma escola da rede pública, e, como resultado, conclui-se que as TICs são conquistas contemporâneas, mas com alguns efeitos nocivos no que diz respeito à saúde. Nessa perspectiva, para uma efetiva usabilidade, são necessárias discussões com a comunidade.

Privilegiar temas atuais e que possam contribuir para maior interlocução do conhecimento produzido no âmbito do Estado de Minas Gerais relacionado ao campo da Saúde Coletiva é um compromisso da **Revista Gerais**. Assim, agradecemos aos autores, aos pareceristas, aos editores e aos jornalistas que vêm contribuindo para a sua consolidação. ■

● OLIMPIÁDA

Como coanfitriã dos **Jogos Olímpicos Rio 2016**, Minas Gerais recebeu 10 jogos dos torneios de futebol feminino e masculino. A fim de garantir resposta rápida a quaisquer situações de emergência em saúde pública, a **Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG)** atuou no monitoramento e na vigilância de possíveis acidentes e doenças que envolvessem múltiplas vítimas e demais agravos de importância em saúde pública. Em parceria com a Comissão Estadual de Segurança Pública e Defesa Civil para os Jogos Olímpicos Rio 2016 (COESGE-MG) e o município de Belo Horizonte, a SES-MG esteve presente no Centro Integrado de Comando e Controle Regional (CICCR), que acompanhou os fluxos de segurança e saúde locais durante os dias de jogos.

● Urgência e emergência

Dentro da estratégia definida pela SES-MG de dotar os territórios regionais de melhor estrutura para atendimento de casos de urgência e emergência, o Governo do Estado, por meio do comando geral do Corpo de Bombeiros Militar, iniciou processo para aquisição de duas aeronaves que serão destinadas ao Norte e ao Leste do Estado. Em Montes Claros, a previsão é de que a unidade de atendimento aeromédico comece a ser operacionalizada no primeiro semestre de 2017. Essa aeronave destinada ao Norte de Minas terá capacidade para transportar até sete pessoas. Sob responsabilidade da Corporação, elas serão utilizadas

prioritariamente para resgate em situação de urgência e emergência.

● Vigilância Sanitária

Em comemoração ao Dia Nacional da Vigilância Sanitária, a SES-MG realizou, nos dias 2 e 3 de agosto, no auditório do CREA-MG, em Belo Horizonte, o seminário “Vigilância Sanitária e sua Relação com a Sociedade”. O evento teve como objetivo promover a conscientização dos profissionais de saúde quanto ao trabalho da vigilância sanitária

GIRO PELA SAÚDE

Notas curtas sobre o Sistema Estadual de Saúde de Minas Gerais

e tratou de temas como a vigilância sanitária em Minas Gerais, o gerenciamento do risco sanitário e a estratégia sanitária para a promoção da segurança do paciente nos serviços de saúde no Estado. Talvez muita gente não saiba, mas a Vigilância Sanitária é ligada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e possui o papel social de avaliar e intervir em riscos a que a população possa estar exposta e executar estratégias e ações de educação e fiscalização para prevenir, minimizar e eliminar riscos à saúde, bem como estabelecer normas para

o comportamento relacionado aos bens de consumo e serviços.

● Transplantes

Segundo dados do **MG Transplantes**, de janeiro a junho deste ano, foram realizados 932 transplantes em Minas Gerais, utilizando 25 aeronaves do governo estadual. Como o tempo é fator crucial para aqueles que dependem de um órgão para sobreviver, o Estado possui uma logística pioneira para o transporte aéreo de órgãos e tecidos, com aeronaves disponíveis 24 horas por dia, sete dias por semana. Os transplantes de córnea lideraram a lista dos procedimentos feitos de janeiro a junho, beneficiando 540 pessoas. Foram realizados ainda 253 transplantes de rim. Os transplantes de medula óssea (48) e fígado (44) estão na sequência. Até a primeira semana de julho, 3.096 pessoas estavam na lista de espera por algum órgão em Minas Gerais. Entretanto, o número de transplantes realizados diminuiu cerca de 20% em relação ao mesmo período de 2015. O sistema de transplante no Brasil é praticamente todo feito pelo SUS, responsável por 95% dos procedimentos. Somente em 2015 foram realizados 23,6 mil transplantes pelo SUS em todo o país.

● Ouvidoria

As manifestações realizadas pelos cidadãos mineiros na **Ouvidoria Geral do Estado (OGE)** aumentaram 24% nos seis primeiros meses de 2016 em relação ao mesmo período do ano passado. De janeiro a junho deste ano, foram 13.899 registros; em 2015, 11.198. Os dados são do

relatório disponibilizado pelo órgão em sua página da internet. As ouvidorias especializadas de Saúde e de Polícia também receberam muitas demandas da população. A primeira registrou, no primeiro semestre, 3.019 manifestações (21,72%). A segunda, 2.933 (21,10%), no mesmo período. Sem considerar os números do **Ouvidor SUS** – sistema do governo federal que registra manifestações específicas da saúde –, as mulheres aparecem como as principais demandantes da OGE. Dos cidadãos que se identificaram no sistema informatizado da Ouvidoria, 4.695 disseram ser do sexo feminino, e 3.291, do sexo masculino.

● Controle Social

O **Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS)** é uma das ferramentas que uma sociedade democrática possui para balizar o processo de educação permanente e contribuir para a efetividade do SUS em todas as suas esferas de atuação (municipal, estadual e nacional). A **Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG)**, juntamente com a Prefeitura de Belo Horizonte, por meio da Secretaria Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde de BH (CMSBH), em cerimônia no Teatro Francisco Nunes, entregou à capital mineira e região, em abril deste ano, 329 trabalhadores qualificados nas “Oficinas de Qualificação de Conselheiros para o Controle Social no SUS-BH”.

● Novidade

O **Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (CES-MG)** estreou, recentemente, o seu novo site (<http://ces.saude.mg.gov.br>). Trata-se de

um projeto desenvolvido em parceria com a SES-MG que propõe à página um layout mais moderno e fácil de navegar, inclusive em dispositivos móveis. Além disso, o site do CES-MG possui matérias para esclarecer várias questões que abrangem o papel do Conselho na saúde pública e do Controle Social no SUS. O CES-MG funciona de segunda a sexta-feira, das 9h às 18h, na Rua Rio de Janeiro, 471 – 10º andar, Centro, BH/MG. O telefone de contato é (31) 3215-7235. As reuniões ordinárias

acessar o site e as redes sociais da Escola poderá assistir aos vídeos de depoimentos de diversas autoridades de saúde sobre a importância da educação permanente em saúde, além de depoimentos de trabalhadores, ex-servidores, ex-docentes e alunos que narram sua relação com a ESP-MG e as experiências adquiridas pelos conhecimentos das práticas de ensino e serviço.

● Relatório

A ESP-MG lançou em março o seu Relatório de Gestão 2015, elaborado com a colaboração de todas as equipes da Escola. A publicação apresenta a análise dos processos desenvolvidos ao longo de 2015 de forma crítica e com uma abordagem qualitativa, para além da descrição numérica dos resultados produzidos. A edição do Relatório foi mais um exercício de Gestão Participativa, em que todos tiveram a oportunidade de contribuir, não apenas na tomada de decisão, mas também na apresentação de seu trabalho. O Relatório de Gestão está disponível para *download* no site: <http://www.esp.mg.gov.br>.

● Oficinas

Desde maio de 2016, as aulas das **Oficinas sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)** tiveram início na ESP-MG. Essa é uma ação da ESP-MG, em parceria com a Coordenação de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG). O objetivo é promover a educação permanente de profissionais para a implantação e o desenvolvimento de práticas de atenção a pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso

GIRO PELA SAÚDE

Notas curtas sobre o Sistema Estadual de Saúde de Minas Gerais

acontecem mensalmente, sempre na 2ª segunda-feira de cada mês e são abertas ao público.

● Aniversário

A ESP-MG chega aos seus 70 anos (1946-2016) comemorando a participação de várias figuras importantes que passaram por suas salas de aula e que reconhecem o importante papel da instituição no cenário da saúde pública e coletiva, bem como na formação e qualificação para o Sistema Único de Saúde (SUS). Quem

de álcool e outras drogas, no contexto das Redes de Atenção Psicossocial de Minas Gerais. Novas turmas iniciam-se em agosto de 2016.

● **Qualificação**

Fruto da parceria entre a ESP-MG e o Hospital Sofia Feldman, de Belo Horizonte (MG), o curso “**Trabalho e Educação em Saúde: potencialidade e desafios para a preceptoría no Hospital Sofia Feldman**” qualificou, até o fim do primeiro semestre de 2016, mais duas turmas. A ação educacional tem como propósito a contribuição para a qualificação dos preceptores dos programas de residência do hospital, no âmbito da Educação Permanente. Em 2015, 52 profissionais de saúde do Sofia Feldman foram qualificadas em 36 horas de curso, dividido em três eixos de discussão: 1) Trabalho e Educação em Saúde; 2) O Exercício da Preceptoría; 3) Recursos Didático-Pedagógicos. As aulas foram presenciais e a distância.

● **Homenagem**

A ESP-MG foi homenageada pela passagem dos seus 70 anos. A solenidade foi conduzida pela Comissão de Saúde da ALMG. Criada em 3 de junho de 1946, momentos relevantes como a participação da ESP-MG na Reforma Sanitária, na Reforma Psiquiátrica, na sobrevivência a ditaduras e na formação de ex-alunos que se tornaram importantes sanitaristas e ministros da saúde foram citados na homenagem.

● **Aniversário**

A **Fundação Ezequiel Dias (Funed)** completou 109 anos no

dia 3 de agosto. Fundada em 1907, a Fundação é vinculada à SES-MG e age de forma integrada com todo o **Sistema Único de Saúde (SUS)**, na promoção e na proteção da saúde. Com diferentes áreas de atuação, a Funed garante a integração e a qualidade de seus processos por meio da implementação, desde 2003, de um Sistema de Gestão da Qualidade, certificado pela ISO 9001:2008. Na área de Pesquisa e Desenvolvimento, mantém sua tradição e é referência na pesquisa

e técnicos, manuais, dicionários, periódicos científicos, teses, relatórios institucionais, catálogos, informes técnicos, documentos iconográficos, objetos tridimensionais e um Banco de Separatas, somando 75.848 itens. O usuário tem livre acesso ao material, contando com a ajuda profissional para a recuperação de alguma informação que exija um processo mais elaborado de pesquisa.

● **Publicação**

A Funed lançou um Guia de Aves que contém 58 espécies, catalogadas desde 2007, nas dependências da Fundação, com o objetivo de sensibilizar os servidores e a população para a importância da preservação dos ambientes naturais e para a elaboração de um paisagismo voltado à sustentabilidade. O trabalho foi coordenado pelo biólogo Ricardo Maciel e pela estudante de Ciências Biológicas, Beatriz Gherard Machado.

● **Vacina**

No mês de março, o Serviço de Processamento Final da Unidade V – fábrica de produtos biológicos da Fundação Ezequiel Dias – embalou o primeiro lote da vacina Men C (meningite C) na própria Fundação. Essa ação significa a conclusão da Fase 2 da transferência de tecnologia da vacina, atendendo ao cronograma proposto pelo Ministério da Saúde.

● **Ciência**

A Diretoria de Pesquisa e Desenvolvimento da Funed realiza, todas as quartas-feiras, o Programa Quarta às Onze, que visa divulgar



científica, no que diz respeito a veneno de serpentes, aranhas, escorpiões e abelhas. Além disso, busca gerar conhecimento e desenvolver potenciais produtos para a aplicação na área da saúde, visando à descoberta de novos princípios ativos para medicamentos e de produtos necessários para tratamento e diagnóstico de doenças.

● **Biblioteca**

A Funed possui uma biblioteca centenária, com um acervo que reúne uma coleção de livros científicos

os trabalhos de estagiários, bolsistas e pesquisadores, bem como seminários com temas relacionados às linhas de pesquisa científica no Sistema Único de Saúde (SUS), como forma de popularizar a ciência para a comunidade. O momento é ideal para suscitar o conhecimento, informar os participantes e interagir com eles.

● Reconhecimento

A Funed foi convidada pela Associação Mineira de Empresas de Biotecnologia e Ciências da Vida (Ambiotec) a ocupar a cadeira de primeira sócia benemérita da Associação. A carta foi assinada pelo presidente da Fundação, Renato Fraga, no mês de abril.

● Referência

O Laboratório de Vírus Respiratórios da Funed é referência em Minas Gerais no diagnóstico de nove diferentes vírus respiratórios, dentre eles o de Influenza A. Essa instituição faz parte da rede de laboratórios do Ministério da Saúde e recebe para análise amostras de todos os municípios do Estado em casos de síndrome respiratória aguda grave.

● Produção

A Implantação de Produção Mais Limpa na Fundação Hemominas foi estabelecida através de um projeto com apoio e parceria da Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde (CGSH/MS) e da Coordenação da Rede de Tecnologias mais Limpas (TECLIM), da Universidade Federal da Bahia. O objetivo é detectar oportunidades

de modificação nos procedimentos de trabalho para obter resultados com benefícios ambientais, econômicos e outras melhorias como desenvolver ações voltadas para o uso mais racional dos materiais e minimização da geração de resíduos na fonte. A ideia é levar as ações a todos os hemocentros da Rede Hemominas.

● Livro

A Fundação Hemominas e o Grupo Interdisciplinar de Pesquisa

GIRO PELA SAÚDE

Notas curtas sobre o
Sistema Estadual de
Saúde de Minas Gerais

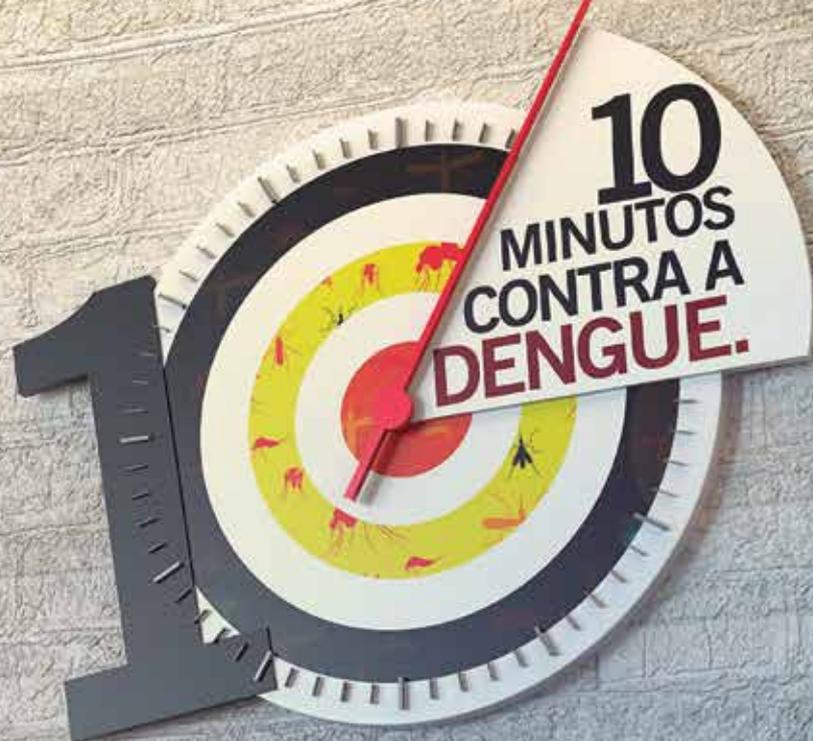
em HTLV (GIPH) realizaram em março (23/3) um minissimpósio e o lançamento da sexta edição do livro HTLV – Coleção Cadernos Hemominas. A Hemominas é a sede do GIPH, que atua, há mais de 20 anos, avaliando aspectos epidemiológicos, clínicos e laboratoriais dos portadores do HTLV e seus familiares. A versão eletrônica da publicação HTLV – Cadernos Hemominas está publicada no portal Hemominas: <http://www.hemominas.mg.gov.br/publicacoes>.

● Call Center

Um projeto recém-inaugurado pela aeC – Centro de Contatos SA, empresa prestadora de serviço de Call Center do Estado de Minas Gerais, contemplou a “Operação Hemominas 155 – opção 8”, dentro da Ação “Ligação Premiada”. A premiação visa avaliar o atendimento e a motivação da equipe responsável pelos contatos telefônicos. São sete PAs (Pontos de Atendimento) e 14 atendentes que se revezam das 7h às 21h, de segunda a sexta-feira, e das 7h às 19h, aos sábados, domingos e feriados. Além de uma base de dados, os conteúdos disponibilizados no Portal da Fundação são a referência principal da equipe para prestar as informações solicitadas. O grande benefício do serviço é facilitar o acesso do cidadão às informações e aos serviços da Hemominas, dentre os quais o mais demandado é o agendamento para doação de sangue. A média é de 400 atendimentos por dia.

● Encontro

Entre os dias 15 e 17 de junho, a Fundação Hemominas realizou o **VII Encontro de Pesquisadores**, reunindo profissionais das diferentes unidades da instituição, promovendo a integração da equipe, a apresentação dos resultados alcançados e a divulgação dos avanços técnico-científicos. Durante o encontro, também acontece o **X Seminário de Iniciação Científica da Fundação Hemominas**, quando os alunos de iniciação científica de diversos cursos da área da saúde mostram os resultados de seus projetos e participam de discussões por ocasião da apresentação de pôsteres e palestras. ■



TIRE UM TEMPINHO E TOME UMA ATITUDE

Para enfrentar o *Aedes aegypti* - que também transmite Chikungunya e Zika, é preciso a união de toda sociedade. Que tal reservar dez minutos semanais para fazer uma vistoria completa na sua casa, escola ou no ambiente de trabalho e, desta forma, eliminar qualquer possibilidade de água parada? É simples e rápido. Mobilize os seus familiares e amigos.

Saiba mais:
www.saude.mg.gov.br/aedes



SaudeMG



@SaudeMG



@saudemg



Saúde MG



blog.saude.mg.gov.br

IOC
Instituto Oswaldo Cruz



SUS+

MINAS
GERAIS
GOVERNO DO ESTADO

SES-MG PROMOVE AÇÕES DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO AO *Aedes Aegypti*

Parceria com vários setores da sociedade busca sensibilizar o cidadão sobre as questões relacionadas à saúde pública

Por Fernanda Rosa

“**M**obilizar é convocar vontades para atuar na busca de um propósito comum, sob interpretação e sentido também compartilhados”. A frase é do filósofo e educador colombiano, Bernardo Toro, considerado um dos pilares dos estudos de **mobilização social** que, no contexto da saúde pública, busca sensibilizar as pessoas sobre as questões de prevenção, cuidado, tratamento e bem-estar individual e coletivo para o fortalecimento do **Sistema Único de Saúde (SUS)**.

Dentro desta proposta, a **Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG)** conta, desde 2004, com um **Núcleo de Mobilização Social**, ligado diretamente à Assessoria de Comunicação Social da SES-MG. Além das ações de promoção à saúde, um dos carros-chefes deste setor são as atividades ligadas ao controle, prevenção e

tratamento do *Aedes aegypti*, mosquito transmissor da Dengue, Zika Vírus e Chikungunya, sempre em parceria com prefeituras, associações, escolas, outros órgãos públicos e a iniciativa privada.

“Mobilização é uma ação de comunicação. Do ponto de vista do planejamento e gerenciamento, seria interessante contar com um profissional de comunicação envolvido nesse processo. Mas toda e qualquer pessoa, independente do grau de escolaridade ou ramo de atuação, pode ser um mobilizador, uma vez que a mobilização social consiste em convocar vontades”, explica o coordenador do Núcleo de Mobilização Social da SES-MG, Joney Fonseca Vieira.

Joney destaca ainda que o controle de vetores, a assistência médica e a mobilização social formam um tripé responsável por sustentar o

esforço de enfrentamento ao mosquito. “Num primeiro momento, alguns anos atrás, nosso papel era o de informar quais eram as formas de prevenção. Isso hoje em dia já não é mais um desafio. O desafio é levar os cidadãos a pôr em prática às ações de prevenção para eliminar os focos do mosquito da dengue e, dessa forma, envolvendo os diferentes representantes da sociedade”.

Atualmente, o Núcleo integra uma estrutura mais ampla, organizada numa rede de mobilização social, composta, atualmente, por um núcleo central, 28 núcleos regionais e 657 núcleos municipais identificados. Dentre as atribuições do Núcleo Central estão gerir e supervisionar a Rede de Mobilização Social e identificar parceiros em âmbito estadual. E para desempenhar suas funções de forma eficiente, as regionais de saúde exercem um papel fundamental,

com a função de incentivar os municípios a criarem seu núcleo de mobilização (ou ajudá-los a tomar consciência a respeito do trabalho que já executam).

Nesta perspectiva, no final de 2015, a SES-MG lançou a campanha “10 Minutos Contra a Dengue” (www.saude.mg.gov.br/aedes), baseada em estudos da Fiocruz. O mote da campanha é, justamente, alertar a população sobre a importância de reservar 10 minutos da sua semana para fazer uma vistoria em casa, na escola ou no trabalho para eliminar qualquer possibilidade de foco do mosquito *Aedes aegypti*, o que não

deixa de ser também uma ação de mobilização. “Buscamos sensibilizar o cidadão e mostrar que, além do esforço do governo, ele também é responsável pela sua própria saúde e pela saúde coletiva. É uma forma de levarmos a mensagem da campanha publicitária no sentido de mobilizar as pessoas e fazer com que elas reflitam sobre o que é possível fazer para controlar a proliferação do vetor”, comenta Joney Vieira.

Parceria

Se a proposta da mobilização social é sensibilizar os diversos setores da sociedade, a função dos parceiros

é primordial para atingir este objetivo. Ednilson Alves Ferreira, guarda municipal no município de Sabará, é um dos 124 parceiros do núcleo estadual de mobilização e conta com a participação das crianças nas ações de enfrentamento ao mosquito.

Caminhadas com panfletagem, blitz educativas, palestras nas escolas e mutirões de limpeza promovidos pela prefeitura são algumas das atividades desenvolvidas há seis anos. “É muito importante contarmos com as crianças, porque elas são verdadeiramente comprometidas. Além disso, é bom despertar nesse público, desde cedo, a



responsabilidade de criarmos um mundo melhor”.

O Banco do Brasil também é um dos parceiros da SES-MG. Com iniciativa da equipe do Serviço Especializado em engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) – Gestão Regional de Minas, são desenvolvidas ações com objetivo de conscientizar os funcionários e leva-los à prática efetiva de hábitos que previnam a proliferação dos focos do mosquito.

De acordo com o chefe do SESMT, Roberto Tavares Gurgel, “são feitas vistorias semanais em todas as unidades do Banco do Brasil, com o

objetivo de detectar possíveis focos do mosquito. Dentre as outras iniciativas, destacamos: disponibilização do curso autoinstrucional “Combate ao mosquito Aedes Aegypti” por meio da Universidade Corporativa Banco do Brasil (UniBB), acessível a todos os funcionários; distribuição da cartilha “10 Minutos contra a Dengue” para as unidades do BB em Minas Gerais; palestra e blitz educativas; mensagens com orientações para enfrentamento ao mosquito e informações sobre Dengue, Chikungunya e Zika vírus; participação nas reuniões semanais que acontecem na Sala de Comando Operacional

de Combate ao mosquito Aedes, na Cidade Administrativa. Como parte da campanha de conscientização, as telas dos terminais de autoatendimento do Banco também divulgam mensagens educativas”, completa.

Ainda de acordo com Roberto Tavares Gurgel, a sensibilização sistemática sobre o enfrentamento ao Aedes contribui para a conscientização de que todos somos responsáveis pela erradicação do mosquito transmissor da Dengue, Chikungunya e Zika. “Imbuídos do espírito público que sempre pautou nossas ações, temos o compromisso de assegurar que em nenhuma





dependência do Banco exista foco do mosquito. Também reconhecemos o potencial dos funcionários do BB em multiplicar essa ação junto aos familiares e clientes”.

Regional

A jornalista Tânia Corrêa Machado, assessora de comunicação da Regional de Saúde de Varginha, explica que os municípios são estimulados, frequentemente, a identificar a existência ou a criar os Núcleos Municipais de Mobilização Social. “Este espaço permite que os profissionais da saúde, que se tornam referências em Mobilização, passem a contar com o amparo de uma equipe composta da forma

mais diversa possível, de modo que alcance os mais diferentes públicos com a mensagem da saúde”, revela.

Tânia destaca ainda que é muito importante a formação da consciência do cidadão de que a situação pede mais do que simplesmente prevenção e assistência. “É necessário que haja engajamento, compromisso e real envolvimento de toda a equipe da administração municipal, assim como da população e dos demais parceiros que são de fundamental importância na aceitação, divulgação e propagação da mobilização social.”

De forma pioneira, a SRS Varginha criou um boletim mensal chamado “É Mobilização!” que, além de expor de forma leve e dinâmica o

trabalho em Mobilização Social realizado pelos municípios, promove reconhecimento, divulga, incentiva e estimula as demais cidades a realizarem trabalhos deste caráter.

“O mais prazeroso é ter acesso a conteúdos de ações realizadas pelos municípios que mostrem toda a sociedade envolvida em uma causa que, aparentemente, é da saúde pública, mas que movimenta todos os setores e nichos da sociedade em prol do bem comum. É maravilhoso poder ter o retorno das ações, seja em relatos, seja por meio de fotos das ações muitíssimo bem organizadas, seja por meio de dados epidemiológicos que comprovam a eficácia do mobilizar”, revela Tânia. ■

SAÚDE EM CENA

O Grupo de Teatro “Saúde em Cena”, pertencente ao Núcleo de Mobilização da SES-MG, foi criado em 2007 e é formado por servidores voluntários da Secretaria Estadual de Saúde. Cientes do poder mobilizador do teatro, o objetivo do grupo é sensibilizar o público das mais diferentes idades sobre as questões relacionadas à promoção da saúde e ao enfrentamento das doenças relacionadas ao mosquito *Aedes aegypti*.

A última apresentação do grupo aconteceu em abril deste ano, no qual foi encenada a peça “Deu a Louca no Mundo da Fantasia” – espetáculo direcionado às crianças e aos funcionários da creche Senhora da Paz, em Santa Luzia, na Região Metropolitana de Belo Horizonte. A história conta as aventuras de Maria e o Porquinho Pedrito contra a bruxa Eca e o *Aedes aegypti*. A proposta da peça é conscientizar o público sobre a importância de cada um fazer a sua parte, evitando, assim, a proliferação do mosquito.

De acordo com a referência técnica do Núcleo de Mobilização da SES-MG e integrante do grupo teatral, Susan Prado Aun, a mobilização sugere um conceito de mobilidade, movimento, e o teatro também é mobilidade. “Quando estamos no palco, apresentando algo mágico acontece. As crianças participam, torcem para o lado do bem, torcem contra o mosquito e interagem o tempo todo. Nesse momento existe uma troca significativa de conhecimentos e perspectivas de mudanças tanto para nós enquanto pessoas, quanto para as crianças que assimilam a informação e se divertem. E o melhor é que as crianças são mobilizadoras natas e levam essas informações para o seu meio de convivência. O teatro é uma boa solução para se trabalhar temas de saúde pública de forma mais efetiva!”, reforça.

APRESENTAÇÕES DO GRUPO DE TEATRO “SAÚDE EM CENA”

Ano	Quantidade de Apresentações
2007	11
2008	10
2009	33
2010	17
2011	37
2012	20
2013	15
2014	5
2015	8
2016	2
Total	158

Estimativa de público:
120.151 pessoas já assistiram
as apresentações



The logo features a large, stylized '70' where the '0' is a circle with a gap. To the right of the '70' is the word 'ANOS' in a bold, sans-serif font, and below it, the years '1946-2016' in a smaller font. The background of the entire page is a collage of historical and contemporary images related to the school, including a building with the sign 'ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA', a group of men in suits, and a group of students in a classroom.

70 ANOS
1946-2016

Em 2016, a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG) completa 70 anos de história e de compromisso com a Saúde Pública e Coletiva. Sete décadas formando, capacitando e qualificando profissionais e outros atores sociais para os serviços públicos de saúde. Nesse ano comemorativo, a Escola se mostra mais viva e atuante no Sistema Único de Saúde (SUS), com a criação e o desenvolvimento de dispositivos internos de gestão participativa e assumindo o protagonismo na implantação da Política Estadual de Educação Permanente.

***No caminho da educação permanente
e da gestão participativa!***



PARCERIAS E EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA DENGUE, DO ZIKA VÍRUS E DA CHIKUNGUNYA

No ano em que completa 70 anos, a ESP-MG se mostra engajada e aberta a parcerias multissetoriais para eliminar os focos do *Aedes aegypti*.

Por Ricarda Caiafa

Não é de hoje que a população brasileira convive com o mosquito *Aedes aegypti*. De acordo com os registros históricos do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz), os primeiros relatos de dengue no Brasil datam do final do século XIX, em Curitiba (PR), e do início do século XX, em Niterói (RJ). Com isso, no início do século XX, o vetor já era um problema de saúde pública em todo o território nacional, não só pela dengue, mas sobretudo pela febre amarela.

Os registros da IOC/Fiocruz mostram que, em 1955, o Brasil conseguiu diminuir significativamente os focos do mosquito *Aedes aegypti* como resultado de medidas para controle da febre amarela. Dentre as ações daquela época, está a criação das Escolas de Saúde Pública, que tinham como missão capacitar profissionais de saúde para o enfrentamento de arboviroses,

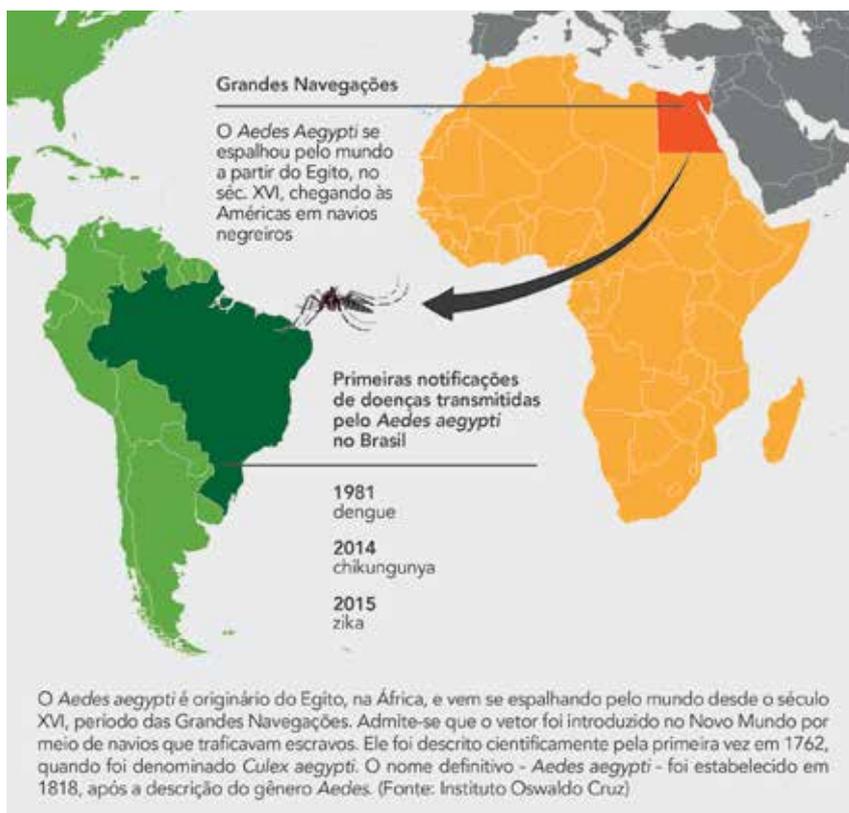
esquistossomose e ancilostomose (amarelão), além de outras doenças.

Em Minas Gerais, no ano de 1946, por meio do processo de reestruturação do Departamento de Higiene do Estado de Minas Gerais, foi criada em 3 de junho, pelo Decreto nº 1.751/1946, a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG). Hoje, completando 70 anos de existência, a ESP-MG é uma das vinculadas ao Sistema Estadual de Saúde de Minas Gerais, juntamente com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), a Fundação Ezequiel Dias (Funed) e a Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais (Hemominas).

“Ao longo desses 70 anos, foram mais de 290 mil egressos de ações educacionais, abrangendo quase todos os 853 municípios mineiros.

Foram mais de 9.000 docentes, técnicos, analistas e gestores envolvidos em atividades educacionais de capacitação, aperfeiçoamento e formação de profissionais e demais atores implicados com os serviços de saúde. Além disso, é importante ressaltar o fato de que diversos ícones da Saúde Pública brasileira e outros atores estratégicos para os serviços públicos de saúde mineiros foram docentes ou alunos da Instituição”, afirma a diretora-geral da ESP-MG, Roseni Senna.

Na qualidade de centro formador de profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS), a ESP-MG tem se preocupado em inserir, em cursos, palestras, debates e seminários realizados na instituição, a discussão sobre o enfrentamento das doenças causadas pelo mosquito *Aedes aegypti*, entendendo que essa situação epidemiológica exige esforços da comunidade, dos profissionais de saúde e dos gestores.



Com isso, a ESP-MG também tem aberto suas portas para a comunidade discutir, refletir e fomentar a mobilização de toda a sociedade para o enfrentamento do vetor. Em março deste ano, a Escola realizou uma palestra sobre o controle do mosquito da dengue com o biólogo e pesquisador do Centro de Pesquisas René Rachou (Fiocruz Minas), Fabiano Duarte Carvalho. O tema do encontro foi “*Aedes aegypti*: conhecer para controlar”.

O evento teve participantes da área acadêmica, servidores da SES-MG, estudantes da Escola Estadual Francisco Sales (especial para deficientes auditivos), que tiveram a tradução simultânea, e também participação de agentes comunitários e de endemias, além de representantes de Conselhos Regionais de Saúde – como o de Enfermagem –, mostrando que a intersetorialidade tem de estar presente nesse tema.

Para Meire Aparecida, agente de Endemias no município de Caeté (Região Metropolitana de Belo Horizonte, em Minas Gerais) e que atua como supervisora de Coordenação de Campo, a palestra ofertada pela ESP-MG vai somar para o controle do *Aedes aegypti* no município. “Estou aqui como multiplicadora e tenho certeza de que as informações apreendidas vão direcionar para um trabalho mais efetivo em Caeté”, diz.

Na opinião do biólogo da Fiocruz Minas, Fabiano Duarte Carvalho, o retorno dessa ação mobilizadora, que vem sendo desenvolvida em várias instituições, é muito relevante para disseminar os conceitos de prevenção por toda a população. “Temos tido retornos muito positivos. Em uma determinada escola, ministrei palestra para poucos alunos, três a quatro representantes de cada sala, que depois estudaram e repassaram para seus colegas o

conteúdo da palestra. Os alunos se esforçaram para passar o recado. Em outra escola, os funcionários estão implementando ações de sensibilização e prevenção”, revela.

Outra iniciativa da ESP-MG refere-se à participação em projetos na temática de mobilização, controle e enfrentamento do *Aedes aegypti*, em parceria com o Centro de Pesquisas René Rachou (Fiocruz Minas). Nesse sentido, a servidora Rose Ferraz Carmo da ESP-MG representa a instituição nessa iniciativa e coorienta a tese de doutorado de outra servidora sobre o tema, Danielle Costa Silveira. As servidoras têm participado de discussões sobre a proposta da Fiocruz Minas de implantação de um programa de vigilância comunitária, visando o fortalecimento da mobilização social no país para o enfrentamento de dengue, zika vírus e chikungunya.

O projeto, sob coordenação da pesquisadora Zélia Profeta, diretora da Fiocruz Minas, prevê a criação de Comitês de Vigilância Comunitária nos territórios, com o intuito de mobilizar moradores e lideranças locais, estimulando a participação de todos a partir de ações práticas e de reflexão, empoderando a comunidade. Tendo como referência a realidade que vivenciam, eles deverão ser capazes de pensar formas de atuar no enfrentamento dessas doenças, com ações voltadas para o controle do vetor, redes de solidariedade e propostas de políticas públicas que contribuam para territórios menos vulneráveis.

A servidora da ESP-MG Danielle Silveira, envolvida nesse projeto, explica que “a proposta é de que a atuação do comitê promova o diagnóstico do território, planejamento de ações, bem como vigilância, monitoramento e avaliação das

atividades realizadas, e esse trabalho será pautado pela perspectiva da educação popular, atendendo às especificidades de cada território”.

A ESP-MG também tem contribuído para a discussão do tema em outros espaços por meio da realização de palestras externas. Como exemplo, a participação da coordenadora do Núcleo de Atenção Primária e Vigilância em Saúde da Escola, Danielle Silveira, que conversou com os alunos da Escola Estadual Francisco Sales sobre o enfrentamento do mosquito *Aedes aegypti*. “Abordar esse tema na comunidade é muito relevante. É uma estratégia para troca de experiências e de esclarecimento de dúvidas, possibilitando ainda o alcance de outras pessoas mediante a multiplicação das informações”, conclui. ■



UMA
DOAÇÃO
SALVA ATÉ
QUATRO
VIDAS

doe sangue



CONHEÇA OS CRITÉRIOS E SE CANDIDATE À DOAÇÃO DE SANGUE:

- Ter e estar em boa saúde
- Pesquisar acima de 50kg
- Ter entre 16 e 69 anos de idade. Jovens de 16 e 17 anos podem doar, acompanhados pelo responsável legal, que deverá apresentar um documento de identidade e assinar a autorização no local de doação. Se desacompanhado, o jovem deverá apresentar os seguintes documentos do responsável legal:

autorização preenchida e assinada (modelo no site www.hemominas.mg.gov.br) e a fotocópia do mesmo documento de identidade constante na autorização. A partir de 61 anos, é necessário comprovar pelo menos uma doação anterior.

- Outras condições podem ser consultadas no site da Fundação Hemominas.

AGENDE SUA DOAÇÃO: LIGUE 155 OPÇÃO 8 OU ACESSSE WWW.HEMOMINAS.MG.GOV.BR



HEMOMINAS GARANTE SEGURANÇA NA TRIAGEM DE DOADORES DE SANGUE PARA A DETECÇÃO DE ARBOVIROSES

Dengue, Zika Vírus, Chikungunya e outras infecções são motivo de alerta durante todo o processo de coleta e doação de hemocomponentes realizado no SUS

Por Heloísa Dias Machado

Por meio do **Sistema Único de Saúde (SUS)**, os hemocentros têm papel estratégico na pesquisa, na coleta e na doação de sangue para os usuários que necessitam de transfusão nas mais diversas unidades de saúde. Mas o que muita gente não sabe é que esses locais também realizam um importante processo de segurança na triagem de doadores de sangue para a detecção de arboviroses, tais como dengue, zika vírus e chikungunya.

No Estado, a **Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais (Fundação Hemominas)** adota um rigoroso processo de triagem clínica para resguardar a saúde de quem recebe o sangue doado por meio do SUS. Na literatura clínica, existem relatos de detecção dos arbovírus em sangue de doadores, e, portanto, é considerada possível a transmissão por transfusão. Há, porém, um consenso na área de que são necessários mais estudos para definir a eficácia dessa transmissão e capacidade de infectar os receptores.

Ainda, há relatos de transmissão transfusional de outros vírus também habitualmente transmitidos por insetos. Além disso, é alto o percentual de pessoas que se infectam com esses arbovírus e não apresentam sintomas. Estima-se que até 80% dos casos de dengue e zika vírus e 25% de chikungunya sejam assintomáticos.

“A detecção de bolsas de sangue positivas para os vírus da dengue, zika vírus e chikungunya pode se mostrar muito importante porque existem alguns grupos de pacientes que podem sofrer graves consequências da infecção por esses arbovírus. Dentre esses casos especiais, podemos destacar os pacientes com anemia falciforme. Alguns estudos recentes indicam que os casos de dengue nesses pacientes podem evoluir facilmente para quadros mais graves, podendo levar à morte uma proporção significativamente maior desses indivíduos quando comparados ao resto da população”, explica a gerente de Desenvolvimento Técnico-Científico da Hemominas, Marina Lobato Martins.

Uma vez informado o aparecimento de sinais e sintomas de arbovirose em um doador de sangue, a Hemominas providencia o descarte dos componentes do sangue que ainda estejam estocados. Caso algum hemocomponente tenha sido transfundido, a Fundação comunica o fato ao médico responsável pelo serviço de hemoterapia onde ocorreu a transfusão para que esse acompanhe o receptor de sangue.

“Esta medida permite o diagnóstico de eventual transmissão transfusional de arbovírus e a adoção de medidas de suporte médico necessárias, uma vez que não há tratamento específico para tais doenças. Ao mesmo tempo, a troca de informações entre a Hemominas e os profissionais que acompanham os receptores poderá contribuir para melhor compreensão do impacto da transmissão desses vírus por transfusão de sangue”, salienta o médico Marcelo Eduardo de Lima Souza, da Gerência de Hematologia e Hemoterapia/Diretoria Técnica.

Outro ponto importante é que não existem ainda no Brasil exames

disponíveis para a realização da triagem laboratorial das arboviroses em bancos de sangue, apenas testes para diagnóstico. Daí a importância de candidatos à doação informarem sintomas que possam estar correlacionados a arboviroses, como febre, dores articulares e musculares, manchas pelo corpo pruriginosas ou não, vermelhidão nos olhos, dor de cabeça, inchaço, dor de garganta, tosse, vômitos e presença de sangue no sêmen, que tenham ocorrido nos 30 dias que antecederam à candidatura à doação.

“Não existe nenhum risco para os doadores durante o processo de doação e é de vital importância manter os estoques de sangue dentro dos limites de segurança. Os candidatos à doação são entrevistados e somente aqueles que apresentarem risco clínico e epidemiológico para transmissão de doenças não poderão doar sangue”, completa Marcelo Eduardo.

Segurança transfusional

A transmissão de agentes infecciosos para pacientes que recebem

transusão de hemocomponentes é uma preocupação constante nos bancos de sangue, mesmo após a implantação de testes sorológicos e de biologia molecular. Hoje em dia, o número de pessoas que transitam entre diferentes países e continentes é alto, levando à disseminação de agentes emergentes antes restritos a áreas endêmicas.

Com o objetivo de aumentar o conhecimento sobre a transmissão dos vírus da dengue, zika vírus e chikungunya por transfusão de sangue, a Fundação Hemominas realizará um projeto de pesquisa que tem como principal objetivo investigar a prevalência desses vírus em doadores de sangue no Estado de Minas Gerais. A equipe do projeto, que envolve vários setores da área técnica da instituição, avaliará doadores de sangue do Hemocentro de Belo Horizonte utilizando o teste de ácidos nucleicos (NAT), que permite a detecção do material genético (RNA) dos vírus transmitidos pelo mosquito *Aedes aegypti*.

Os doadores positivos para o RNA viral serão avaliados quanto aos aspectos como a ocorrência de sintomas relacionados à zika, febre chikungunya e dengue, a reatividade para testes sorológicos (presença de anticorpos no sangue), a carga viral (quantidade de vírus circulante no sangue) e o sorotipo/linhagem dos vírus (características específicas de cada um dos vírus).

“Pretende-se também avaliar a presença dos vírus infectantes nos diversos hemocomponentes após processamento e estoque, o que realmente poderá fornecer informações quanto à possibilidade de transmissão dos vírus aos pacientes que recebem transfusão”, explica a coordenadora do Núcleo de Inovação Tecnológica da Fundação Hemominas (INOVHEMOS), Maria Clara Fernandes da Silva Malta. ■



No Blog da Saúde MG, você acessa pelo QR Code, ao lado, um artigo da presidente da Fundação Hemominas, Júnia Guimarães Mourão Cioffi, sobre viroses, transfusões de sangue e doações voluntárias. Ou ainda, você confere o texto pelo link: <http://goo.gl/RgjSzp>.

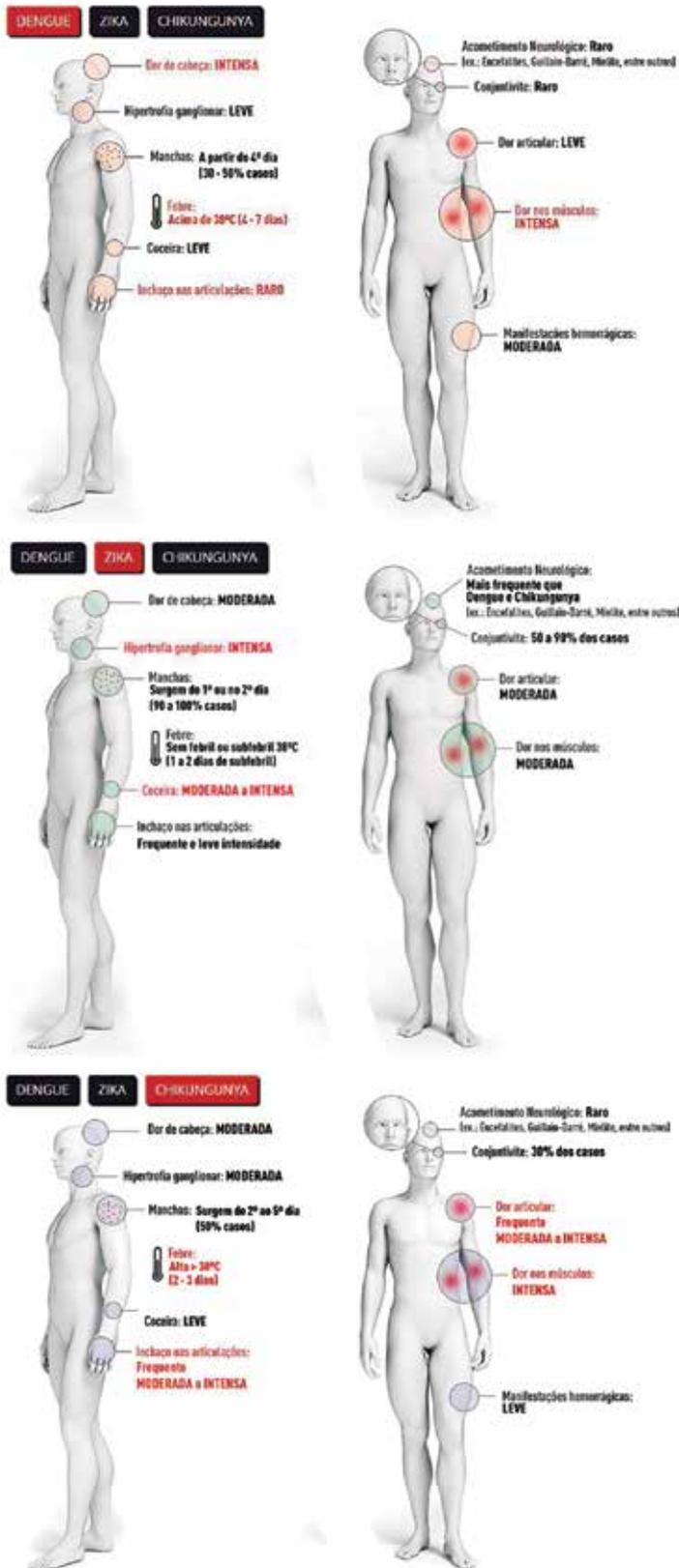


CRITÉRIOS DE TRIAGEM

Em 10 de dezembro de 2015, a Coordenação Geral do Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde publicou uma primeira nota técnica informando a necessidade de se adotar critérios quanto à doação de sangue para as arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti*. Foi definido que, em áreas não endêmicas (livres ainda de transmissão das doenças), seria adotado o prazo de 30 dias de inaptidão para pessoas que tivessem viajado para áreas com transmissão ativa (endêmicas).

Em relação às três arboviroses, foi estabelecido o prazo de 30 dias após o término dos sintomas para realizar a doação. Em caso de dengue hemorrágico, é necessário aguardar seis meses após a cura. Ainda, se nos 14 dias após a doação de sangue apresentar sintomas de processos infecciosos, o doador deverá informar isso ao serviço de hemoterapia em que doou para que seja possível resgatar eventuais hemocomponentes e/ou acompanhar os receptores.

A Gerência de Hematologia e Hemoterapia da Diretoria Técnico-Científica encaminhou protocolo com as figuras “Saiba reconhecer os Sintomas da Dengue, Zika Vírus e Chikungunya” (veja ilustrações) para todas as unidades da Rede Hemominas objetivando chamar a atenção para os sintomas de cada uma das arboviroses. Também foi criado o protocolo “Registro de caso suspeito/comprovado – arbovirose pós-doação”. O protocolo foi implantado em 16 de março deste ano e registra todas as informações na ficha do doador, possuindo ainda formulários para os hospitais.



Ao apresentar os sintomas, é importante procurar um serviço de saúde e não tomar medicamentos por conta própria.



A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Fhemig é uma das maiores gestoras de hospitais públicos do país, abrangendo diversas especialidades de serviços hospitalares prestados à comunidade e vinculada ao Sistema Único de Saúde - SUS.

FHEMIG[®]
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS

CONHEÇA A FHEMIG

COMPLEXO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Hospital João XXIII (HJXXIII) - Belo Horizonte
Unidade Ortopédica Galba Veloso (UOGV) - Belo Horizonte
Hospital Maria Amélia Lins (HMAL) - Belo Horizonte
Hospital Cristiano Machado (HCM) - Sabará
Hospital Infantil João Paulo II (HIJPII) - Belo Horizonte

COMPLEXO DE HOSPITAIS GERAIS

Hospital Júlia Kubitschek (HJK) - Belo Horizonte
Hospital Regional Antônio Dias (HRAD) - Patos de Minas
Hospital Regional João Penido (HRJP) - Juiz de Fora
Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo (HGBJA) - Barbacena

COMPLEXO DE ESPECIALIDADES

Maternidade Odete Valadares (MOV) - Belo Horizonte
Hospital Alberto Cavalcanti (HAC) - Belo Horizonte
Hospital Eduardo de Menezes (HEM) - Belo Horizonte

COMPLEXO DE SAÚDE MENTAL

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB) - Barbacena
Hospital Galba Veloso (HGV) - Belo Horizonte
Centro Mineiro de Toxicomania (CMT) - Belo Horizonte
Instituto Raul Soares (IRS) - Belo Horizonte
Centro Psíquico da Adolescência e Infância (CEPAI) - Belo Horizonte

COMPLEXO DE REABILITAÇÃO E CUIDADO AO IDOSO

Casa de Saúde São Francisco de Assis (CSSFA) - Bambuí
Casa de Saúde Santa Izabel (CSSI) - Belim
Casa de Saúde Santa Fé (CSSFE) - Três Corações
Casa de Saúde Padre Damião (CSPD) - Ubá



Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

Tel.: (31) 3229-9500 / 3229-9507 | Fax: (31) 3229-9534

www.fhemig.org.br | twitter.com/fhemig | facebook.com/comunicafhemig

FHEMIG MOBILIZA SUA REDE HOSPITALAR PARA O ENFRENTAMENTO AO MOSQUITO *Aedes Aegypti*

Rede de unidades de saúde em Minas Gerais está qualificada para o tratamento de Dengue, Zika Vírus e Chikungunya

Por Samira Ziade

A grande quantidade de casos de doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti* neste ano provocou ações direcionadas ao enfrentamento e controle nas unidades de saúde sob responsabilidade da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig). Os hospitais da fundação, na capital e no interior, mobilizaram-se na assistência a pacientes com suspeitas e diagnósticos de dengue e na formação e atualização dos profissionais na identificação dos casos.

Foram realizadas ações educativas tendo como foco a campanha da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, “10 minutos contra a Dengue”, além de mutirões de limpeza em áreas localizadas na abrangência das unidades. Dentre as ações realizadas, o Hospital Júlia Kubitschek montou um Centro de

Atendimento à Dengue (CAD), que funcionou por aproximadamente 50 dias e ofereceu 20 leitos exclusivos para pacientes que contraíram a doença.

“As internações na Ala G do hospital foram extremamente importantes para evitar a espera dos pacientes classificados como ‘dengue com choque’ na Central de Internações e também minimizar os riscos de complicações causados pela dengue”, disse a gerente assistencial Inessa Beraldo de Andrade Bonomi, lembrando que foram admitidos pacientes de todas as regiões de Belo Horizonte.

A unidade atuou de forma intensa para o atendimento a pacientes com dengue. O Centro de Atendimento à Dengue (CAD) foi uma parceria entre a Prefeitura de Belo Horizonte e o Governo do Estado

de Minas Gerais via Fhemig. Os pacientes que chegavam à Unidade de Emergência do hospital passavam por triagem e, se apresentavam alguns sintomas de dengue, eram encaminhados ao centro, onde realizavam exames de sangue antes mesmo da consulta médica. Os pacientes que chegavam ao CAD eram classificados da seguinte maneira:

- A**: Sem sinal de alarme. Paciente recebia alta, e seu acompanhamento passava a ser feito no Posto de Saúde.
- B**: Com sinal de alarme. Paciente recebia hidratação venosa e medicação e era avaliado novamente após algumas horas.
- C**: Dengue com choque. Paciente necessitava de intervenção imediata, podendo ser necessário encaminhamento para CTI.



A Ala G da unidade foi adaptada para receber os casos de dengue que necessitavam de internação. O objetivo foi proporcionar maior praticidade e comodidade aos pacientes, já que o local possui maior ligação com a Unidade de Emergência, o que facilita o encaminhamento dos pacientes a quem a internação era recomendada.

Os pacientes também eram encaminhados via Central de Leitos e, em caso de aumento na demanda, havia a possibilidade de dobrar o número de leitos da ala, chegando a 40. Com a redução da procura por atendimento, a Ala G passou a receber também pacientes com outros problemas, não priorizando mais internações por dengue.

Abaixo, confira as ações realizadas nas outras unidades de saúde da Fhemig:

Hospital Infantil João Paulo II

Referência no atendimento a emergências clínicas pediátricas, doenças infectocontagiosas e

neuromusculares, o Hospital Infantil João Paulo II atendeu na Unidade de Emergência, de janeiro a abril, mais de 1.200 crianças com diagnóstico de dengue e internou outras dezenas, com média de 60 internações/mês.

De janeiro a abril, aumentou em dez vezes o número de casos suspeitos de dengue no HIJPII em relação ao mesmo período de 2013, quando foi registrado um surto. Segundo o diretor, Luís Fernando Andrade de Carvalho, nos meses de janeiro e fevereiro, de 20% a 30% dos atendimentos na Unidade de Emergência eram de suspeitos de dengue.

Os números de atendimento continuaram altos em março e abril, quando também houve aumento significativo nos casos de doenças respiratórias. “Nestes dois meses, a procura por atendimento chegou a mais de 300 por dia, com a sobreposição dos casos de dengue e de doenças respiratórias”, comentou o médico Luís Fernando. O HIJPII tem 150 leitos, dos quais 16 de UTI, 110 de internação e 24 leitos na sala

de observação da Urgência. “Neste período de sobreposição, a ocupação é de 100% desses leitos”, ressaltou Luís Fernando.

Hospital Alberto Cavalcanti

Na Unidade de Emergência do Hospital Alberto Cavalcanti, houve aumento de 50% no número de atendimentos entre dezembro de 2015 e abril de 2016. Segundo o gerente assistencial, Adriano Pivoto, o crescimento deveu-se a casos de dengue. Em janeiro, foram mais de 2 mil 300 atendimentos de diversos tipos de casos na Unidade de Emergência, ao passo que, em fevereiro, deram entrada quase 3 mil pacientes. O pico foi no mês de março e na primeira semana de abril, quando boa parte dos atendimentos era de suspeitas de dengue.

Durante todo esse tempo, o HAC atendeu aos casos suspeitos de dengue. Nas situações mais simples, os pacientes receberam hidratação na Unidade de Emergência. Os pacientes que necessitaram de

mais cuidados foram internados na enfermaria do próprio hospital ou encaminhados pela Central de Leitos a outras unidades.

Hospital Regional de Barbacena

No Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo, segundo o coordenador da Unidade de Urgência e Emergência, Júlio Cesar Amaral, diante do elevado número de casos suspeitos, foram montadas estratégias de direcionamento dos atendimentos, principalmente os de maior complicação, em consonância com os protocolos de classificação de risco e manejo do paciente do Ministério da Saúde.

O hospital recebe pacientes de Barbacena e região, e o número de atendimentos foi crescendo mês a mês. No mês de janeiro, foram notificados apenas seis casos, e, em abril, cerca de 100. Além dos atendimentos na Unidade de Urgência e Emergência, o hospital

disponibilizou leitos de internação nas enfermarias e na Unidade de Terapia Intensiva.

Casas de Saúde

As Casas de Saúde, antigas colônias de hansenianos, também se envolveram na atenção emergencial ao surto da dengue. Nas Casas de Saúde Padre Damião, em Ubá; Santa Fé, em Três Corações, e São Francisco de Assis, em Bambuí, foram colocados à disposição das prefeituras leitos para internação.

A Casa de Saúde Santa Izabel, em Betim, por meio do Pronto Atendimento do Hospital Orestes Diniz, acolheu e atendeu as intercorrências de dengue. O papel da CSSI no atendimento é no nível de urgência e secundário. Ao mesmo tempo que atendiam pacientes, as unidades realizavam ações de conscientização tanto com os funcionários como com os usuários. Foram realizadas limpeza nas áreas e palestras educativas.

Hospital Regional João Penido

O Hospital Regional João Penido, em Juiz de Fora, formou uma comissão para atuar no combate ao mosquito transmissor dos vírus da dengue, zika e febre chikungunya, ao mesmo tempo que se tornou referência para a região no atendimento a paciente com suspeita de síndrome de Guillain-Barré.

Como o hospital passou por obras de ampliação e reforma, a porta de entrada via atendimento de urgência e emergência ficou fechada, mas atendeu e internou casos suspeitos de dengue encaminhados por outros serviços de saúde. Nas ações adotadas contra o *Aedes aegypti*, foram realizadas rotineiramente rondas nas áreas externas da unidade para eliminação de possíveis criadouros e retirada de entulhos. Os funcionários participaram de palestras com infectologistas, sendo constante o diálogo com a Vigilância Epidemiológica de Juiz de Fora. ■



FUNDAÇÃO EZEQUIEL DIAS

A Funed afirma seu compromisso de manter-se como uma instituição pioneira no desenvolvimento de pesquisas, inovação científica e tecnológica. Sendo referência em vigilâncias, produção de medicamentos e no cuidado com a saúde pública de Minas e do Brasil.

Conheça mais:

www.funed.mg.gov.br

Acesse nossas redes sociais:



fb.com/funedMG



instagram.com/funedMG



twitter.com/funedMG



youtube.com/ACSFuned

Rua Conde Pereira, nº 80 - Gameleira,
CEP 30.510-010 - Belo Horizonte - MG
faleconosco@funed.mg.gov.br
SAC - 0800 283 1980



LABORATÓRIO DE ARBOVÍRUS DA FUNED REALIZA TRABALHO DE TRIAGEM PARA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NO SUS

Em Minas Gerais, o local realiza exames para diagnóstico de dengue, Zika, Chikungunya e febre amarela

Por Nayane Breder

Referência na América Latina para o desenvolvimento de pesquisas ligadas às doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti*, o **Sistema Único de Saúde (SUS)** – por meio da Vigilância Epidemiológica – é um dos poucos sistemas de saúde do mundo que atende mais de 190 milhões de pessoas e que cria estratégias em diversas áreas da saúde pública para o tratamento, o controle e o enfrentamento de dengue, Zika, Chikungunya e febre amarela.

Em Minas Gerais, não é diferente. Cada órgão do Sistema Estadual de Saúde é responsável por uma área de atuação e trabalha de forma interligada. Na Fundação Ezequiel Dias (Funed), por exemplo, o Laboratório de Arbovírus do Serviço de Virologia e Riquetsioses (SVR) é o

responsável por realizar exames para o diagnóstico dessas doenças. O SVR faz parte do Laboratório Central de Saúde Pública de Minas Gerais (Lacen/MG). Até 2014, os exames realizados eram apenas para diagnóstico de dengue e febre amarela.

Até 2014, os exames realizados no Laboratório de Arbovírus eram apenas para os diagnósticos de dengue e febre amarela. Neste ano, foi incluído o diagnóstico para Chikungunya e em 2016, para Zika. Além desses, o Lacen/MG realiza exames para o diagnóstico de outras das chamadas “febres hemorrágicas”, transmitidas por vírus e bactérias, que provocam sintomas semelhantes e são causadores de doenças como as hepatites virais, a leptospirose, a hantavirose e a febre maculosa.

De maior incidência no período de chuva e calor, a dengue - incluída neste grupo – também apresenta similaridade com as chamadas “doenças exantemáticas”, que causam manifestações cutâneas. Por isso, o diagnóstico diferencial entre esses agravos é muito importante.

Atentos a todas essas possibilidades, os analistas do SVR realizam um trabalho de triagem, com base na análise da ficha epidemiológica que é encaminhada com a amostra do paciente. “Por exemplo, quando uma amostra suspeita de Zika tem resultado negativo, pode-se investigar dengue e Chikungunya ou as outras patologias similares. A escolha do exame complementar se dá através da análise dos dados informados na ficha epidemiológica. Essa

medida é de grande ajuda para um tratamento adequado e eficiente”, explica a referência técnica do Laboratório de Arbovírus da Funed, Maira Alves Pereira.

É importante ressaltar que as análises realizadas pela Funed não são somente para diagnóstico, mas para **vigilância epidemiológica**, área do SUS responsável por detectar e coletar informações de fatores determinantes e condicionantes de saúde coletiva e controle de doenças. Nessa vigilância, é realizada também a sorotipagem dos vírus dengue e a subtipagem de vírus respiratórios, identificando o tipo de vírus que está circulando no momento e verificando como as epidemias se comportam, auxiliando as ações governamentais para mobilização e

DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

O Lacen/MG realiza exames de doenças de notificação compulsória, ou seja, comunicação obrigatória enviada à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, pelos profissionais de saúde ou pelos responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública.

combate às doenças, como no caso dos vírus transmitidos pelo *Aedes aegypti* e Influenza A H1N1.

Protocolo

Todas as amostras coletadas dos pacientes devem ser acompanhadas de uma ficha de investigação do **Sistema de Notificação de Agravos de Notificação (SINAN)**. Todos

os campos da ficha devem ser preenchidos, uma vez que seus dados são importantes na interpretação dos resultados. Dados considerados essenciais, como os principais sintomas e datas de início de sintomas e de coleta, direcionam para o tipo de exame mais adequado a ser realizado. A data de início dos sintomas no paciente e a data da coleta de sua



amostra são dados fundamentais, pois direcionam para o exame mais adequado a ser realizado.

Caso a amostra tenha sido coletada próximo ao dia em que o paciente teve os primeiros sintomas e o exame solicitado pelo médico seja a pesquisa de anticorpos, estes podem não ser detectados. “O tempo ideal para se coletar uma amostra para o diagnóstico sorológico de dengue, por exemplo, é após seis dias do início dos sintomas, visto que, só a partir desse período, é possível

detectar a presença de anticorpos IgM no sangue do paciente. Com uma ficha epidemiológica bem preenchida, o analista do laboratório pode tomar a decisão de realizar as outras análises”, ressalta Maira.

Da mesma forma, é essencial o cuidado na coleta, identificação, armazenagem e transporte das amostras, pois todos estes fatores podem interferir em um resultado fidedigno. Todas as instruções e informações necessárias estão no Manual de coleta, acondicionamento

e transporte de material biológico para exames laboratoriais da Fundação Ezequiel Dias, disponível no site www.funed.mg.gov.br.

Outro passo importante é o cadastro no sistema GAL – Gerenciador de Ambiente Laboratorial, onde são inseridos os dados da amostra e do paciente. Após as análises, o laboratório disponibiliza os resultados também neste sistema, quando o profissional de saúde terá acesso ao laudo para informar ao paciente e dar o acompanhamento necessário. ■

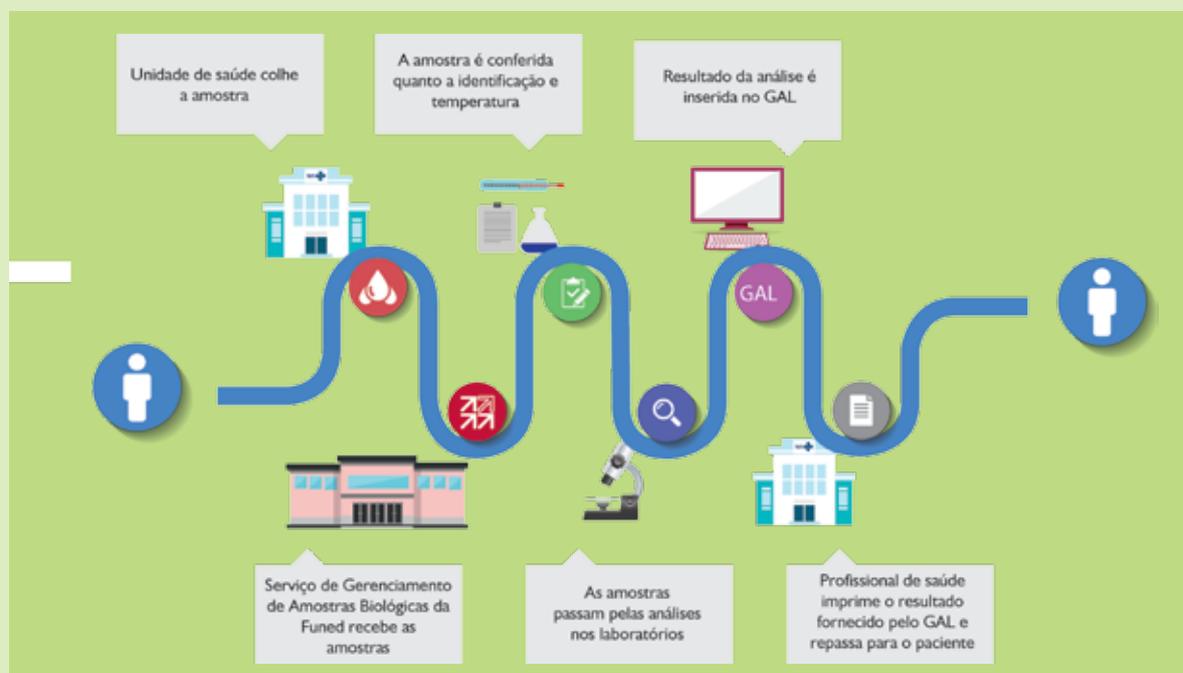
ENTENDA O FLUXO

As amostras são colhidas na unidade de saúde e encaminhadas para a Funed, sendo recebidas pelo **Serviço de Gerenciamento de Amostras Biológicas (SGAB)**, onde passam por conferência de temperatura, nome do paciente descrito na amostra e na ficha, se a amostra é a correta para a patologia solicitada, volume de amos-

tra, dentre outros. Esta primeira checagem acontece na bancada de conferência.

Após esse processo, acontece a numeração, quando há também uma segunda conferência, e todas as amostras são numeradas de acordo com o agravo a ser investigado. A terceira conferência ocorre na área de digitação, que realiza a

triagem e imprime o mapa de trabalho para registro das análises realizadas pelo analista do laboratório. Do SGAB, as amostras e fichas são encaminhadas para os laboratórios, que fazem mais uma conferência e realizam as análises. Ao final, o resultado é inserido no GAL e pode ser impresso pelo profissional de saúde e entregue ao paciente.



Descentralização e participação social na administração pública de Belo Horizonte, Fortaleza e Porto Alegre

Decentralization and social participation in public administration of Belo Horizonte, Fortaleza and Porto Alegre

Angelina Vidal Baia Henriques¹
Marília Alves²

¹Bolsista de Iniciação Científica
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
angelinavidal1406@hotmail.com

²Docente da
Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO: Descentralização e participação social são processos importantes para a Administração Pública e os municípios de Belo Horizonte, Fortaleza e Porto Alegre, que se destacam no cenário brasileiro como pioneiros na busca da eficiência na gestão pública. O objetivo do presente estudo é descrever as estratégias de operacionalização efetiva de tais processos nos diversos setores dos municípios selecionados, focalizando as semelhanças e as diferenças encontradas com base na constatação da experiência exitosa e pioneira do setor saúde. O estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura. O levantamento dos artigos foi realizado nas bases de dados eletrônicos Bireme e Lilacs. Os critérios de inclusão foram: artigo publicado a partir de 1995, cuja experiência de descentralização e participação social descrita envolvesse a Administração Pública de no mínimo um dos municípios em questão. Constatou-se que Belo Horizonte obteve sucesso e relevância social nas estratégias de governança local; Fortaleza iniciou, a partir de 1997, uma reforma administrativa municipal, com priorização do atendimento às demandas dos cidadãos; e o Orçamento Participativo de Porto Alegre é a experiência brasileira mais difundida como inovadora e democrática. Espera-se que o estudo proposto possa contribuir como fonte de informação e conscientização aos gestores públicos em cada esfera de atuação. **Palavras-chave:** Administração Pública. Descentralização. Participação Social. Sistema Único de Saúde (SUS). Democracia.

ABSTRACT: Decentralization and social participation are important for the public administration and the cities of Belo Horizonte, Fortaleza and Porto Alegre stand out in the Brazilian scene as pioneers in the search for efficiency in public management. The aim of this study is to describe the strategies for effective implementation of such processes in many sectors of the selected municipalities, focusing on the similarities and differences; from the evidence of successful experience and pioneered the health sector. The study consists of an integrative literature review. The survey was conducted of articles in electronic databases Bireme and Lilacs. Inclusion criteria were: article published in 1995, whose experience of decentralization and social participation involving the public administration from at least one of the municipalities in question. It was found that, Belo Horizonte succeeded and social relevance in local governance strategies; Fortaleza started in 1997 a municipal administrative reform, with prioritization of meeting the demands of citizens; and participatory budgeting in Porto Alegre is the Brazilian experience more widespread as innovative and democratic. It is expected that the proposed study will contribute as a source of information and awareness to managers in every sphere of activity.

Keywords: Public Administration. Decentralization. Social Participation. Unified Health System (SUS). Democracy.

1. Introdução

A saúde pública no Brasil é marcada por muitas reformas estruturais que, em geral, acompanharam a trajetória e o desenvolvimento econômico, social e político do país. A Constituição Federal de 1988 garantiu o direito de acesso universal à saúde ao estabelecer o Sistema Único de Saúde (SUS). Instituiu os princípios constitucionais norteadores de descentralização político-administrativa, integralidade no atendimento e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Em 1990, a Lei nº 8.080, Lei Orgânica da Atenção à Saúde (LOAS), foi promulgada e estabeleceu as diretrizes estruturais e assistenciais do SUS, ao definir que o principal objetivo seria oferecer assistência à população por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990a). Ainda em 1990, a Lei nº 8.142 foi sancionada e estabeleceu a participação social na gestão do SUS mediante as instâncias colegiadas, a conferência de saúde e o conselho de saúde, e regulamentou o financiamento do SUS a partir da transferência regular e automática de recursos do governo federal para Estados, Municípios e o Distrito Federal. Foi atribuído aos Conselhos de Saúde o papel de atuar no planejamento e no controle da execução da política pública de saúde em cada esfera de governo; já em relação às Conferências de Saúde, essas deveriam ter periodicidade de quatro anos para realização. As conferências e os conselhos passaram a ser os instrumentos legais garantidos pela Constituição Federal para que a sociedade participasse dos processos decisórios e deliberativos da saúde nos âmbitos federal, estadual e municipal (BRASIL, 1990b).

Em consonância, para a operacionalização prática do SUS, foram criadas as Normas Operacionais Básicas (NOB): NOB INAMPS/91, NOB SUS/93 e NOB SUS/96, sequencialmente. Cada uma contribuindo progressivamente para os avanços da organização em saúde com novas formas de alocação de recursos e descentralização político-administrativa gradativa. Entretanto, o

reconhecimento da regionalização da saúde como estratégia fundamental para o alcance dos princípios da universalidade do acesso, da equidade e da atenção integral foi realizado apenas em 2001 por meio da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/01. Em 2002, foi estabelecida a NOAS SUS 01/02, com o intuito de superar as dificuldades operacionais da NOAS SUS 01/01 e implementar a regulação da assistência.

Apesar dos esforços despendidos pelas esferas de gestão, houve a necessidade de desenvolvimento de uma nova estratégia organizacional a fim de operacionalizar efetivamente o SUS no país. Diante disso, a Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, estabeleceu o Pacto pela Saúde, visando à implementação dos processos de gestão, organização e descentralização dos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

É importante destacar que a criação do SUS é um exemplo de mobilização social, estabelecido tendo em vista uma luta ideológica e política constante, em que a participação popular foi imprescindível para o sucesso obtido. Nessa perspectiva, o setor saúde é o grande exemplo prático do pioneirismo na defesa da gestão descentralizada e da participação popular, ao defender um modelo de saúde baseado nos princípios da democracia e da universalidade do acesso. O SUS é considerado como uma das mais bem-sucedidas reformas sociais estabelecidas pela Constituição de 1988 (MIRANDA; SILVA; SOUZA, 2013).

Todavia, em um cenário em constante evolução nas vertentes políticas, econômicas, organizacionais e administrativas da gestão pública no processo de redemocratização do país, estabeleceram-se as reformas gerenciais.

Sechi (2009) argumenta que a reforma da Administração Pública se traduz em inovação nas políticas, na gestão e no desenho organizacional com práticas que priorizam a descentralização dos processos, delegação de poder, advindas das organizações privadas.

Nesse sentido, a evolução histórica mostra que, em 1937, Getúlio Vargas promoveu a primeira reforma administrativa no país,

a Reforma Burocrática, com o intuito de superar a forma patrimonialista de governo. No entanto, de acordo com Secchi (2009), o modelo de gestão pública instituído foi alvo de sérias críticas e considerado inadequado para o contexto institucional vigente.

No ano de 1995, iniciou-se a segunda reforma administrativa brasileira, motivada pela necessidade de superar o desequilíbrio fiscal dos Estados. Segundo Barbieri e Hortale (2005), Bresser Pereira propôs uma reforma administrativa com um enfoque gerencial, visando obter maior controle dos resultados. Ressalta-se que, em diferentes momentos da história brasileira, outras reformas foram propostas e implementadas.

Torna-se importante destacar que o movimento realizado para a implantação de outra gestão pública teve como objetivo responder às demandas dos cidadãos, melhorar os resultados e processos organizacionais, racionalizar os recursos financeiros e ampliar a democracia no país. De acordo com Miranda *et al.* (2013), com as reformas administrativas, houve a necessidade de alterar a forma de gerir a coisa pública, o que exigiu do Estado a instituição de outras práticas de gestão com nova configuração das políticas públicas valendo-se das políticas de saúde, que englobam a instituição de uma nova relação entre Estado e cidadão e pressupõem novos valores à sociedade.

Verifica-se na literatura que os mecanismos de participação social utilizados são vários, dentre eles citam-se o Orçamento Participativo (OP), o planejamento participativo, as audiências públicas, as ouvidorias; no caso das políticas sociais, o Conselho das Políticas Públicas é o instrumento legalmente instituído no âmbito da União, dos Estados e dos Municípios.

No cenário brasileiro, os municípios de Belo Horizonte, Fortaleza e Porto Alegre foram pioneiros em conciliar estratégias de descentralização, intersetorialidade e participação social em busca da eficiência e da eficácia na gestão pública (BIRKNER, 2008; CKAGNAZAROFF; MOTA, 2003; JUNQUEIRA, 1997; JUNQUEIRA; INOJOSA;

KOMATSU, 1997). Belo Horizonte obteve sucesso e relevância social nas estratégias de governança local; Fortaleza priorizou o atendimento às demandas dos cidadãos desde a instituição da reforma administrativa a partir de 1997; e o Orçamento Participativo de Porto Alegre é a experiência brasileira mais difundida como inovadora e democrática.

Diante da importância dos processos de descentralização e participação social para a Administração Pública, no que tange à democracia, à cidadania ativa e à autonomia de gestão, e com base na constatação da experiência exitosa e pioneira do setor saúde, o objetivo do presente estudo é descrever as estratégias de operacionalização efetiva de tais processos nos diversos setores dos municípios de Belo Horizonte, Fortaleza e Porto Alegre, focalizando as semelhanças e as diferenças encontradas. Nesse contexto, busca-se responder às seguintes perguntas de pesquisa: como vêm ocorrendo a descentralização e a participação social na Administração Pública Municipal de Belo Horizonte, Fortaleza e Porto Alegre? Quais práticas foram e/ou estão sendo instituídas?

2. Método

O estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura, que, de acordo com Mendes, Silveira e Galvão (2008), é um método que propõe analisar e verificar pesquisas relevantes a fim de auxiliar na tomada de decisões efetivas.

O levantamento dos artigos foi realizado nas bases de dados eletrônicos Bireme (Biblioteca Virtual em Saúde) e Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Foram analisados os artigos publicados entre 1995 e 2014, nos idiomas português, inglês e espanhol. Os descritores utilizados foram “Administração and Municipal”, “Descentralização and Município”, “Participação Social and Município”, “Administração Municipal and Descentralização”, “Administração Municipal and Participação Social”, “Governança Local”. Foram excluídos livros, teses e dissertações por nem sempre estarem disponíveis em formato online e

também pelo fato de ser um tema corrente, cuja abordagem envolve a complexidade da gestão pública municipal.

Os critérios de inclusão foram: artigo publicado a partir de 1995, cuja experiência de descentralização e participação social descrita envolvesse a Administração Pública de no mínimo um dos municípios em questão – Belo Horizonte, Fortaleza ou Porto Alegre.

Uma análise inicial foi realizada com base nos títulos dos artigos; a partir de então, foram lidos os resumos dos artigos que possuíam pelo menos um dos critérios de inclusão. Após a análise dos resumos, 54 (cinquenta e quatro) artigos foram obtidos na íntegra e lidos; destes, apenas 13 (treze)

preencheram todos os critérios de inclusão estabelecidos e passaram a constituir o material utilizado na pesquisa. Foram utilizados também documentos oficiais sobre o SUS, do Ministério da Saúde, em virtude da importância e relevância desses para a regulamentação efetiva das práticas e dos conceitos relacionados.

Para análise e posterior síntese das publicações que atenderam aos critérios de inclusão, foi elaborado um quadro sinóptico, construído especialmente para esse fim. O quadro 1.0 contempla todos os artigos incluídos no estudo e foi preenchido com as seguintes informações: título/autores/ano/período, objetivo, metodologia e resultados.

Quadro 1: Quadro sinóptico de publicações incluídas na revisão integrativa

Título/Autores/Ano/Período	Objetivo	Metodologia	Resultados
Controle Social no SUS: Discurso, Ação e Reação. OLIVEIRA, A. M. C.; IANNI, A. M. Z.; DALARRI, S. G. 2013/Revista Ciência e Saúde Coletiva	Descrever e analisar a dinâmica da participação social com base nas representações sociais dos Conselheiros Municipais de Saúde de Belo Horizonte.	Pesquisa de abordagem qualitativa – utilização de técnicas de entrevistas baseadas em roteiro semiestruturado e observação participante.	Verificou-se que a instituição política Conselho Municipal de Saúde acionou diversos mecanismos para aprimorar seus modos de ação e organização.
Democracia Deliberativa e Orçamento Público: Experiências de Participação em Porto Alegre, Belo Horizonte, Recife e Curitiba. HOROCHOVSKI, R. R.; CLEMENTE, A. J. 2012/Revista de Sociologia e Política	Analisar em que medida as instituições investigadas têm maior ou menor proximidade com os pressupostos normativos da teoria da democracia deliberativa.	Pesquisa de abordagem qualitativa – utilização de técnica de coleta de dados secundários em material bibliográfico e documentos oficiais das Prefeituras Municipais.	Constatou-se que a proximidade dos pressupostos da democracia deliberativa foi maior nas experiências construídas valendo-se das bases da sociedade civil.
A Metamorfose do Orçamento Participativo: Mudanças de Governo e seus Efeitos em Porto Alegre. RENNO, L.; SOUZA, A. 2012/Revista de Sociologia e Política	Investigar o programa de Orçamento Participativo do município de Porto Alegre entre 1989 e 2008, analisando especificamente a sensibilidade do programa às mudanças de governo.	Pesquisa de abordagens qualitativa e quantitativa – utilização de técnicas de análise documental e entrevista.	A análise indicou que o funcionamento do programa foi bastante afetado pelo partido político que o implementa e que o programa peca por baixa institucionalização.
Gestão Social e Cidadania Deliberativa: Uma análise da experiência dos Coredes no Rio Grande do Sul, 1990-2010. ALLEBRANDT, S. L.; SIEDENBERG, D. R.; SAUSEN, J. O.; DECKERT, C. T. 2011/Cadernos EBAP.BR	Compreender em que medida os Coredes fortalecem o processo de construção da cidadania e a gestão do processo de desenvolvimento local e regional.	Pesquisa de abordagem qualitativa e interpretativa – utilização de análise de documentos legais; debates; entrevistas; questionários; cartas; depoimentos; observação participante, da experiência pessoal e das práticas sociais.	Os Coredes são processos e espaços de cidadania deliberativa, que produzem mudanças na perspectiva pública, na cultura da sociedade civil, no perfil da sociedade política e no <i>modus operandi</i> do aparelho burocrático e dos governos.
Reflexões sobre Estratégias de Governança Local. CKAGNAZAROFF, I. B. 2009/Revista Eletrônica Gestão e Sociedade	Discutir as estratégias de governança local por meio de uma abordagem considerada complementar a da governança democrática.	Pesquisa de abordagem qualitativa – utilização de técnica de análise documental.	Foram mostradas as diferentes possibilidades de articulação governo/sociedade, enfatizando as estratégias de Belo Horizonte

Título/Autores/ Ano/Periódico	Objetivo	Metodologia	Resultados
Desenvolvimento Regional e Descentralização Político-Administrativa – Um Estudo Comparativo dos Casos de Minas Gerais, Ceará e Santa Catarina. BIRKNER, W. M. K. 2008/Revista de Sociologia e Política	Apresentar três experiências de descentralização governativa – Minas Gerais, Ceará e Santa Catarina.	Pesquisa de abordagem qualitativa do tipo estudo de caso.	Foram observados os aspectos-problema das soluções de continuidade e a necessidade de qualificação dos agentes governamentais.
New Public Spheres in Brazil: Local Democracy and Deliberative Politics AVRITZER, L. 2006/International Journal of Urban and Regional Research	Argumentar sobre as características sociais e políticas exclusivas da cidade de Porto Alegre que contribuíram para o pioneirismo na realização do Orçamento Participativo.	Pesquisa de abordagem qualitativa.	Foi constatado que a presença de associações civis está associada aos resultados deliberativos e distributivos do Orçamento Participativo e que essas condições talvez não estivessem presentes em outras experiências verificadas.
Considerações sobre a Relação entre Descentralização e Intersetorialidade como Estratégias de Modernização de Prefeituras Municipais. CKA-NAZAROFF, I. B.; MOTA, N. R. 2003/Revista E e G Economia e Gestão	Discutir a descentralização e a intersectorialidade, consideradas como estratégias de modernização e democratização da gestão de Prefeituras Municipais.	Pesquisa de abordagem qualitativa do tipo relato de experiência.	Foram ressaltadas as possibilidades decorrentes da conjunção da descentralização com a intersectorialidade para Prefeituras que pretendem se modernizar e se democratizar.
Mudanças na Administração Municipal: Possibilidades de uma Formação Político-Organizacional. MISOCZKY, M. C. A. 2002/Revista de Administração Contemporânea	Compreender o desenvolvimento de políticas inclusivas e a relação entre cidadania ativa e governo local com base na análise de dois projetos – um em Belo Horizonte e outro em Porto Alegre.	Pesquisa de abordagem qualitativa do tipo estudo de caso.	Ambos os casos representaram experiências reconhecidas de ampliação da participação da população em processos de decisão e de ampliação de direitos sociais.
Governos e Sociedades Locais em Contextos de Desigualdade e de Descentralização. SOUZA, C. 2002/Revista Ciência e Saúde Coletiva	Discutir sobre os conceitos de relações intergovernamentais e descentralização.	Pesquisa de abordagem qualitativa.	As disparidades inter e intrarregionais moldam os resultados da descentralização e das relações intergovernamentais, criando contradições e tensões.
A Construção de Redes Públicas na Gestão Local: Algumas Tendências Recentes MOURA, S. 1998/Revista de Administração Contemporânea	Discutir o significado e características das redes públicas a partir da experiência do Planejamento Estratégico de Barcelona, Espanha, desde 1988, e do Projeto Cidade Constituinte de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, a partir de 1993.	Pesquisa de abordagem qualitativa do tipo estudo de caso.	O estudo evidenciou a ocorrência de perspectivas diferenciadas de renovação da gestão local, além de reafirmar a necessidade de articulação entre o Estado e a sociedade civil.
Novas Formas de Gestão na Saúde: Descentralização e Intersetorialidade. JUNQUEIRA, L. A. 1997/Revista Saúde e Sociedade	Discutir a descentralização e a intersectorialidade e apresentar as mudanças preconizadas pela reforma administrativa da Prefeitura Municipal de Fortaleza.	Pesquisa de abordagem qualitativa do tipo relato de experiência.	A nova estrutura de governo da Prefeitura Municipal de Fortaleza inovou, tornando acessível ao cidadão os órgãos que decidem sobre os serviços de seu interesse.
A Construção de um Município Saudável: Descentralização e Intersetorialidade – Experiência de Fortaleza RIBEIRO, R. C. 1997/Revista Saúde e Sociedade	Relatar as experiências do município de Fortaleza na busca da resolutividade para os problemas de saúde da população.	Pesquisa de abordagem qualitativa do tipo relato de experiência.	A descentralização e a intersectorialidade são destacadas como fundamentais na construção de um novo modelo que visa à saúde como melhoria de qualidade de vida rumo a um município saudável.

Fonte: elaborado pelos autores

3. Resultados e discussão

Pela análise, verificou-se que, em relação ao período da publicação dos artigos, todos ocorreram a partir de 1997, fator que coincide com a última reforma administrativa do Estado, implantada no governo de Fernando Henrique Cardoso, que estabeleceu o modelo de gestão pública gerencial.

Os periódicos de maior circulação sobre o tema são, respectivamente, *Revista de Sociologia e Política*, *Revista Saúde e Sociedade*, *Revista de Administração Contemporânea*, *Revista Ciência e Saúde Coletiva*.

Em relação à metodologia, constatou-se que todos os artigos utilizaram abordagem qualitativa e apenas um desses lançou mão de abordagens qualitativa e quantitativa; a principal técnica de análise de dados foi o registro documental. Vale destacar que três artigos exploraram o relato de experiência como método (CKAGNAZAROFF; MOTA, 2003; JUNQUEIRA, 1997; RIBEIRO, 1997).

No que tange às estratégias desenvolvidas de descentralização e participação social na Administração Pública Municipal, observou-se que, do total de 13 artigos selecionados, 7 (sete) contemplaram Belo Horizonte; 7 (sete), Porto Alegre; e 4 (quatro), Fortaleza.

No que se refere ao conceito do processo de descentralização político-administrativa, Ckagnazaroff (2009), Ckagnazaroff e Mota (2003) e Junqueira (1997) afirmam que é uma estratégia de deslocamento de poder dos níveis centrais para os periféricos; sustentando-se mudança nas relações de poder entre as instâncias do governo e/ou dentro de uma organização, pública ou privada. Dessa forma, essa ferramenta de gestão, quando instituída, facilita o acesso da população e atende à demanda social, na medida em que é considerada como mecanismo de democratização, criando espaços de relacionamento com a sociedade. Além disso, tais autores são unânimes na concepção de que o processo de descentralização iniciou-se nos países centrais democráticos a partir dos anos setenta, com o intuito de superar a crise do Estado do Bem-Estar Social, e, a partir dos anos oitenta, ganhou repercussão nos países latino

americanos em busca da reestruturação do aparelho do Estado e gestão das políticas sociais emergentes.

No estudo realizado por Ckagnazaroff e Mota (2003), a gestão pública municipal de Belo Horizonte e Fortaleza destacaram-se no cenário brasileiro em decorrência da conciliação das ferramentas de descentralização e intersectorialidade com o intento de melhorar a eficiência e a eficácia do governo, com maior envolvimento do cidadão na Administração Pública. De acordo com os autores, somente por meio da distribuição dos serviços prestados pelo governo local, via descentralização, podem-se esperar melhorias na execução das políticas públicas.

Corroborando com os pressupostos de Ckagnazaroff e Mota (2003), em outro estudo recente realizado por Ckagnazaroff (2009), cujo objetivo foi discutir as estratégias de governança local (descentralização, Parcerias Público-Privadas, Conselhos Setoriais e Orçamento Participativo), constatou-se que Belo Horizonte foi o grande destaque. O município buscou conciliar a descentralização municipal com o Orçamento Participativo e os Conselhos Setoriais, obtendo, dessa forma, sucesso e relevância social.

No entanto, Birkner (2008) apresentou as experiências de descentralização governativa dos Estados de Minas Gerais, Ceará e Santa Catarina. De acordo com os achados do autor, em Minas Gerais, no ano de 1993, iniciaram as Audiências Públicas Regionais, com o objetivo de inserir as demandas da população nos orçamentos anuais. Em 1995, houve a criação de 25 regiões administrativas, com a intenção de promover a descentralização administrativa. Entretanto, em 1997, a política de descentralização foi abandonada pelo governo sucessor. Em contraposição, no governo do Ceará, entre 1995 e 1998, foram também implantados Conselhos Regionais de Participação, com o objetivo de melhorar a governança por meio do desenvolvimento sustentável das sub-regiões com aperfeiçoamento da utilização dos recursos públicos via descentralização administrativa, técnicas gerenciais e mobilização

da sociedade. Com base no estudo, verificou-se que em Minas Gerais a solução de continuidade não permitiu a evolução da descentralização político-administrativa, negligenciada pela alternância do poder. No que diz respeito ainda às experiências de descentralização político-administrativa do Ceará e, particularmente, de Fortaleza, Junqueira (1997) discute a descentralização e a intersetorialidade como pressupostos da gestão pública municipal e apresenta as mudanças preconizadas pela reforma administrativa da Prefeitura Municipal de Fortaleza, a partir de 1997. De acordo com o autor, foi definido um projeto político com redefinição da estrutura organizacional. Houve descentralização político-administrativa, o poder central deslocou-se para o âmbito local, e, em cada região, havia um representante para dar respostas às demandas dos cidadãos. Destaca-se que as decisões que eram tomadas nos órgãos centrais tornaram-se mais próximas dos cidadãos e, conseqüentemente, do local de moradia. Entretanto, apesar dos avanços alcançados, o autor argumenta que tais estratégias não significaram mudanças efetivas nas práticas organizacionais que somente ocorrem quando há alteração de valor e cultura.

Junqueira (1997) também destaca que a mudança de lógica da gestão das políticas para intersetorial não é fácil. No entanto, a saúde é o grande exemplo prático da gestão descentralizada, e a experiência exitosa nesse setor contribui sobremaneira para a construção de nova forma de gestão municipal.

Em sinergia às reflexões do autor, Ribeiro (1997) relata as experiências do município de Fortaleza na busca da resolutividade para os problemas de saúde da população, desde o processo de municipalização ocorrido em 1990 até a mudança organizacional iniciada em 1997. De acordo com a autora, a descentralização e a intersetorialidade são fundamentais para a construção de outro modelo que visa à saúde como melhoria da qualidade de vida.

No entanto, há de se considerar os limites do processo de descentralização. Segundo

Ckagnazaroff (2009), a baixa qualificação dos funcionários das unidades descentralizadas coloca em risco o processo de intersetorialidade, à medida que esses, algumas vezes, não possuem a formação exigida nas áreas de atuação e podem ter dificuldades com pessoas de outras áreas. A perda da capacidade regulatória e de formulação de políticas por parte do governo favorece o interesse de lideranças locais, e a fragmentação institucional leva à falta de integração entre as unidades descentralizadas em torno de um plano comum voltado à sociedade. Birkner (2008) ainda salienta a preocupação com as soluções de continuidade em decorrência de práticas governamentais ainda autoritárias, além de fragilidade política da sociedade brasileira diante das intervenções governamentais, com conseqüente interrupção do que está em andamento. É necessário investir na formação adequada dos gestores públicos e nas estratégias de aproximação entre governo e sociedade, visto que o gestor público assume muitas funções e responsabilidades, com destaque ao planejamento, à liderança e à coordenação de programas e políticas públicas, que impactam diretamente na sociedade. De acordo com Reis e Matos (2012), a função básica do Estado é a prestação de serviço eficiente, eficaz, descentralizado, voltado às necessidades dos cidadãos; para tanto, é imprescindível que os gestores públicos sejam devidamente capacitados e orientados para estabelecer as mudanças necessárias. Ainda segundo Santos e Gugliano (2015), nas últimas duas décadas, o governo brasileiro tem viabilizado a institucionalização de uma gestão mais participativa, a partir do desenvolvimento de outros canais de comunicação com a sociedade civil, o que tem contribuído sobremaneira para uma nova configuração das relações entre o Estado e a sociedade.

Apesar de alguns pontos negativos identificados, a descentralização possui legitimidade como ferramenta de melhoria do atendimento às necessidades do cidadão. Nesse sentido, Ckagnazaroff (2009) conceitua a atuação em rede. De acordo com

o autor, essa se refere a um arranjo entre pessoas, órgãos, divisões, departamentos, organizações e setores que pode vir a auxiliar na promoção do desenvolvimento social dos governos municipais locais.

Diante desse cenário, cita-se o estudo de Moura (1998), no qual são considerados dois casos: a experiência do Planejamento Estratégico de Barcelona (PEC), Espanha, desde 1988, e o projeto Cidade Constituinte (CC) de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, implantado a partir de 1993. Para a autora, as redes são novos arranjos interorganizacionais que emergem em decorrência da incapacidade de integração e coesão das instituições representativas tradicionais e fortemente burocráticas que preconizam um planejamento centralizado. Em Porto Alegre, o CC originou-se de forte motivação política, para responder às críticas da oposição, e apresentava como objetivos: mobilizar e qualificar a cidadania, elaborar um planejamento socialmente construído e criar outra cultura política; além de se constituir uma perspectiva de ampliação da experiência do Orçamento Participativo (OP). O PEC em Barcelona surgiu por iniciativa do governo local, com fortes traços do empreendedorismo competitivo e da ênfase na economia local, do processo de globalização e do papel a ser desempenhado pelas cidades. Valendo-se da análise dos casos, apontou-se que ambos os casos surgiram como tentativa de renovação da gestão local, projetando o desenvolvimento municipal tendo em vista um planejamento estratégico de longo prazo, além da busca constante da participação social.

Ainda em relação à gestão pública no Rio Grande do Sul, Allebrandt *et al.* (2011), com base em uma abordagem interpretativa, analisaram os entendimentos, as intencionalidades e formas de agir praticadas pelos Conselhos Regionais de Desenvolvimento (Coredes) na gestão do processo de desenvolvimento local, regional e no fortalecimento da cidadania. Atualmente, com 28 (vinte e oito) Coredes em funcionamento, a experiência é considerada como um grande avanço na gestão pública brasileira. Por meio

da análise, verificou-se que os Coredes são espaços efetivos de cidadania deliberativa que produzem mudanças na perspectiva pública dos indivíduos, na cultura da sociedade civil e no perfil da sociedade política. Entretanto, evidenciou-se que essas instituições possuem dificuldades na sua manutenção; partidarização das disputas para ocupação da coordenação, levando à fragmentação de algumas instâncias; desconhecimento ou falta de compreensão do papel que cabe aos Coredes no processo político; inexistência de um programa permanente de qualificação dos conselheiros e conselhos em níveis municipal e regional; baixa participação dos segmentos comunitários e populares. No entanto, são limitações vivenciadas por outros Conselhos Setoriais. Diegues (2013) debate sobre a legitimidade dos conselhos conquanto instâncias de controle social; de acordo com o autor, algumas questões necessariamente precisam ser consideradas, dentre elas, a transparência nas eleições; o perfil dos candidatos, se realmente representam a comunidade; a proporção das decisões tomadas entre conselheiros governamentais e conselheiros da sociedade; a relevância dos debates ocorridos. Ainda segundo o autor, é indiscutível o fato de os conselhos constituírem uma das principais experiências de democracia participativa do país, nos quais há estreitamento profundo da relação Estado e sociedade, com manifestação de flexibilidade, participação e comunicação entre as partes, com o intuito de democratização das políticas públicas locais.

No que concerne às estratégias de participação social, Horochovski e Clemente (2012), Moura (1998), Rennó e Souza (2012) e Souza (2002) são unânimes em afirmar que o Orçamento Participativo (OP) de Porto Alegre, originário de 1989, é a experiência brasileira mais difundida mundialmente como inovadora, democrática e com elevado respaldo popular.

Nesse contexto, é importante destacar que os Conselhos Gestores de Políticas Públicas e as experiências do OP surgiram tanto em decorrência dos processos de luta de

segmentos de classe da sociedade quanto pela própria vontade política dos agentes públicos, especialmente em nível municipal. E são ferramentas essenciais de ampliação da democracia (ALLEBRANDT *et al.*, 2011).

Rennó e Souza (2012) analisaram o desempenho do OP do município de Porto Alegre, entre 1989 e 2008, baseando-se em cinco dimensões: participação popular, atendimento de demandas, “*empowerment*”, transparência e “*accountability*”. Pela análise dos dados disponibilizados pela Prefeitura Municipal e entrevistas com grupos locais, verificaram que o OP foi sensível ao mandatário que possuiu influência, mesmo que indireta, na priorização das demandas associadas à agenda política. Por um lado, houve retrocessos na capacidade do programa de empoderamento da população; alteração do desempenho e efetividade nos últimos anos; por outro lado, já em relação à *accountability* e à transparência, o OP manteve a divulgação dos dados orçamentários e a prestação de contas das despesas públicas.

No entanto, Horochovski e Clemente (2012) compararam quatro esquemas participativos – as Audiências Públicas da Prefeitura Municipal de Curitiba, os OPs de Porto Alegre, Belo Horizonte e Recife, analisando em que medida eles se aproximaram ou se distanciaram dos pressupostos da democracia deliberativa. Pelos resultados, contou-se que, em relação à dimensão de desenho institucional, apenas nas audiências públicas orçamentárias de Curitiba os cidadãos não definiram as regras de funcionamento, e todas as instituições acolheram os cidadãos nas respectivas instâncias; no que diz respeito às discussões, o debate aberto esteve mais presente nos OPs de Belo Horizonte. Na dimensão contexto, Recife e Belo Horizonte destacaram-se pelo forte associativismo; além disso, Recife e Porto Alegre constituíram os OPs a partir da base da sociedade civil; já Belo Horizonte apresentou forte presença da burocracia técnica. Em relação à dimensão política, observou-se que todas as instituições analisadas acolheram os diversos estratos da sociedade, inclusive os

de baixa renda. E, no que tange à dimensão “*accountability*”, em Belo Horizonte, Porto Alegre e Recife foram constatados mecanismos de monitoramento com fiscalização efetiva das prestações de conta sobre o poder público local, o que predispõe governos mais responsivos e com o foco devidamente voltado para áreas e setores vulneráveis. Em Curitiba, tal situação não foi observada.

Em contraposição, Avritzer (2006) comparou o OP de Porto Alegre, Belo Horizonte e Recife em diferentes administrações públicas e estágios do programa. De acordo com o autor, Recife apresentou o pior desempenho em relação à mobilização social e à participação popular.

Souza (2002) discute os conceitos de relações intergovernamentais e descentralização dos governos locais no Brasil. Segundo essa autora, no que toca à participação social como *empowerment*, as experiências mais conhecidas e difundidas são os OPs de Porto Alegre e Belo Horizonte.

No que concerne aos Conselhos Gestores de Políticas Públicas, Oliveira *et al.* (2013) realizaram um estudo cuja proposta foi descrever e analisar a dinâmica da participação com base nas representações sociais dos conselheiros de saúde sobre os sentidos do controle social. Para tanto, foram entrevistados 35 dos 36 membros efetivos do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMSBH). De acordo com os resultados, verificou-se que, por um lado, houve esforço do próprio conselho em fazer avançar as discussões que envolviam questões regimentais do fórum. Por outro, foi observada falta de maturidade política do conselho para enfrentar o desafio de construir regras para a participação, ou seja, capacidade de autorregulação. Além disso, houve prevalência do corporativismo dentro do CMSBH, que privilegiou o interesse comum em sobreposição ao bem comum. Em relação aos conselheiros de saúde, foi constatado que esses tinham conhecimento especializado sobre os significados do controle social; entretanto, tal conhecimento ainda não foi transformado em uma prática social esperada.

Com um enfoque próximo ao de Oliveira *et al.* (2013), Misoczky (2002) propôs compreender até que ponto o desenvolvimento de políticas inclusivas e a relação entre cidadania ativa e governo local criaram uma formação político-organizacional no nível de governo. Foram explorados dois casos – o Programa de Saúde Mental de Belo Horizonte e o Orçamento Participativo de Porto Alegre. Segundo Misoczky (2002), ambos os casos representaram experiências reconhecidas de ampliação da participação da população nos processos de decisão e ampliação dos direitos sociais.

Oliveira *et al.* (2013) e Misoczky (2002) convergem para a importância e os limites da participação social. Na opinião dos autores, as organizações e as práticas da Administração Pública democratizadoras e socialmente inclusivas são capazes de desenvolver o exercício participativo, sentimento de pertencimento do cidadão à sociedade, com inclusão do controle social sobre a gestão e a incorporação da dimensão ativa da cidadania no processo de gestão, fortalecendo a formação de identidades políticas e colaborando para a legitimação das instituições políticas. No entanto, o desempenho da participação social associa-se a fatores socioculturais históricos ainda presentes, como a falta de tradição participativa e cultura cívica, autoritarismo do Estado brasileiro e cultura política dominante.

Apesar dos limites e das dificuldades da implantação prática de tais conceitos, é indiscutível a premissa de que a descentralização e a participação social possuem legitimidade conquanto ferramentas de gestão voltadas para a melhoria do atendimento às necessidades do cidadão.

4. Considerações finais

A descentralização e a participação social são conceitos extremamente importantes para a Administração na conquista da democracia, da cidadania e da efetivação das políticas públicas locais.

Belo Horizonte, Fortaleza e Porto Alegre destacaram-se no cenário brasileiro como pioneiros na articulação e na implementação de estratégias de descentralização político-administrativa, participação social e intersetorialidade.

Espera-se que o estudo proposto possa contribuir como fonte de informação e conscientização aos gestores públicos em cada esfera de atuação acerca da importância da descentralização e da participação social como estratégias de viabilização da democracia e da cidadania ativa. E que as experiências pioneiras e exitosas da Administração Pública Municipal de Belo Horizonte, Fortaleza e Porto Alegre sejam fonte de estímulo e exemplo às demais organizações.

5. Referências

- ALLEBRANDT, S. L. *et al.* Gestão social e cidadania deliberativa: uma análise da experiência dos coredes no Rio Grande do Sul, 1990-2010. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, set. 2011.
- ARAÚJO, P. G.; PEREIRA, J. R. Análise da aplicabilidade do modelo gerencial na administração municipal. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 5, p. 1179-199, set./out. 2012.
- AVRITZER, L. New public spheres in Brazil: local democracy and deliberative politics. **International Journal of Urban and Regional Research**, v. 30, n. 3, p. 623-637, set. 2006.
- BARBIERI, A. R.; HORTALE, V. A. Desempenho gerencial em serviços públicos de saúde: estudo de caso em Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1349-1356, set./out. 2005.
- BIRKNER, W. M. K. Desenvolvimento regional e descentralização político-administrativa – um estudo comparativo dos casos de Minas Gerais, Ceará e Santa Catarina. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, v. 16, n. 30, p. 297-311, jun. 2008.
- BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292p.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução n. 258. Nova Política de Financiamento do SUS para 1991. Norma Operacional Básica n. 01/91. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07 jan. 1991.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n. 8.080, de 19/09/1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n. 8.142, de 28/12/1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 1990b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 545**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 maio. 1993.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.203**. Aprova a Norma Operacional Básica – SUS 01/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 nov. 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 95**. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jan. 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 373**. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 fev. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município garantindo saúde para todos**, Série B., Textos Básicos de Saúde, Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 399**. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 fev. 2006.

CHANLAT, J. F. **Ciências Sociais e management: reconciliando o econômico e o social**. São Paulo: Atlas, 2000. 100 p.

CKAGNAZAROFF, I. B.; MOTA, N. R. Considerações sobre a relação entre descentralização e inter-setorialidade como estratégias de modernização de prefeituras municipais. **E & G Economia e Gestão**, Belo Horizonte, v. 3, n. 6, p. 23-41, dez. 2003.

CKAGNAZAROFF, I. B. Reflexões sobre estratégias de governança local. **Revista Eletrônica Gestão e Sociedade GES**, v. 3, n. 5, jan./jun. 2009.

DIEGUES, G. C. O controle social e participação nas políticas públicas: o caso dos conselhos gestores municipais. **Revista NAU Social**, v. 4, n. 6, p. 82-93, maio/out. 2013.

GUERREIRO, J. V.; BRANCO, M. A. F. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1689-1698. 2011.

HOROCHOVSKI, R. R.; CLEMENTE, A. J. Democracia deliberativa e orçamento público: experiências de participação em Porto Alegre, Belo Horizonte, Recife e Curitiba. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, v. 20, n. 43, p. 127-157, out. 2012.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde e Sociedade**, v. 6, n. 2, p. 31-46. 1997.

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. Descentralização e intersetorialidade na gestão pública municipal no Brasil: A experiência de Fortaleza. XI **Concurso de Ensayos Del CLAD “El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública: Perspectivas, Posibilidades y Limitaciones”**, Caracas, 1997.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008.

MIRANDA, S. R. M. de.; SILVA, R. do S. B. da.; SOUZA, K. C. N. de. Gestão social no contexto das políticas públicas de saúde: uma reflexão crítica da prática no Sistema Único de Saúde. **DRd – Desenvolvimento Regional em debate**, n. 2, p. 135-153, jul./dez. 2013.

MISOCZKY, M. C. A. Mudanças na administração municipal: possibilidades de uma formação político-organizacional. **RAC**, v. 6, n. 2, p. 99-121, maio/ago. 2002.

MOURA, S. A Construção de redes públicas na gestão local: algumas tendências recentes. **RAC**, v. 2, n. 1, p. 67-85, jan./abr. 1998.

OLIVEIRA, A. M. C.; IANNI, A. M. Z.; DALLARI, S. G. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2329-2338, 2013.

OLIVEIRA, V. C. da S.; PEREIRA, J. R.; OLIVEIRA, V. A. R. de. Os conselhos gestores municipais como instrumentos da democracia deliberativa no Brasil. **CADERNOS EBAPE. BR**, v. 8, n. 3, p. 422-437, Rio de Janeiro, set. 2010.

PAES DE PAULA, A. P. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. **RAE**, v. 45, n. 1, jan./mar. 2005.

REIS, R. C. S.; MATOS, C. R. N. Perfil do gestor público: elementos para formação e mudanças. In: I CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE ESTRATÉGIA EM GESTÃO, EDUCAÇÃO E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO - CIEGESI, 2012, Goiânia, Goiás. **Anais**. Goiânia, Goiás: ANAIS ELETRÔNICOS DA I CIEGESI / I ENCONTRO CIENTÍFICO DO PNAP/UEG, 2012. Disponível em <<http://www.anais.ueg.br/index.php/ciegesi/article/download/772/815>>. Acesso em: 29 jan. 2016.

RENNÓ, L.; SOUZA, A. A metamorfose do orçamento participativo: mudança de governo e seus efeitos em Porto Alegre. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, v. 20, n. 41, p. 235-252, fev. 2012.

RIBEIRO, R. C. A construção de um município saudável: descentralização e intersectorialidade – experiência de Fortaleza. **Saúde e Sociedade**, v. 6, n. 2, p. 47-54, 1997.

SANTOS, P. R. dos; GUGLIANO, A. A. Efetividade das políticas participativas no governo brasileiro: o Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social. **Rev. Sociol. Polít.**, v. 23, n. 56, p. 3-19, dez. 2015.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Rap**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 347-69, mar./abr. 2009.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 431-442. 2002.

TANIA, M. G. F. Trabalho, gestão e subjetividade. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 55, n. 1, p. 2-11. 2003.

WOSNIAK, F. L.; REZENDE, D. A. Gestão de estratégias: uma proposta de modelo para os governos locais. **RAP**, v. 46, n. 3, p. 795-816, maio/jun. 2012.

Efeitos adversos das Tecnologias Computacionais e o limite para o uso abusivo: estratégias de enfrentamento de alunos, pais e professores

Adverse effects of Computational Technologies and the limit for the abusive utilization: students, parents and teachers confronting strategies

Luiz Carlos Brant¹

Solange Cervinho Bicalho Godoy²

Eliane Marina Palhares Guimarães³

Letícia Jordão Garcia⁴

¹ Docente da Universidade Federal de Minas Gerais
brant.ufmg@gmail.com

² Docente da Universidade Federal de Minas Gerais

³ Docente da Universidade Federal de Minas Gerais

⁴ Graduanda em Gestão de Serviços de Saúde Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO: Na Universidade, os efeitos adversos do uso das Tecnologias Informacionais e Computacionais (TICs) constituem temas de disciplinas, pesquisas, seminários e trabalhos de conclusão de cursos. Na sociedade, as TICs têm se tornado matéria da mídia, transparecendo um ambíguo imaginário social de endeusamento e demonização. Este artigo tem como objetivo problematizar a inserção das TICs nas relações entre professores, pais e alunos em uma escola da rede pública. Para tal, visa socializar o desenvolvimento do Projeto de Extensão Universitária “Efeitos Adversos das Tecnologias Informacionais e Computacionais”. Metodologicamente, foram realizadas Oficinas com pais, professores e alunos entre 2013 e 2015, problematizando o abuso na utilização das TICs e construindo estratégias para o seu enfrentamento tendo como base as narrativas dos participantes. Constatamos que perda auditiva, insônia, isolamento social, dificuldade de memorização constituem alguns efeitos indesejáveis. Concluímos, assim, que as TICs são conquistas contemporâneas cuja adequada utilização exige discussões com participação popular sob a forma de projetos de extensão. **Palavras chave:** Tecnologias Computacionais. Efeitos Adversos. Dependência tecnológica.

ABSTRACT: *The adverse effects of Informational and Computer Technology (ICT) are often addressed as topics of disciplines, researches, seminars and course conclusion papers at the university. In society, ICTs have increasingly become subject of discussion in the media, which enabled the identification of a rather ambiguous social imagery of the matter, both appreciative and condemning. This article aims to discuss the insertion of ICTs as a tool of improvement of the relationships between teachers, parents and students of a public school by socializing the development of the University Extension Project “Adverse Effects of Informational and Computer Technologies”. The project’s methodology consisted on the implementation of workshops with parents, teachers and students between 2013 and 2015, with the purpose of questioning the abuse of ICTs to help building strategies to face the problem from the participants’ narratives and experiences. It was found that hearing loss, insomnia, social isolation and memorization difficulties are some undesirable effects. As a conclusion, ICTs can be considered contemporary achievements whose proper utilization requires further discussions involving popular participation in university extension projects.*

Keywords: *Computer technologies. Adverse effects. Technological dependence.*

1. Introdução

Relatar as circunstâncias experienciadas no desenvolvimento de um projeto de extensão universitária constitui nosso maior desafio. Entendemos por experiência alguma coisa da qual saímos transformados, de acordo com Foucault (1978). Para tal, um dobramento – aquilo que anula o tempo cronológico, que dissolve os depoimentos – “desbarata a dialética e a verdade, abole o sujeito e faz soçobrar uma ordem”, como nos ensina Pelbart (1989, p. 177), fazia-se necessário. Desdobrar impunha o abandono das certezas cristalizadas que geralmente sustentam as produções científicas, particularmente aquelas forjadas na Academia.

Se há muito procurávamos nos libertar da retórica do conhecimento *regulação*, tão pouco buscávamos o saber *emancipação*. Desta forma, optamos por um relato de experiência que, centrado na narrativa, se retirava e nos colocava novamente no acontecimento vivido. Apostávamos, assim, nas produções capazes de abarcar um “nós, local e temporal” (RORTY, 2002). A presença de universitários e de participantes da comunidade externa se fazia evidente também nas perguntas pelo lugar de realização das Oficinas. Em meio ao burburinho, uma pergunta: em qual prédio acontecerá a Oficina? Estava ali a professora convidada para coordenar uma atividade, já prestes a iniciar-se.

Caminhávamos entre árvores e automóveis estacionados; o olhar da convidada ora dirigia para cima ora para baixo, e exclamou: “Que bela trama rizomática!”. No chão, as raízes secundárias, cobriam um espaço em torno de troncos, unidos em uma teia de ondulações expostas e superpostas em diferentes planos. “Os rizomas constituem excelentes metáforas para as ações de extensão e para pensar a utilização das Tecnologias Informacionais”, concluiu a convidada.

As inovações tecnológicas produzem grandes mudanças culturais, avanços na produção do conhecimento e transforma o cotidiano dos usuários. Contribui ainda significativamente para a formulação e a socialização de políticas públicas nos âmbitos da

educação e saúde. O uso de novas tecnologias nesses campos envolve uma diversidade de atores sociais. Desde as últimas décadas do século passado, problemas relacionados à utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) têm se tornado desafios para profissionais da saúde e da educação.

Na Universidade, os efeitos adversos das TICs constituem temas de discussão de disciplinas, objeto de pesquisas, seminários e de trabalhos de conclusão de cursos. No âmbito da sociedade, as TICs vêm constituindo-se, nos últimos anos, temas de matéria da mídia de modo geral. Polêmicas, certezas e dúvidas deixam transparecer um imaginário social de endeusamento e demonização. “Qual o tempo médio que um adolescente pode ficar conectado à internet?” “As redes de relacionamento favorecem a socialização?”. Embora seja grande, o investimento na produção do conhecimento ainda é insuficiente (DORNELLES, 2005). Seria onipotência acreditar que apenas a ciência seria capaz de apontar saídas. A única certeza, independentemente de um imaginário para o bem e para o mal, é a prevalência da angústia e o desejo de aprender a lidar com o uso abusivo das Tecnologias Computacionais.

Foi com base na análise desse contexto que se formou um grupo composto de docentes das áreas da saúde e da educação; universitários e bolsistas para a elaboração do evento de extensão “Efeitos Adversos das Tecnologias Informacionais e Computacionais”, com o objetivo de abordar tais questões. Abrir espaço para a participação de pessoas da comunidade tem por objetivo a construção coletiva de saberes valendo-se da experiência cotidiana, tornando-os co-gestores do projeto.

2. Referencial Teórico

As TICs caracterizam-se por horizontalizar e acelerar a veiculação de informações por meio da digitalização e da formação de redes, facilitando a transmissão e a captação entre os atores do processo comunicativo. Apresentam-se, portanto, como um sistema de ampliação das realidades por meio

do potencial virtual democrático, disperso, interativo e inacabado (LEVY, 2003).

As TICs operam um processo de desterritorialização e reterritorialização, modificando, assim, a concepção de localidade e as relações de forças institucionais e interpessoais. Nas esferas da família e da escola, esse processo implica a abertura de linhas de interatividade entre docentes, pais e alunos – na melhor das hipóteses –, já que há uma tendência crescente dessa interação centrar-se apenas entre os discentes. Essas linhas podem seguir paralelamente ou se encontrarem, estabelecendo conexões organizadas em torno de interesses ou finalidades comuns. Nessa perspectiva, não se configuram apenas como rede, uma vez que, ao longo do tempo, elas não se prendem a esquemas, unidades, pontos ou eixos previamente estabelecidos; estariam, portanto, mais próximas da noção de rizoma, na perspectiva de Deleuze e Guattari, (1995).

A utilização das TICs na educação e o crescente número de conexões, as mudanças abruptas de rumos e a urdidura de complexos atrelamentos permitem caracterizar o seu uso como rizoma. Com uma lógica de multiplicidades e de transformações crescentes, segundo o número de conexões transversais, aumenta seu território de abrangência.

A reterritorialização nas TICs permite aos usuários situar-se em territórios – ampliados, caleidoscópicos – que abarcam o sentido de espaço vivido, não apenas geográfico, expandindo, assim, o conceito de localidade e abrindo possibilidades para a “experiência do fora” (LEVY, 2003). Entendemos a localidade não apenas como território em si, mas o território-processo ou o território utilizado (PAIM, 2006). Nesse sentido, localidade é uma dimensão, uma instância que leva em conta a interdependência e a inseparabilidade entre a materialidade, que abarca a natureza e o seu uso, incluindo ações humanas como trabalho e política. Portanto, as TICs articulam diferentes atores destinando a todos o lugar de protagonismo.

Nessa perspectiva, em qualquer lugar onde se encontrem, docentes, pais e alunos

não estão isolados diante de uma tela, como alguns imaginam. As TICs impõem uma nova ordem espacial (ciberespaço) na escola e na família. Cada um, conectado, pode interagir com a totalidade sociotécnica, permitindo problematizações e respostas sobre esse todo. Essas mudanças – grandes ou pequenas, rápidas ou lentas, próximas ou distantes – são dirigidas para outros usuários conectados, configurando uma comunidade discursiva sem fronteiras. Dessa forma, as TICs “participam de uma topologia eletrônica na qual o enquadramento do ponto de vista e a trama da imagem digital renovam a noção de setor urbano” (VIRILIO, 2005, p. 10).

As TICs têm capacidade para conectar múltiplos usuários e diferentes instituições. Forja novas práticas discursivas e contribui para a produção de outras subjetividades, construindo, desconstruindo e reconstruindo o *setting* escolar e familiar em seu cotidiano. Nesse cenário, o presente artigo tem por objetivo problematizar a inserção das TICs nas relações entre professores, pais e alunos de uma escola da rede pública. Compreendemos que essas tecnologias trazem inúmeros benefícios – abrir espaço para o pensamento crítico – e são capazes também de proporcionar alienação, consumismo e adoecimento.

Essa ação possibilitou socializar, sob forma narrativa, a experiência do trabalho com as Oficinas realizadas em uma instituição pública federal, situada em metrópole da Região Sudeste do Brasil, no período de 2013 a 2015.

3. Metodologia

As Oficinas realizadas semestralmente entre 2013 e 2015 contemplaram a problematização do uso abusivo das TICs experienciadas por pais, professores e alunos no âmbito da família e da escola. A primeira teve como participantes, além dos acadêmicos, 31 professores do ensino médio. Na segunda, incluímos pais de alunos, totalizando 52 participantes. Na terceira e quarta Oficinas, contamos com a participação de 15 adolescentes do ensino médio, em cada uma, de uma escola da rede pública. Foram abordadas as temáticas dos efeitos adversos

e o limite e suas formas de colocação para o uso das TICs.

Na busca pela construção de um conhecimento *emancipação* segundo Santos (2000), adotamos a roda de conversa solicitando que os participantes narrassem, de forma interativa, as próprias vivências no enfrentamento dos efeitos adversos e da colocação de limites para uso abusivo das TICs. Cada Oficina foi conduzida pelo coordenador do projeto e por um universitário bolsista com a função de gravar em áudio e transcrevê-la.

Para a realização do projeto, utilizamos a narrativa como técnica. Convidamos os participantes a falar sobre o uso das Tecnologias Computacionais. Cientes do caráter paradoxal da narrativa, buscamos, por meio das falas, tornar presente aquilo que não estava presente, fazendo dessa presença uma não presença.

Anotações foram realizadas por uma bolsista treinada para atuar como observadora nas Oficinas, gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas.

4. Desenvolvimento das oficinas

4.1 Os efeitos adversos: a posição de pais e professores

Em 2013, quando realizamos a primeira Oficina “Efeitos adversos das TICs”, percebemos que havia grande necessidade da população em querer discutir a temática. Várias foram as solicitações de entrevistas para jornais, televisões, rádios, tão logo começamos a divulgação. Com formulações diversificadas, as perguntas do público tinham três focos: o primeiro, fórmulas para impedir o uso abusivo de celular, smartphone, tablet, netbook, notebook, desktop e outros *gadgets* computacionais que estariam causando doenças. O segundo, se tudo não passaria de um alarde, como aconteceu com a televisão e seus supostos malefícios às crianças da década de 1960. O terceiro, a disponibilização abusiva das Tecnologias Computacionais seria fruto do consumismo de *gadgets*, marca das transformações operadas no capitalismo desde as últimas três

décadas do século passado (HARVEY, 1992; OFFE, 1995; GUATTARI, 2000).

Na Oficina, foi colocada a seguinte pergunta: “Na sua infância e ou adolescência, qual o maior temor dos seus pais?” O curto silêncio, seguido de falas entremeadas, eram as marcas da angústia na busca de um espaço para a sua expressão. A pergunta foi trabalhada em pequenos grupos e, em seguida, apresentada em uma plenária, que desencadeou uma discussão sobre algumas questões que dizem respeito aos anseios dos pais quanto ao uso das diferentes tecnologias pelos filhos. O segundo momento, denominado “Causos da Era Digital”, compreendia a narração de duas situações-problema, envolvendo o uso de tecnologias, uma para cada subgrupo.

“Uma menina, filha única, ficava em casa com a babá enquanto os pais saíam para trabalhar. Dentre suas brincadeiras e atividades diárias, estava o uso do computador com acesso à internet. Para a criança, o computador era mais do que um equipamento conectado em rede. Ele representava uma caixa de brinquedos onde ela tinha acesso a uma infinidade de recursos, inclusive de sítios na internet. Um dia, ao chegar do trabalho, a mãe recorreu ao computador para fazer uma pesquisa corriqueira e aproveitou para verificar o histórico de navegação. De repente, vê escrita a expressão – ‘homem pelado’. Grande fora seu susto. A mãe, imediatamente, conclui que a pesquisa foi realizada pela filha de 6 anos”. A coordenadora da Oficina concluiu assim o “causo um”.

O que você faria se estivesse no lugar dessa mãe? Como reagiria diante da filha? Que conclusões ia tirar? Quais os riscos e os benefícios a liberdade de busca na internet pode proporcionar? Foi com base nesses questionamentos que se iniciou toda uma polêmica.

A segunda narrativa contemplava a organização do tempo e o estabelecimento de limites para uso de tecnologias. “Um garoto foi hospitalizado após jogar Xbox 360 por quatro dias seguidos. O adolescente de 15 anos sofreu desmaios e foi internado com sinais de severa desidratação. A sua mãe

comentou que ele estava trancado no quarto havia quatro ou cinco dias, apenas saindo de lá rapidamente para comer algo ou tomar banho. Ao final da maratona, quando foram visitar a tia, o garoto desmaiou três vezes. A mãe, assustada, repetia em prantos: ‘Meu filho vai morrer’. Naquela mesma semana, a família decidiu desfazer do videogame. Ame-drontado, o adolescente não reclamou do castigo, achou justo perder o equipamento”.

As discussões do Grupo 2 foram baseadas nas seguintes questões: Como você reagiria? Quais estratégias utilizaria? Após as discussões, foi realizada uma plenária.

O Grupo 1 apresentou como estratégia a necessidade de uma participação mais ativa da família; o estabelecimento de uma relação de confiança; maior atenção, a fim de identificar mudanças de comportamento da criança; o controle sobre o uso da tecnologia durante a ausência dos pais e informar à criança acerca dos perigos da internet.

A observação e o acompanhamento por parte dos pais no uso da tecnologia foram apontados como condições *sine qua non*. A atenção para as consequências psíquicas, fisiológicas e sociais do uso diário dos jogos eletrônicos foi apontada como medida preventiva à dependência tecnológica. A internet foi assinalada como um “conforto” para os pais, à medida que mantém o filho dentro de casa, ainda que comprometa as relações no ambiente familiar.

Na plenária, os participantes concluíram que as TICs são ferramentas facilitadoras dentro e fora das escolas. Muitos profissionais da educação, principalmente professores, recusam essas novas tecnologias como um instrumento transformador na sua prática pedagógica. Outros as consideraram imprescindíveis para diversão, fazer amizades, trabalhar e cuidar da saúde, até mesmo para mudar a forma como trabalhamos ou pensamos, tornando o modo de viver mais fácil e prático.

As novas tecnologias requerem uma capacitação para aquele que vai utilizá-las, a fim de resgatar os benefícios para o aprendiz do usuário. Ressaltaram ainda a “infância globalizada” como parte da cultura

cibernética, fruto de recursos multimidiáticos. Essa Ciberinfância, de acordo com Dornelles (2005), constitui o mundo daqueles que estão conectados à esfera dos computadores, da internet, dos *games*, do *mouse*, do controle remoto, dos *joysticks*, do *zapping*.

Tal infância afetada pelas novas tecnologias, de modo geral, foi vista, particularmente pelas famílias, como perigosa, uma vez que escapa ao controle. A criança, diante de uma tela, fica sem piscar, perde a criatividade, o poder de imaginar e, conseqüentemente, perde a linguagem, ou seja, a criança fala cada vez menos, já que, se falar, se desconcentra e perde o jogo. Nesse caso, a linguagem visual compete agressivamente com a expressão linguística, vencendo a disputa, em detrimento da riqueza verbal, corporal, gestual e escrita (LEVIN, 2007).

4.2 Os efeitos adversos: os nativos digitais

Com idade variando entre 15 e 18 anos, os participantes das Oficinas realizadas em uma instituição tradicional do ensino médio, localizada no centro da capital, entravam na sala usando mochilas e portando celular. Nascidos e criados em plena era dos *games* e da internet móvel, esses alunos logo perguntaram se era para falar sobre o uso de celular em sala de aula. A questão já deixava transparecer o maior problema na relação entre os professores e a direção da escola; explicados os objetivos daquele encontro e a sua livre participação. Indagados sobre tal situação, foram unânimes em responder que podiam prestar atenção às explicações sobre o funcionamento da Oficina, bem como ler as mensagens do aparelho.

Solicitados a falar sobre o uso de celular durante as aulas, reclamaram, convictamente, sobre o abuso de alguns professores em tomar o aparelho durante as aulas. A indignação maior apareceu ao narraram a atitude de um professor que recolhe os celulares e apenas os devolve para os pais ou os responsáveis. Não faltaram explicações sobre a inadequação do ato, pois se trata de uma apropriação ilegal de um bem bastante útil para comunicar com

a família, em caso de atraso para chegar em casa. Na opinião de outros, o professor não tem esse direito, uma vez que alguns utilizam celular durante as aulas.

Celular, smartphone e tablet são usados fora de casa para comunicação nas redes sociais por meio do Facebook e do WhatsApp. Os computadores que oferecem maiores recursos tecnológicos têm preferência, particularmente, quando se trata de videogame. Isso acontece em casa, à noite – o que inclui a madrugada. As opiniões se dividem quando um participante descreve o quanto o celular no ambiente escolar pode ser prejudicial.

Nas Oficinas, que contaram com a participação dos adolescentes do ensino médio, um jovem argumentou que atualmente se prende tanto ao celular que ele não consegue ficar sem esse aparelho nas mãos ou mantê-lo fora da sua visão. Fica sempre conferindo se o aparelho está ali, até mesmo enquanto dorme, pois tem colegas que acordam para verificar se o celular está carregado, se recebeu alguma mensagem. Tão preso fica, que se torna dependente. Esquecem que tem relação social, amigos, parentes e até namorada. O celular deixa o usuário com um baita problema nas mãos, sempre à mão, ao seu alcance. No fim, acaba deixando a pessoa com a cabeça cansada. A audição, às vezes, fica ruim, cansada também. Colocado em discussão, a agitação foi geral entre os que concordavam e os discordantes.

“Concordo e discordo ao mesmo tempo, fico até confuso. Tudo que você faz muitas vezes, sempre a mesma coisa, até sem querer, é alienação, como o professor de Filosofia falou”. (Aluno 4).

“Na verdade, o problema é fazer isso durante muito tempo. Antigamente, eu praticava esporte. Quando comecei a ficar muito tempo no computador, quase sempre jogando, virei sedentário. Eu era magro, para você ter uma ideia (risos...). É sério, eu era magro; cada vez mais, só mexendo no computador e só engordando. Tenho que parar de jogar e de engordar, mas é difícil, você entende? Minha rotina é acordar por volta das 11 horas; quase sempre durmo por volta

das 5 horas, não tenho sono. É insônia brava. Vou para o computador, nem tomar café eu tomo, almoço rápido, vou para a aula, volto e vou mexer no computador. Eu faço isso o dia inteiro, todos os dias”. (Aluno 6)

A dependência de internet ou *internet addiction* vem sendo pesquisada ao longo dos anos, em busca de dados seguros e de um diagnóstico ideal para a classificação dos dependentes ou não da internet. Essa dependência vem preocupando os pesquisadores por se tratar de uma atividade comum à maioria das pessoas atualmente, e qualquer usuário pode estar sujeito a perder o controle e se tornar um dependente (YOUNG, 2011). O termo net addiction já era usado há quase 20 anos para designar pessoas que fazem uso abusivo da rede mundial de computadores. Já naquela época, para a citada autora, a dependência tecnológica ocorreria entre aqueles que fazem uso, em média, de 38 horas semanais, isto é, de quatro a 10 horas por dia, elevando para 10 a 14 horas nos fins de semana.

Em outro depoimento, ouvimos: “É real. Tudo isso não apenas vem acontecendo, mas o que dá mais medo é ver que essa situação de dependência está aumentando. Mas também não podemos achar que todo mundo que usa muito ficará viciado. Eu tenho computador em meu quarto. Comecei a ficar só no computador, mas isso não altera nada em mim. Cada caso é um caso, entendeu? Quando percebi o que estava acontecendo, eu coloquei um limite. Eu via que isso faria mal para a saúde. Computador é uma coisa muito boa e muito ruim. Preguiça e conflito são considerados as piores coisas que podem acontecer na relação com o celular. Fazer os trabalhos da escola ou ficar ouvindo música, jogando, conversando com os amigos no WhatsApp? Isso começou quando eu ganhei o celular. Minha mãe nunca foi de colocar limite. Ficava martelando na minha cabeça – não vou mexer no celular, eu estou bem na escola. Olhava para ele e para o caderno, aí te dá aquela preguiça. Não é cansaço, é preguiça mesmo. Para mexer no celular ou no *tablet*, eu não sinto preguiça. Não é uma questão de dependência; o prazer de jogar é maior que o de estudar. Eles

estão crescendo com a tecnologia, não estão querendo fazer um esporte em si, preferem jogos virtuais. Assim, ficam ‘presos’ naquele mundinho do apartamento”. (Aluno 7)

Percebe-se que os alunos não conseguem ficar muito tempo sem estar conectados. Ao ser questionada sobre passar muito tempo conectada, a maioria afirmou que acarretou vários problemas emocionais e físicos, como ansiedade, insônia, sedentarismo, perda de compromissos, perda de contato entre familiares e amigos, dentre outros. O abuso do tempo *on-line* foi confirmado pela maioria dos alunos, tendo em vista os problemas acima relatados e também a necessidade de estarem constantemente conectados.

5. Estratégias para lidar com as Tecnologias Computacionais

Com base nas narrativas sobre as situações críticas construídas no cotidiano para lidar com a relação sujeito – TICs –, professores e pais de alunos configuram uma matriz coletiva. “Ações necessárias”, “Estratégias de enfrentamento” e “Resultados esperados” constituíram uma forma de organizar e sintetizar os depoimentos na tentativa de alcançar uma maneira efetiva para lidar com a problemática, conforme o quadro abaixo:

6. Considerações Finais

As TICs representam na contemporaneidade muito mais do que possibilidade de comunicação, visibilidade e interação social. Elas carregam simbolicamente a conquista do “poder” na sociedade atual. Entretanto, essas tecnologias que trazem inúmeros benefícios são capazes também de proporcionar alienação, consumismo e adoecimento. No momento em que a comunicação por meio do suporte tecnológico se tornou acessível e as telas invadiram os ambientes de convívio familiar ou institucional, tornou-se necessário reorganizar os processos de trabalho e a forma de lidar com o mundo.

Não existe uma receita ou uma resposta pronta para trabalhar com as transformações na convivência humana operadas pelas tecnologias. Há, porém, um grande desafio a ser enfrentado conforme avaliação dos participantes da Oficina para a minimização do sofrimento e do adoecimento, bem como da construção de formas de relacionamento mediadas pelas Tecnologias Computacionais.

As novas estratégias de ensino devem ser implantadas, mediadas pelas TICs, ampliando a relação de ensino-aprendizagem, diminuindo barreiras de tempo e espaço e extrapolando a sala de aula física

Quadro I: Ações, estratégias e resultados. Belo Horizonte, 2016.

Ações, estratégias e resultados		
Ações	Estratégias	Resultados esperados
a) Racionalizar o uso das TICs na vida escolar.	a) Reflexão com os alunos sobre a real pertinência do uso de Tecnologias Computacionais; criação de outras estratégias, inserção de elementos artísticos relacionados ao conteúdo – músicas, imagens, técnicas corporais, textos.	a) Maximização do diálogo e da participação; promoção da interatividade e da sensibilidade artísticas.
b) Reduzir o tempo de exposição diante da tela.	b) Didáticas de interação, revitalização dos suportes existentes e criação de outros suportes.	b) Vislumbre de novas tendências e possibilidades de ensino-aprendizagem.
c) Ampliar a sala de aula para além das quatro paredes.	c) Incentivo de atividades extrassala.	c) Implementação de uma escola sem muros.
d) Humanizar a sala de aula.	d) Acolhimento e encaminhamento do aluno com base em suas necessidades.	d) Criação de espaços para a manifestação do sofrimento e da escuta diferenciada; melhoria das relações professor-aluno.
e) Instrumentalizar a família para lidar com o uso abusivo das TICs.	e) Capacitação dos educadores para tal; criação de ambientes virtuais para contatos com a família.	e) Aumento do apoio familiar; construção de estratégias coletivas.
f) Definir regras quanto ao uso das Tecnologias Computacionais.	f) Negociação entre professores, alunos e pais quanto ao uso das TICs.	f) Implementação de acordos.

Fonte: elaborado pelos autores

e convencional. O uso da tecnologia deve exercer influência positiva, mas, para isso, é necessário aprofundar-se nos estudos direcionados para uma reformulação da metodologia de ensino, a fim de que atenda à nova realidade educacional.

7. Referências

- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs capitalismo e esquizofrenia**. Vol. 1. Coleção TRANS. Rio de Janeiro, Editora 34, 1995. 94 p.
- DORNELLES, L. V. **Infâncias que nos escapam: da criança na rua à criança cyber**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- GUATTARI, F. **As três ecologias**. Campinas: Papirus, 2000.
- HARVEY, D. **Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança social**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 1992. 34 9p.
- LEVIN, E. **Rumo a uma infância virtual? A imagem corporal sem corpo**. Trad. Ricardo Rosenbush. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
- LEVY, T. **A experiência do fora: Blanchot, Foucault, Deleuze**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003.
- OFFE, C. **Capitalismo desorganizado**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1995.
- PAIM, J. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.
- PELBART, P. **Da clausura do fora ao fora da clausura: Loucura e Desrazão**. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- RORTY, R. **Objetivismo, relativismo e verdade**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002.
- SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência**. São Paulo: Cortez, 2000.
- VIRILIO, P. **O espaço crítico e as perspectivas do tempo real**. Rio de Janeiro: Editora 34, 2005.
- YOUNG, K. *et al.* **Dependência de internet**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

Internação psiquiátrica compulsória de usuários abusivos de drogas: uma falência ao SUS e um desuso da Política de Redução de Danos

Compulsory psychiatric admission for abusive drug users:
a bankruptcy to SUS and a disuse of damage reduction policy

Gustavo Augusto dos Santos¹
Isabela Saraiva Queiroz²

¹Terapeuta ocupacional
Centro de Atenção
Psicossocial -
Cláudio-MG
gustavoto1986@
gmail.com

²Docente da Pontifícia
Universidade Católica
de Minas Gerais

RESUMO: Este artigo analisa a prática da internação psiquiátrica compulsória utilizada como primeiro recurso de tratamento dos sujeitos em uso abusivo de álcool e outras drogas. Mediante a metodologia de pesquisa bibliográfica, é apresentada, no artigo, a história do proibicionismo no mundo e no Brasil, o uso equivocado da Lei de Saúde Mental (10.216/01) para justificar a internação psiquiátrica compulsória, a política de abstinência adotada pelas comunidades terapêuticas para tratamento do uso abusivo de álcool e drogas e a violação de direitos que ocorre nesses espaços, e a falta de transparência do Ministério da Saúde na escolha de qual política a ser adotada no campo da atenção ao usuário de álcool e outras drogas. Ao final, a Política de Redução de Danos é apresentada como alternativa ao impasse, ao focar suas intervenções no campo dos direitos humanos, a partir da singularidade de cada sujeito envolvido.

Palavras-chave: Saúde Mental, Internação Compulsória, Redução de Danos.

ABSTRACT: *This paper analyzes the practice of compulsory psychiatric hospitalization as the main treatment resource for subjects showing abusive use of alcohol and other drugs. Through the methodology of bibliographic research, this paper presents the history of prohibition in the world and in Brazil, as well as the misuse of mental health law (10.126/01) in order to justify compulsory psychiatric hospitalization, the abstinence policy adopted by therapeutic communities regarding treatment for abusive use of alcohol and drugs and the violation of rights that occurs in these spaces, and the lack of transparency of the Ministry of Health in choosing the politics adopted within the field of assistance to alcohol and drugs user. In the end, the harm reduction policy is presented as an alternative to the impasse, with a focus in interventions in the field of human rights, based on the singularity of each subject.*

Keywords: *mental health; compulsory hospitalization; harm reduction*

1. Introdução

A reforma psiquiátrica procura desenvolver nos usuários com transtornos mentais possibilidades de exercício da sua cidadania e garantia de direitos, uma vez que, em um passado recente, esses lhes foram privados. As intervenções a eles direcionadas se davam através de internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos, nos quais havia ausência de projetos que possibilitassem a sua (re)inserção psicossocial, sendo submetidos a tratamento em condições sub-humanas e ao abandono dos familiares durante o período de asilamento (PINTO; FERREIRA, 2010). Atualmente, esses fatos ocorrem em menor proporção, mas a luta por qualidade de vida e direito à cidadania desses usuários e a superação do preconceito e da discriminação ainda continuam.

Uma conquista importante nesse processo foi a aprovação da lei “Paulo Delgado” (Lei nº 10.216/01), criada com o intuito de garantir a tais usuários um tratamento digno, humano e ético (PRAZERES; MIRANDA, 2005). Apesar de várias manobras políticas e mudanças no texto original da lei, foram regulamentadas as internações e promovida a desospitalização; porém, a criação de serviços substitutivos aos hospitais, como previsto (Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, Centro de Referência Saúde Mental - CERSAM, Centro de Referência em Saúde Mental Infante Juvenil - CERSAMI, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS AD, Serviços de Residência Terapêutica, Centros de Acolhimento, Centros de Convivência e Consultórios de Rua), não se deu na mesma proporção do fechamento dos hospitais psiquiátricos, e, quando criados, esses serviços receberam pouco investimento para a realização de um trabalho que pudesse efetivar a busca pela qualidade de vida dos usuários em sofrimento mental, e, mais recentemente, de pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas (ANDRADE, 2011).

O histórico da atenção ao uso abusivo de drogas remonta ao início na década de 1920, quando ainda não havia nenhuma regulamentação sobre o assunto (MACHADO;

BOARINI; 2015). Novaes (2014) e Machado e Boarini (2015) mostram, em suas pesquisas, que o Decreto-Lei nº. 891, que proibia o uso do ópio e da cocaína e determinava internação compulsória em hospitais psiquiátricos para desintoxicação de indivíduos em uso abusivo de etílicos, foi criado no primeiro governo de Getúlio Vargas, em 1938. Essa foi a primeira lei de drogas criada no Brasil, tendo permanecido vigente durante 30 anos. Na década de 1970, o decreto-lei foi ratificado pelo general Ernesto Geisel, durante a ditadura militar, e se tornou a Lei nº 6.368/1976 (MACHADO; BOARINI, 2015). Cabe assinalar que as políticas públicas sobre enfrentamento das drogas até então partiam do âmbito jurídico, e, até aquele momento, não se pensava o consumo abusivo de álcool e outras drogas como questão de saúde pública, sendo o tratamento visto como castigo, com a obrigatoriedade do indivíduo se manter abstinente.

Na década de 1980, intensificaram-se as discussões sobre o consumo de álcool e outras drogas (MACHADO; BOARINI, 2013; RIBEIRO; MINAYO, 2015). Esse problema ainda não era pautado nas discussões de saúde pública; então, surgem nesse cenário as comunidades terapêuticas, de origem religiosa e não governamental, que se tornam a “válvula de escape” para “solucionar” o sofrimento de indivíduos e familiares em decorrência do uso abusivo de drogas (MACHADO; MIRANDA, 2007; MACHADO; RIBEIRO, 2013; RIBEIRO; MINAYO, 2015). É importante ressaltar que os investimentos e as ofertas de tratamento do uso de álcool e outras drogas na rede pública de saúde eram nulos, ainda sendo assunto de âmbito jurídico e segurança pública, ou seja, o assunto “drogas” até então era visto exclusivamente como caso de polícia (CRUZ; SÁAD; FERREIRA, 2003; MACHADO; MIRANDA, 2007). No final da década de 1980, iniciam-se as discussões entre Saúde e Segurança Pública para o enfrentamento do abuso de álcool e outras drogas. Concomitantemente, começam as discussões sobre o enfrentamento do vírus da AIDS (MACHADO; RIBEIRO, 2013). O motivo de a política de

enfrentamento à AIDS estar associada às discussões sobre drogas era o fato de o compartilhamento de seringas ser um dos principais fatores de risco para a proliferação do vírus da AIDS (ANDRADE, 2011; MACHADO; RIBEIRO, 2013; NOVAES, 2014; QUEIROZ, 2001; RIBEIRO; MINAYO; 2015).

Em 1998, é criado o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), que passou a adotar como política de enfrentamento a redução de danos, numa proposta alternativa de tratamento da questão das drogas e da AIDS. A adoção da redução de danos, no entanto, entrava em desacordo com os dispostos na Lei nº 6.368/1976. Assim, em 2002, a Lei nº 6.368/1976 foi revogada pela Lei nº 10.409/02; porém, esta ainda era muito repressiva aos usuários de drogas e pouco inclusiva no tocante à reabilitação dos indivíduos em uso abusivo (BRASIL, 2002).

Em 2006, foi aprovada a Lei de Drogas (11.343/06), que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre drogas e regulamentou ações de prevenção ao uso indevido e dependente de drogas, estabelecendo normas de forma repressiva à produção não autorizada e ao tráfico (BRASIL, 2006). A Lei de Drogas revogou as Leis nº 6.368/1976 e nº 10.409/2002, uma vez que a primeira lei (6.368/1976) possuía caráter duramente repressivo e não fazia distinção entre usuário e traficante (BRASIL, 1976). E a segunda lei (10.409/2002), mesmo já tendo incluído medidas preventivas, como tratamento para o uso de drogas, fazia-o de forma pouco inclusiva, mantendo grande parte dos usuários em situação de vulnerabilidade fora do seu campo de atenção (BRASIL, 2002).

A Lei de Drogas de 2006 incluiu ações para redução de fatores de vulnerabilidade, indicações para tratamento com projeto terapêutico individualizado, visando à inclusão social, às orientações científicas aos serviços públicos e privados, à extinção de preconceitos e discriminação no tratamento dos indivíduos em uso abusivo, ao “retardamento do uso” e redução de riscos como resultados positivos do tratamento, ao trabalho em rede dos setores públicos (SUS,

SUAS) e aos espaços de formação para profissionais da Educação sobre o uso abusivo de drogas (BRASIL, 2006). É importante esclarecer ainda que a Lei de Drogas de 2006 (11.343/2006) não descriminalizou o uso de drogas e tampouco estabeleceu a quantidade de substância que diferencia uso pessoal de tráfico (BRASIL, 2006). Assim, a distinção da quantidade pega em flagrante fica a cargo do agente de Segurança Pública (Polícia Militar e Guarda Municipal), estando sujeita a avaliações equivocadas, fundamentadas em preconceitos, especialmente os de classe e raça. Dessa maneira, o indivíduo flagrado portando drogas, mesmo que para uso pessoal, estará cometendo crime, sendo autuado no art. 28 da Lei de Drogas de 2006.

Art. 28. Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas: I – advertência sobre os efeitos das drogas; II – prestação de serviços à comunidade; III – medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.

§ 2º Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta aos antecedentes do agente. (BRASIL, 2006)

O Judiciário, a fim de solucionar as questões relativas ao tratamento de sujeitos em uso abusivo de álcool e drogas, tem utilizado a lei “Paulo Delgado” (10.216/01), especificamente o art. 6º, que trata dos tipos de internação, para promover a reclusão como principal forma de tratamento (BRASIL, 2001; COELHO; OLIVEIRA, 2014; SANTOS; OLIVEIRA, 2012).

Artigo 6º - A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único - São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça. (BRASIL, 2001)

Portanto, neste artigo, é problematizada a aplicação da Lei nº 10.216/01 para a internação psiquiátrica compulsória de usuários em uso abusivo de álcool e drogas, a ausência do Judiciário na indicação dos serviços substitutivos para tratamento (CERSAMs, CAPS e CAPS AD), o financiamento de serviços particulares (comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos) e o fato de a política adotada pelo Ministério da Saúde (política de tratamento voltada para a redução de danos) no enfrentamento desta problemática não ser utilizada ou sequer mencionada nos despachos dos magistrados.

O estudo da temática acima se justifica porque, mesmo após o Ministério da Saúde regulamentar a Portaria GM/MS 3.088/11, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), está em consonância com a Lei nº 10.216/01 e tem em suas premissas a atenção ao usuário abusivo de álcool e drogas, o Judiciário insiste em determinar a privação de liberdade desses sujeitos como principal forma de tratamento, ausentando-se de sua corresponsabilidade na promoção e prevenção à saúde pelos trâmites legais.

Para a produção deste artigo, foi escolhido o método de pesquisa bibliográfica. Os artigos foram coletados nas bases de dados BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online), com base nos seguintes descritores: “reforma psiquiátrica” “redução de danos”, “políticas públicas” e “drogas”. Os critérios de exclusão utilizados foram: artigos científicos anteriores ao ano de 2005, artigos em língua estrangeira e que, em seu conteúdo, abordassem a política de abstinência como estratégia para o uso abusivo de álcool e outras drogas. De forma complementar, foram incluídos quatro livros na produção do artigo, sobre políticas públicas, redução de danos e uso de drogas.

2. O proibicionismo e seus efeitos na produção da violência

A política proibicionista, liderada pela Organização das Nações Unidas (ONU) e pelos Estados Unidos da América (EUA), teve seu marco inicial na história com a Convenção Única sobre Entorpecentes, em 1961 (FIORE, 2012). Sua elaboração contou com a participação política direta de religiosos, políticos e juristas, que tinham a intenção de estabelecer uma “ação preventiva” em relação ao comércio e ao uso de drogas (FIORE, 2012) (SANTOS; OLIVEIRA, 2012). Logo após, aliaram-se à elite estadunidense e às indústrias farmacêuticas, que visavam ao controle na produção de medicações psicotrópicas (FIORE, 2012; SANTOS; OLIVEIRA, 2012). A política proibicionista se universalizou e foi incorporada por outros países, dentre eles o Brasil; porém, aqui os atores envolvidos na política de proibição foram os psiquiatras e os médicos legistas, que, diante da estagnação do Estado em relação ao alto consumo de álcool no país, criaram várias sociedades privadas com vistas à elaboração de medidas assistenciais para alcoolistas e educação antialcoólica, fundamentadas em propostas moralistas e higienistas (FIORE, 2012; SANTOS; OLIVEIRA, 2012).

No interior do paradigma proibicionista, o uso de drogas é apresentado em associação com violência, por estar associado a um estilo de vida delinquente, para ser mais claro (VELHO, 1997). Zaluar (2000) aponta que os usuários de substâncias psicoativas, de fato, cometem pequenos furtos e roubos para pagar as dívidas que contraem com traficantes e policiais que os extorquem. Sendo assim, costumam se associar a grupos que comandam o tráfico para pagarem suas dívidas ou para se defenderem dos inimigos que os exploram (ZALUAR, 2000). Recentemente, Fiore (2012) inverteu a lógica da violência/uso de drogas, apontando que não há, necessariamente, relação direta entre esses dois fenômenos:

É importante lembrar, nesse último ponto, que, diferente do que pregam os defensores da

proibição, os dados empíricos não relacionam o consumo de drogas à violência, mesmo na dinâmica própria do comércio ilegal. Países da Europa Ocidental, por exemplo, têm, proporcionalmente, mais consumidores de drogas ilegais do que a maior parte dos países da América Latina, mas tanto o consumo como o comércio dessas substâncias se dão de forma muito menos violenta. Ou seja, a violência do comércio de drogas responde aos contextos em que ele ocorre e, portanto, acentua a desigualdade internacional e intranacional. (FIORE, 2012, p. 14)

Da mesma forma, Velho (1997) aponta que a proibição das drogas tem gerado mais violência, totalitarismo, preconceitos e atitudes desumanas, além da corrupção do sistema de segurança pública.

Velho (1997) apresenta a mudança de significado do uso de drogas como fator decisivo para a política de proibição. Ao final da Segunda Guerra Mundial, a droga era usada como ritual de pertencimento grupal com uma finalidade cultural, religiosa e política, tendo como usuários conhecidos os hippies e os membros da contracultura. No Brasil, a maioria dos usuários estava ligada ao movimento de oposição ao regime militar, marcado por músicas e peças musicais de denúncia política (VELHO; 1997). Nos últimos trinta anos, a droga passou a ser assimilada à cultura do medo, desenvolvendo-se em redes criminosas de tráfico, que estabelecem violência, desconfigurando as relações sociais proporcionadas anteriormente (VELHO, 1997). Esse autor ainda aponta que a formação de quadrilhas torna policiais e traficantes os principais atores da instabilidade no campo da segurança por conta da competição por dominação de territórios e até mesmo em função da repressão policial, acrescida do tráfico de armas, que se torna potencializador de riscos e agravantes de todo o contexto.

O cenário apresentado acima forneceu as bases para a constituição de leis e práticas de atenção fundamentadas no modelo jurídico-moral (ACSELRAD, 2000), que estabelece os dispositivos de medicalização e de criminalização como balizadores da atenção ao

usuário de álcool e outras drogas. A seguir, veremos os efeitos da lógica proibicionista no Judiciário e na prescrição da internação compulsória como medida padrão para o tratamento da questão.

3. Saúde mental e internação compulsória: contradições na aplicação das leis no campo da atenção ao usuário de álcool e outras drogas

A Lei nº 10.216/01 organiza a atenção a pessoas com sofrimento mental, não faz menção específica à atenção a sujeitos em uso abusivo de álcool e outras drogas. Em seu art. 4º, enfatiza em que momento se deve realizar a medida de internação: “Art. 4º - A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (BRASIL, 2001).

O que está problematizado neste artigo é o fato de que as internações psiquiátricas compulsórias vêm sendo realizadas excluindo o direito do indivíduo de acessar primeiramente os dispositivos da rede substitutiva em saúde mental para tratamento, incluindo o seu desejo de realizar tal tratamento (ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2013). Muitas vezes o pedido de internação é autorizado desconsiderando-se o esgotamento dos recursos extra-hospitalares, como o artigo da lei acima apresentado menciona. Comumente, a sentença ocorre antes mesmo de o usuário acessar os serviços públicos disponíveis (CERSAMs, CAPS e CAPS AD) e, geralmente, decide-se pela internação em instituições privadas (NOVAES, 2014).

Diante dessas questões, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Nacional de Saúde Mental, instituiu pela Portaria nº 3.088/11 a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que organiza o funcionamento dos serviços de saúde mental municipais para que o acesso ao tratamento de indivíduos com sofrimento mental e em uso abusivo de álcool e outras drogas seja facilitado (CLEMENTE; LAVRADOR; ROMANHOLI, 2013; QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

São diretrizes da Portaria nº 3.088/11:

- I — Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II — Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III — Combate a estigmas e preconceitos;
- IV — Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V — Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI — Diversificação das estratégias de cuidado;
- VII — Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII — Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX — Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X — Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI — Promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII — Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular. (BRASIL, 2011, p. 3)

Cabe apontar aqui que o sujeito em uso abusivo de drogas não deve ser visto como necessariamente um portador de transtornos mentais (COELHO; OLIVEIRA, 2014). Desse modo, basear-se na Lei nº 10.216/01 como justificativa para a internação desses sujeitos não lhes assegura os direitos que estão previstos na Constituição Federal e nas diretrizes da RAPS (COELHO; OLIVEIRA, 2014; BRASIL, 2011). Coelho e Oliveira (2014) concluem, assim, que a aplicação da lei de saúde mental para a internação psiquiátrica compulsória de pessoas em uso abusivo de drogas é um retrocesso à Reforma Psiquiátrica, uma vez que essa foi concebida para romper com as práticas de recolhimento, que desrespeitavam os direitos civis daqueles que sofrem com transtornos mentais, agora reproduzidas na atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

4. Uso indevido dos recursos públicos e financiamento de comunidades terapêuticas

No art. 5º da Portaria nº 3.088/11 estão dispostos os componentes da RAPS na atenção residencial de caráter transitório, nos quais as comunidades terapêuticas estão incluídas:

Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

IV - Na atenção residencial de caráter transitório:

b) Serviços de Atenção em Regime Residencial, dentre os quais Comunidades Terapêuticas – serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove (09) meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Esta Instituição funciona de forma articulada com: (i) a atenção básica - que apoia e reforça o cuidado clínico geral dos seus usuários - e com (ii) o Centro de Atenção Psicossocial, que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado, bem como participa de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade. (BRASIL, 2011)

A inclusão das comunidades terapêuticas na RAPS introduziu no campo da saúde mental um dissenso quanto aos seus princípios. Além de os direitos civis e constitucionais serem violados com a prática de reclusão para tratamento, a manutenção do modelo jurídico-moral como um organizador do campo contribui para a criação de estereótipos, reforçando a ideia de que quem se envolve com drogas está sempre inserido em lógicas de exclusão e criminalização (ZALUAR, 2000).

A demonização das substâncias psicoativas e a associação entre uso de drogas e violência urbana incitam a internação do usuário. Soma-se a isso a ausência do governo no investimento em políticas públicas para o enfrentamento dos problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, o que reforça o apoio popular às práticas de internação psiquiátrica compulsória (ZALUAR,

2000, p. 62; ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2013; RIBEIRO; MINAYO, 2015).

Nesse cenário, instituições religiosas avançaram na prestação de serviços de internação de usuários de álcool e outras drogas em espaços isolados geograficamente, com o intuito de promover a sua “recuperação” a partir de um trabalho fundamentado em três pilares: disciplina, trabalho e espiritualidade como fins terapêuticos (QUEIROZ, 2001; RIBEIRO; MINAYO, 2015). Os usuários nesses espaços são obrigados a cumprir o programa “terapêutico” proposto, que inclui participação em cultos religiosos que pregam a “libertação do vício” (FIORE, 2012). Ribeiro e Minayo (2015) apontam o caráter de violação do direito de escolha em relação a credo e orientação sexual presente nessas práticas:

Havia obrigatoriedade de participação em atividades religiosas, ferindo o direito de escolha a outro credo, ou mesmo, de nenhum [...]. Homossexuais e travestis, por possuírem uma sexualidade considerada desviante, eram discriminados, quando não também submetidos a ações de ‘cura’, ou seja, de mudança de orientação sexual. (RIBEIRO; MINAYO, 2015 p. 520)

Nas últimas eleições, líderes de religiões cristãs protestantes aumentaram o número de representantes em Câmaras de Vereadores, Assembleias Legislativas, no Congresso e no Senado. Esses representantes têm utilizado tais espaços para defender a existência das comunidades terapêuticas, com o discurso de oferta de uma alternativa de “cura” ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Ultimamente, esse assunto tem sido muito debatido, uma vez que a maioria desses locais não recebe fiscalização periódica e ainda demandam o recebimento de recursos públicos para o desenvolvimento do seu trabalho (RIBEIRO; MINAYO, 2015). O relatório produzido pelo Conselho Federal de Psicologia (2011) relativo às inspeções realizadas nas comunidades terapêuticas menciona o recebimento de incentivos fiscais, recursos públicos e classificações de “utilidade pública”.

O financiamento público de comunidades terapêuticas para o tratamento do uso

abusivo de álcool e outras drogas ganhou mais evidência em 2010, com o lançamento do “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas”, de iniciativa do governo federal. Nele o Comitê Gestor do Plano, o Ministério da Saúde e a Senad (Secretaria Nacional Antidrogas) lançaram um edital para a pactuação de leitos em comunidades terapêuticas (FOSSI; GUARESCHI; 2015). No fim do ano de 2011, o governo federal divulgou que investiria quatro bilhões de reais em comunidades terapêuticas, com previsão de abertura de 2.462 leitos para a internação de usuários álcool e outras drogas (FOSSI; GUARESCHI; 2015). Cabe observar que o mesmo Ministério da Saúde que havia adotado, em 2003, a Política de Redução de Danos para o enfrentamento do uso abusivo de drogas, anos mais tarde, passa a financiar entidades particulares (comunidades terapêuticas) para a realização de intervenções junto a usuários de álcool e outras drogas pautadas na lógica da abstinência, alternativa contraditória à política proposta anteriormente. A ausência do Estado na discussão desse assunto e as mudanças não realizadas por ele, conforme disposto na Lei nº 10.216/01 da reforma psiquiátrica, foram fatores decisivos para que o fortalecimento e a manutenção da ideia de que a alternativa principal para a atenção ao usuário de drogas é internação (ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2013).

Assis, Barreiro e Conceição (2013) também apontam que a dificuldade de entendimento do fenômeno das drogas e dos diferentes tipos de pensamento em relação ao assunto favorece a visão de que a internação é a única forma de tratamento disponível ao usuário de álcool e outras drogas. Diante dessa lacuna, o saber biomédico e as concepções morais influenciaram decisivamente na formação de opinião sobre o tratamento do uso abusivo de drogas na sociedade, o que também afeta os encaminhamentos do sistema.

Fato é que o Judiciário tem optado pelo imediatismo para fazer justiça, levando em consideração os relatos de familiares que demandam como solução a interdição do

sujeito, excluindo da análise dos casos os laudos médicos e os pareceres multidisciplinares (ANDRADE, 2011; NOVAES, 2014). Ou seja, o diagnóstico de que o uso abusivo de drogas torna o indivíduo acometido por transtornos mentais e, por isso, passível de internação compulsória é feito também por uma autoridade jurídica, além do psiquiatra, direcionando-o para comunidades terapêuticas e promovendo a violação dos seus direitos de cidadania previstos nos arts. 5º e 6º da Constituição Federal, que versam sobre os direitos à vida, à saúde, tratamento igualitário ausente de tortura e/ou tratamento desumano (BRASIL, 1988) e o art. 5º da Portaria nº 3.088/11, que estabelece as comunidades terapêuticas como serviço de caráter transitório, e não de internação. Além disso, cabe ressaltar que muitas publicações científicas apontam a ineficácia do tratamento para o uso abusivo de drogas contra a vontade do sujeito (QUEIROZ, 2001; ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2013; NOVAES, 2014).

5. A Política de Redução de Danos como alternativa de saúde pública na atenção ao usuário abusivo de álcool e outras drogas

Com vistas à tentativa de superar os equívocos do Judiciário e do financiamento indevido de comunidades terapêuticas, apresentaremos aqui a Política de Redução de Danos, que oferta uma proposta de tratamento fundamentada em pressupostos do campo dos direitos humanos, considerando cada sujeito envolvido em sua singularidade.

As intervenções de redução de danos tiveram início em 1926, na Inglaterra, como resultado da tentativa de se criar modelos de vida mais saudáveis para a população usuária de drogas (opiáceos), visando ao controle dos efeitos devastadores causados pelo uso e por sua interrupção insegura. Nesse contexto, o secretário da saúde e presidente do Royal College Physicians, Sir Humphrey Rolleston, criou um protocolo estabelecendo que os usuários pudessem ter acesso a prescrições médicas regulares de produtos derivados do ópio (ELIAS; BASTOS, 2010; QUEIROZ,

2001; SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2010). Décadas mais tarde, nos anos 1970, na Holanda, pensava-se uma política de tolerância às drogas, o que fez com que, em 1976, a Lei Holandesa do Ópio fosse revista, diferenciando o tratamento das drogas pelo seu potencial de danos aos usuários (QUEIROZ, 2001). A partir disso, na década de 1980, os usuários holandeses de drogas consideradas pesadas criaram uma associação (Junkie-bond), que, dentre outras ações, promovia a troca de materiais já utilizados por outros estéreis, tendo em vista que um crescimento no número de casos de hepatite estava ocorrendo naquele momento (QUEIROZ, 2001).

Em 1985, em Liverpool, na Inglaterra, a redução de danos se tornou uma ação de políticas públicas na área da saúde e teve como resultado positivo a prevenção de novos diagnósticos de AIDS, passando a ser difundida no mundo todo (QUEIROZ, 2001; SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2010). Marllat e colaboradores (1999) citam algumas estratégias de redução de danos presentes naquele momento, como troca de seringas, tratamento para a dependência e internação para a desintoxicação. Elias e Bastos (2010) mostram que, em Kingston e Toronto, no Canadá, as ameaças de infecções pelo HIV foram reduzidas nos indivíduos que não tinham como objetivo no tratamento a abstinência do uso de drogas. Ainda Elias e Bastos (2010) apontam que, para que sejam eficazes, as estratégias de redução de danos devem contar com uma rede de outros serviços que se fundamentem na mesma lógica no enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas e que cuidados clínicos, sociais e aconselhamentos devem estar incluídos na oferta de tratamento.

A redução de danos é uma política estabelecida no pressuposto de que o usuário de drogas deve ter seus direitos de cidadão respeitados (QUEIROZ, 2001; RIBEIRO; MINAYO, 2015). É pelo fato de as autoridades jurídicas não considerarem o direito de escolha do usuário e instituições privadas estarem à frente de intervenções de cunho moral-religioso em espaços que deveriam

ser orientados pelos pressupostos da saúde pública que aqui são reivindicados os direitos dos usuários e a efetivação das políticas públicas. O histórico da Política de Redução de Danos mostra a possibilidade de superação da marginalização do usuário e o seu engajamento político com vistas à garantia de direitos e qualidade de vida.

Conclusão

Ao fim deste trabalho, concluímos que há muito o que se debater em relação às políticas públicas de álcool e outras drogas no Brasil. Ficou evidente como a autoridade judicial comete equívocos na aplicação das leis, viola direitos garantidos na Constituição e não responsabiliza o Estado pela ausência de serviços que atendam a demandas específicas da população. Responsabilizando o Estado, a presença de comunidades terapêuticas far-se-ia em menor proporção do que ocorre atualmente. Fato é que, hoje, além de todas as situações de violência que um sujeito em

uso abusivo de drogas sofre ao não encontrar tratamento pautado na saúde pública, garantido por lei, se depara com a oferta de atenção em instituições nas quais se defronta com novas violações dos seus direitos.

Também ficou evidenciado que, ainda que existam os serviços substitutivos, eles dificilmente são acionados pela Justiça. Assim, faz-se necessária uma aproximação entre a Saúde e a Justiça, para que se possa colocar em prática políticas que vão favorecer, não somente os sujeitos em uso abusivo de drogas, mas toda a sociedade.

Por fim, finalizamos afirmando que a prática de internação psiquiátrica compulsória é um retrocesso à reforma psiquiátrica e que, neste momento, a reforma psiquiátrica se encontra diante de um novo desafio na luta pela garantia de direitos, tendo enfrentado discussões árduas em busca da redução de discriminações e preconceitos. O tempo passou, um capítulo aparentemente foi finalizado e outro começa a ser escrito.

6. Referências

ACSELRAD, G. A educação para autonomia: a construção de um discurso democrático sobre o uso de drogas. In: _____ (Org.). **Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. 312 p.

ANDRADE, T. M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-812320111001300015&Ing=ptnrm=iso>. Acesso em: 7 ago. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-812320111001300015>.

ASSIS, J. T.; BARREIROS, G. B.; CONCEIÇÃO, M. I. G. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 584-596, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142013000400007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142013000400007>.

BRASIL. Código Penal. Decreto-Lei nº. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Institui o Código Penal Brasileiro. **Diário Oficial da União**. 31 de dezembro de 1940.

_____. 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. **Diário Oficial da União**. 26 de dezembro de 2011.

_____. Lei nº. 6.368, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. **Diário Oficial da União**. 22 de outubro de 1976.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. 292 p.

_____. Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**. 9 de abril de 2001.

_____. Lei nº. 10.409, de 11 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**. 14 de janeiro de 2002.

_____. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad. **Diário Oficial da União**. 24 de agosto de 2006.

CLEMENTE, A.; LAVRADOR, M. C. C.; ROMANHOLI, A. C. Desafios da rede de atenção psicossocial: problematização de uma experiência acerca da implantação de novos dispositivos de álcool e outras drogas na rede de saúde mental da cidade de Vitória-ES. **Polis e Psique**, v. 3, n. 1, p. 80-99, 2013. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/41111/26490>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

COELHO, I.; OLIVEIRA, M. H. B. Internação compulsória e *crack*: um desserviço à saúde pública. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 359-367, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000200359&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 out. 2015. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140033>.

IORE, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos estud.** - **CEBRAP**, São Paulo, n. 92, p. 9-21, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002012000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 7 jul. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-33002012000100002>.

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. F. O modelo de tratamento das Comunidades Terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 94-115, jan.-abr. 2015.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-9893201300030006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 7 set. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-9893201300030006>.

MARLLAT, G. A. *et al.* **Redução de danos**: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artmed, 1999.

NOVAES, P. S. O tratamento da dependência química e o ordenamento jurídico brasileiro. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 342-356, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142014000200342&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 9 ago. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0381v17n2a13>.

PRAZERES, P. S.; MIRANDA, P. S. C. Serviço substitutivo e hospital psiquiátrico: convivência e luta. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 198-211, jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 set. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932005000200004>.

PINTO, A. T. M.; FERREIRA, A. A. L. Problematizando a Reforma Psiquiátrica Brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 27-34, jan./mar. 2010.

QUEIROZ, I. S. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 2-15, dez. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo>

br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 1º out. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932001000400002>.

QUINDERE, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-271, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000100253&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000100014>.

RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, M. C. S. As comunidades terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 515-526, set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300515&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 5 set. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0571>.

SANTOS, J. A. T.; OLIVEIRA, M. F. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **J Nurs Health**, Pelotas, v. 1, n. 2, p. 82-93, jan./jun. 2012.

SANTOS, V. E.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 995-1015, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000300016>.

VELHO, G. Drogas e construção social da realidade. In: BAPTISTA, Marcos & INEM, Clara (Org.). **Toxicomania: abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Sette Letras, 1997. p. 9-13.

ZALUAR, A. Violência, dinheiro fácil e justiça no Brasil. In: ASCELRAD, Gilberta (Org.). **Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 51-72.

Descentralização e expansão dos tratamentos de leishmaniose visceral (LV) com anfotericina B lipossomal em Minas Gerais, 2008-2012

Decentralization and expansion of visceral leishmaniasis (VL) treatment with liposomal amphotericin B in Minas Gerais, 2008-2012

Bruna Dias Tourinho¹

Marcela Lencine Ferraz²

Frederico Figueiredo Amâncio³

Mariângela Carneiro⁴

¹Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais Mestranda em Infectologia e Medicina Tropical da Universidade Federal de Minas Gerais bruna.tourinho@saude.mg.gov.br

²Diretora de Vigilância Ambiental da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

³Médico da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

⁴Docente da Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO: Descrever a descentralização e a expansão dos tratamentos da leishmaniose visceral (LV) com anfotericina B lipossomal em Minas Gerais, no período entre 2008 e 2012. Estudo descritivo que avaliou as fichas utilizadas para solicitar o tratamento com o medicamento e casos de LV no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). Foram avaliadas 646 solicitações de tratamento realizadas por 29 municípios, permitindo o tratamento de 577 pacientes, residentes em 97 municípios. A proporção de pacientes com LV tratados com anfotericina B lipossomal no Estado foi de 22,4%. As principais referências para o tratamento dos pacientes com LV foram as regiões Centro (URS Belo Horizonte) e Norte (URS Montes Claros). A descentralização e a expansão dos tratamentos refletem uma resposta positiva das equipes de assistência e vigilância do Estado e poderão contribuir favoravelmente para a evolução clínica dos casos de LV.

Palavras-chave: Leishmaniose visceral, anfotericina B, descentralização.

ABSTRACT: To describe the decentralization and expansion of VL treatment with liposomal amphotericin B in Minas Gerais between 2008 to 2012. This descriptive study evaluated forms used to request drug treatment and VL cases from the Reportable Disease Information System (SINAN). Were evaluated 646 treatment requests performed by 29 municipalities, allowing treatment of 577 patients residing in 97 municipalities. Proportion of patients with VL treated with liposomal amphotericin B in the State was 22.4%. The main references for treatment of VL patients were Central (URS Belo Horizonte) and North (URS Montes Claros) regions. Decentralization and expansion of treatments reflect a positive response from assistance and surveillance teams of the State and may contribute favorably to clinical outcome of VL cases.

Keywords: Visceral leishmaniasis, amphotericin B, decentralization.

1. Introdução

A leishmaniose visceral (LV) é uma doença infecciosa grave, sistêmica e fatal se não tratada oportunamente. Estima-se que cerca de 200.000 a 400.000 casos novos e 20.000 a 30.000 óbitos por LV ocorram anualmente no mundo (WHO, 2015).

No Brasil, o Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral – PV-CLC – é instituído na saúde pública em âmbito nacional e preconiza, dentre outros objetivos, o tratamento adequado dos casos humanos da doença (BRASIL, 2014).

O antimoniato de N-metilglucamina é medicamento de primeira escolha recomendado para o tratamento da LV. Nas situações em que seu uso é contraindicado, a anfotericina B é a opção terapêutica de escolha, na forma lipossomal, que apresenta menor potencial tóxico, ou ainda na forma de desoxicolato de anfotericina B (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2014).

A anfotericina B lipossomal vem sendo utilizada em países endêmicos para a LV nas últimas décadas (DAVIDSON *et al.*, 1991; SUNDAR *et al.*, 2004). Na Índia, ensaios clínicos demonstraram resultados satisfatórios em relação à sua eficácia, segurança e quando comparada a outras opções terapêuticas (THAKUR *et al.*, 1996; SUNDAR *et al.*, 2001; DERAY, 2002; SINHA *et al.* 2010).

A demonstração da eficácia e segurança da anfotericina B lipossomal na LV ocorreu por meio da colaboração entre setores públicos, privados e especialistas de países endêmicos para a doença (BERMAN *et al.*, 1998; BERN *et al.*, 2006). Como fruto dessa parceria, foram implantadas políticas públicas que viabilizaram economicamente o acesso ao medicamento, que, em razão do seu alto custo, era inacessível aos países endêmicos (BERMAN *et al.*, 1998; BERN *et al.*, 2006; THAKUR *et al.*, 2001).

No Brasil, a aquisição da anfotericina B lipossomal a preços reduzidos iniciou-se em 2007, mediante contrato estabelecido entre o Ministério da Saúde (MS), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)

e o laboratório produtor do medicamento (BRASIL, 2009). De acordo com as diretrizes nacionais, o uso dessa opção terapêutica era indicado inicialmente para um grupo específico de pacientes com maior risco para óbito (idade superior a 50 anos, insuficiência renal, presença de contraindicações, refratariedade ou toxicidade às outras opções de tratamento e transplantados renais, cardíacos e hepáticos). Posteriormente, em 2013, os critérios foram ampliados, considerando que a análise preliminar de dados evidenciou a maior toxicidade da droga até então utilizada como segunda escolha, o desoxicolato de anfotericina B, quando comparada à anfotericina B lipossomal e ao antimoniato de meglumina. O tratamento com o medicamento atualmente apresenta ficha de solicitação, fluxo e avaliação específicos (BRASIL, 2011a).

A autorização e a distribuição da anfotericina B lipossomal permaneceram centralizadas no MS até meados de 2010. Diante da divulgação de sua disponibilidade e do consequente aumento do número de solicitações de tratamento, porém, a descentralização dessas etapas para a esfera estadual tornou-se necessária, no intuito de otimizar o acesso ao medicamento pelas unidades solicitantes.

O estado de Minas Gerais, por apresentar grande extensão territorial, elevado número de casos e óbitos por LV e grande consumo de anfotericina B lipossomal, foi pioneiro no processo de descentralização de tratamentos. As etapas de recebimento, avaliação, autorização e envio do medicamento iniciaram-se em 2008 pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) (BRASIL, 2010). Desde então, observa-se a crescente utilização desse medicamento no Estado.

A necessidade de se conhecer a proporção de casos tratados, o fluxo e a distribuição dos tratamentos justifica a realização deste estudo, que tem como objetivo descrever a descentralização e a expansão do uso da anfotericina B lipossomal para o tratamento da LV no Estado de Minas Gerais, no período entre 2008 e 2012.

2. Métodos

Para o presente trabalho, foi delineado estudo descritivo das solicitações de tratamento com anfotericina B lipossomal autorizadas e dispensadas pelo PVCLV da SES-MG, no período entre 2008 e 2012, no Estado de Minas Gerais.

Minas Gerais é o segundo estado com a maior população do Brasil, possuindo em 2010 19.597.330 habitantes (IBGE, 2010). Possui área territorial de 586.522,122 km² e é constituído por 853 municípios, dos quais 79,1% possuem população menor ou igual a 20.000 habitantes (IBGE, 2010). O setor saúde encontra-se subdividido administrativamente em 28 Unidades Regionais de Saúde (URSSs), que têm a finalidade de apoiar, implementar e monitorar as políticas e as ações de saúde no âmbito estadual (MINAS GERAIS, 2011).

O processo de solicitação de tratamento com anfotericina B lipossomal para a LV em Minas Gerais ocorre por meio do preenchimento da ficha de solicitação de tratamento (formulário específico padronizado pelo MS) por profissional médico responsável. O documento é encaminhado à esfera estadual (URS referenciada e/ou nível central da SES-MG), onde ocorrerá a avaliação, a autorização e a liberação do tratamento, em conformidade aos critérios de indicação e esquemas posológicos recomendados (BRASIL, 2011a). No intuito de disponibilizar o medicamento com maior rapidez, algumas URSSs possuem estoque descentralizado desse.

As fichas de solicitação de tratamento com anfotericina B lipossomal foram utilizadas como fonte secundária de dados. Foram analisadas informações referentes ao ano da solicitação, município de residência e município responsável pela solicitação e pelo tratamento dos pacientes. Por meio do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), obteve-se o número de casos e óbitos por LV e informações sobre outras opções terapêuticas empregadas no tratamento da doença.

Foi realizada análise descritiva que avaliou as solicitações de tratamento de acordo

com o ano de sua solicitação e o número de episódios da doença apresentados pelos pacientes (primeiro, segundo, terceiro ou mais episódios). De acordo com a definição, um caso confirmado de LV é aquele proveniente de área com ocorrência de transmissão, com febre e esplenomegalia ou todo indivíduo de área sem ocorrência de transmissão, com febre e esplenomegalia, desde que descartados diagnósticos diferenciais, que apresentaram confirmação de LV através de critério laboratorial ou por critério clínico epidemiológico. Caracteriza-se como recidiva o recrudescimento da sintomatologia da doença em até doze meses após cura clínica da LV (BRASIL, 2014).

A proporção de casos de LV tratados com anfotericina B lipossomal foi calculada em relação às outras opções terapêuticas disponíveis (antimonial pentavalente, anfotericina B desoxicolato e pentamidina), considerando a frequência de casos confirmados de LV notificados no SINAN por ano de notificação.

Foram realizadas medidas de tendência central (média, desvio padrão e intervalo de confiança) das frequências de solicitações de tratamento, de municípios de residência de pacientes tratados e municípios que solicitaram tratamento.

Dois indicadores foram propostos com o intuito de avaliar as solicitações de tratamento de acordo com o município de residência e o município responsável por sua solicitação. Para sua definição, foram utilizados: I. “*Relação entre solicitações de tratamento por municípios de residência*” = total de solicitações de tratamento/total de municípios de residência de pacientes tratados com anfotericina B lipossomal; e II. “*Relação de solicitações de tratamento por municípios solicitantes*” = total de solicitações de tratamento/total de municípios que solicitou tratamento.

Foram confeccionados mapas para identificar a distribuição de solicitações de tratamento por município de residência e ano em que a solicitação foi realizada. O fluxo de pacientes tratados com anfotericina B lipossomal foi identificado através da confecção

de mapa com a distribuição geográfica de municípios de residência e URSs dos pacientes tratados e de municípios e URSs responsáveis pela solicitação e realização dos tratamentos.

As taxas de letalidade foram estimadas para pacientes com LV tratados e não tratados com anfotericina B lipossomal. Foram calculadas considerando-se (i) o número de óbitos em pacientes tratados com a anfotericina B lipossomal e (ii) número de óbitos em casos confirmados de LV notificados no SINAN no período avaliado, tratados com outras opções terapêuticas.

Medidas de tendência central foram calculadas utilizando-se o pacote estatístico STATA, versão 12.0 (Stata Corp., College Station, TX, USA). Mapas foram confeccionados no software TabWin 32, versão 3.5.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (CAAE 431.692, 2013). Foram utilizados dados secundários, sem identificação nominal ou endereço de indivíduos, em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012, de 12 de dezembro de 2012.

3. Resultados

No período entre 2008 e 2012, foram realizadas 646 solicitações de tratamento para 577 pacientes tratados com a anfotericina B

lipossomal em Minas Gerais. Desses pacientes, 48 foram tratados pela segunda vez em virtude de recidivas e/ou novo episódio da doença e outras 21 solicitações foram realizadas, referentes a pacientes que apresentaram três ou mais episódios de tratamento.

O aumento de solicitações de tratamento com anfotericina B lipossomal foi verificado no período avaliado, permitindo que 22,4% dos casos confirmados de LV fossem tratados com o medicamento. A avaliação ano a ano permite verificar aumento progressivo dessa proporção, que atingiu 40,7% dos casos confirmados em 2012 (TAB. 1).

A média de solicitações de tratamento por ano foi de 129,2 (DP: 53,07). A cada ano, em valores médios, 37,4 (DP: 15,24) municípios de residência apresentaram pacientes tratados com a anfotericina B lipossomal, e 12,2 (DP: 7,4) municípios solicitaram medicamento.

O indicador “*Relação de solicitações de tratamento por municípios de residência*” apresenta valores semelhantes na série histórica avaliada, possivelmente devido ao aumento concomitante de solicitações de tratamento e de municípios de residência no período avaliado (GRAF. 1).

O indicador “*Relação de solicitações de tratamento por municípios solicitantes*” apresenta redução na série histórica, indicando a expansão quantitativa de

Tabela 1: Casos confirmados de leishmaniose visceral (tratados com antimonial, anfotericina B desoxicolato ou pentamidina), solicitações de tratamento com anfotericina B lipossomal e proporção de casos tratados com anfotericina B lipossomal, Minas Gerais, 2008-2012

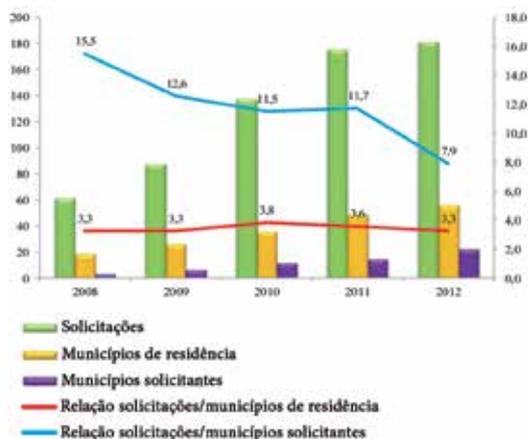
Ano	Casos confirmados tratados com antimonial, anfotericina B desoxicolato ou penbtamidina* n	Solicitações de tratamento com anfotericina B lipossomal n	Proporção de casos tratados com anfotericina B lipossomal** %
2008	516	62	10,7
2009	546	88	13,9
2010	508	138	21,4
2011	409	176	30,1
2012	265	182	40,7
Total	2.244	646	22,4

* Casos nocivos e recidivas

** Casos confirmados + solicitações de anfotericina B lipossomal = Total de casos do período

Fonte: SES-MG, 2014.

Gráfico 1: Frequência de solicitações, municípios de residência, municípios solicitantes, relação solicitação/municípios de residência e solicitação/municípios solicitantes de tratamento com anfotericina B lipossomal, Minas Gerais, 2008-2012



Fonte: SES-MG, 2014.

municípios responsáveis pela solicitação e realização do tratamento. É possível identificar que, em 2012, essa relação reduz de forma mais evidente (7,9 solicitações/município), atingindo valor 50,0% inferior ao

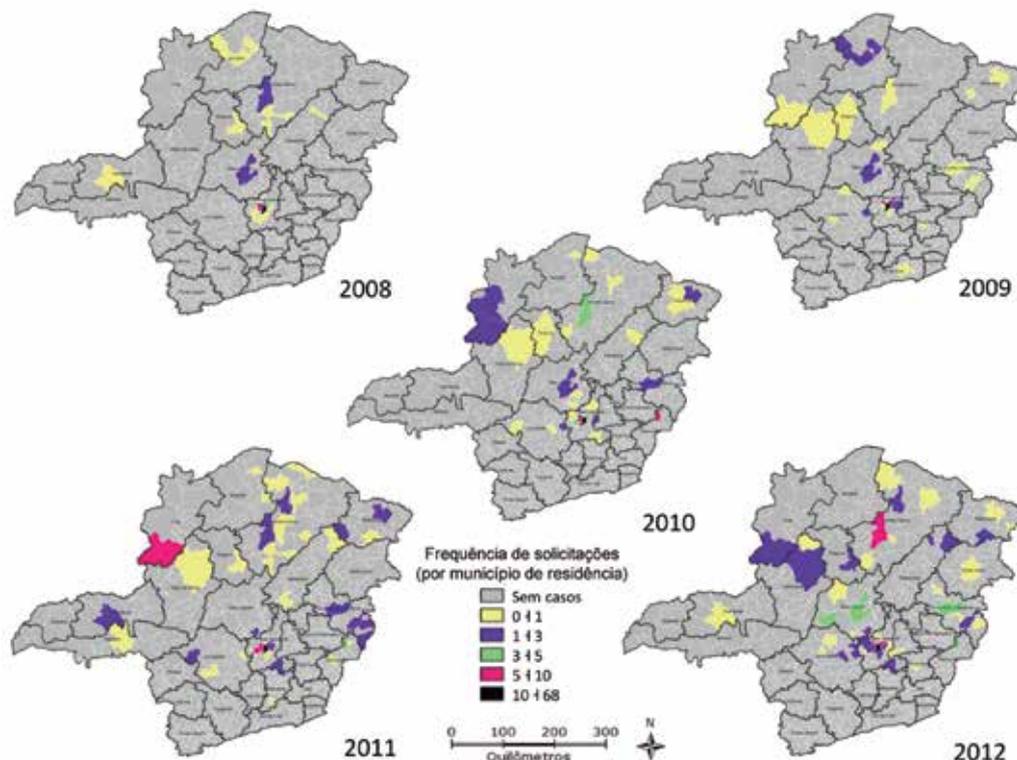
da relação calculada em 2009 (15,5 solicitações/município) (GRAF. 1).

As solicitações de tratamento foram, em sua maioria, de pacientes residentes nos municípios localizados nas URSs Belo Horizonte (68,1%) e Montes Claros (6,0%). Pacientes residentes em municípios pertencentes às URSs Sete Lagoas (3,9%), Governador Valadares (3,7%), Divinópolis (3,4%) e outras (14,9%) também apresentaram solicitações de tratamento no período avaliado.

Em 2008, 19 municípios de residência pertencentes a sete URSs concentravam todas as solicitações de tratamento e 85,5% delas foram oriundas de municípios de residência da URS Belo Horizonte. Em 2012, ocorre um incremento para 56 municípios de residência, pertencentes a 16 URSs. A distribuição espacial das solicitações de tratamento segundo município de residência e ano de solicitação pode ser vista na FIG. 1.

As solicitações de tratamento foram realizadas em sua maioria pelos municípios de Belo Horizonte (77,1%), Montes Claros (7,0%)

Figura 1: Mapas com frequência de solicitações de tratamento com anfotericina B lipossomal segundo município de residência e ano de solicitação, Minas Gerais, 2008-2012



Fonte: SES-MG, 2014.

e Governador Valadares (2,5%). Em 2008, apenas quatro municípios solicitaram tratamento, ao passo que, em 2012, 23 municípios pertencentes a 15 URSs apresentaram solicitações.

Dentre as solicitações realizadas, 85,8% ocorreram nas próprias URSs de residência dos pacientes tratados. Entretanto, algumas URSs apresentam um percentual elevado de solicitações de pacientes provenientes de outras URSs, como, por exemplo, Uberaba (60%), Patos de Minas (28,6%), Montes Claros (19,6%), Belo Horizonte (14,9%) e Uberlândia (20%).

O fluxo dos pacientes tratados com anfotericina B lipossomal foi identificado por meio da distribuição geográfica dos municípios de residência dos pacientes tratados e os respectivos municípios responsáveis pela solicitação do tratamento (FIG. 2).

Dentre as 516 solicitações de tratamento realizadas na URS Belo Horizonte, 77 (14,9%) foram de pacientes provenientes das URSs Pedra Azul, Teófilo Otoni, Diamantina, Governador Valadares, Montes Claros, Pirapora, Patos de Minas, Unaí, Sete Lagoas, Divinópolis, Manhumirim, Coronel Fabriciano, Barbacena e Juiz de Fora. Das 46 solicitações realizadas pela URS Montes Claros, nove (19,6%) foram de pacientes provenientes das URSs Januária, Pirapora e Diamantina. Na URS Uberaba, 60% das solicitações (n=3) foram de pacientes residentes nas URSs Patos de Minas e Unaí. Na URS Uberlândia, 20% das solicitações (n=1)

Figura 2: Mapa com fluxo de solicitações de tratamento com anfotericina B lipossomal segundo município de residência dos pacientes tratados, Minas Gerais, 2008-2012



Fonte: SES-MG, 2014.

foram da URS Unaí, e, em Patos de Minas, 28,6% das solicitações foram de pacientes originários da URS Unaí.

Verifica-se ainda que tratamentos para pacientes residentes na URS Unaí são solicitados em quatro diferentes URSs. O município de Belo Horizonte solicitou e realizou todos os tratamentos dos pacientes residentes na URS Pedra Azul.

Os pacientes tratados com anfotericina B lipossomal são predominantemente do sexo masculino (75,4%), com idade compreendida entre 35 e 64 anos (48,7%). A taxa de letalidade pela doença no grupo avaliado foi de 19,4%, maior em 2009 (32,5%) e menor em 2012 (13,1%) (TAB. 2).

Tabela 2 - Frequência de casos, óbitos e taxas de letalidade em casos confirmados de leishmaniose visceral e em pacientes tratados com anfotericina B lipossomal, Minas Gerais, 2008-2012

Ano	Casos confirmados em MG			Pacientes tratados com anfotericina B lipossomal		
	Casos (n)	Óbitos (n)	Taxa de letalidade (%)	Casos (n)	Óbitos (n)	Taxa de letalidade (%)
2008	501	31	6,2	59	13	22
2009	526	67	12,7	80	26	32,5
2010	494	49	9,9	126	28	22,2
2011	395	31	7,8	159	25	15,7
2012	253	23	9,1	153	20	13,1
Total	2.169	201	9,3	577	112	19,4

Fonte: SES-MG, 2014

4. Discussão

Houve aumento quantitativo, descentralização e expansão das solicitações do medicamento anfotericina B lipossomal, de alto custo, utilizado para o tratamento da LV, doença grave que ocorre em diversas regiões do estado de Minas Gerais.

O aumento quantitativo de tratamentos reflete a sensibilização das equipes de saúde envolvidas na assistência e na vigilância quanto à disponibilidade de uma opção menos tóxica para o tratamento da LV.

A ampliação da proporção dos pacientes tratados é um resultado relevante principalmente por ter ocorrido em um período de discreta diminuição de casos confirmados de LV no Estado. Isso demonstra que os processos de sensibilização da assistência e da vigilância e a descentralização do acesso ao medicamento foram efetivos a ponto de atingirem cerca de 40% dos pacientes com LV em Minas Gerais em 2012.

Os valores encontrados no indicador “*Relação de solicitações de tratamento por municípios de residência*” podem ser explicados possivelmente por causa do aumento concomitante de solicitações de tratamento e de municípios de residência com pacientes tratados no período avaliado. Isso indica que a descentralização do medicamento permitiu seu acesso a pacientes provenientes de áreas até então não atingidas com tal opção de tratamento. Essa ampliação também pode ser vista a partir da distribuição espacial dos tratamentos, inicialmente restritos às regiões Centro e Norte do Estado (áreas com maior frequência de casos de LV) e que, no decorrer dos anos, passa a abranger pacientes residentes em outras regiões acometidas pela doença.

A redução do indicador “*Relação de solicitações de tratamento por município solicitante*” pode ser explicada pela expansão de municípios responsáveis pela solicitação e realização do tratamento avaliado ou ainda pela ampliação de unidades de saúde responsáveis pela assistência aos pacientes com LV. Esse resultado pode significar um benefício, na medida em que a maior disponibilidade

do medicamento em municípios e unidades próximas à residência dos pacientes economizaria tempo no deslocamento, transferência e início do tratamento. Tal fato evitaria a progressão dos casos da doença para formas mais graves e mais propensas ao óbito, que requerem maior tempo de internação e geram mais gastos dos recursos públicos de saúde (SINGH *et al.*, 2016).

No entanto, a disponibilidade de um tratamento menos tóxico não constitui a única estratégia necessária para o alcance de resultados efetivos na LV. Neste sentido, é fundamental que esforços sejam realizados para a melhoria da qualidade assistencial prestada, obtida com recursos humanos capacitados desde o atendimento básico até o especializado, rede laboratorial adequada à demanda, à infraestrutura mínima, além da estruturação e da realização das atividades recomendadas pela vigilância e pelo controle da LV em caráter contínuo, com vistas à obtenção de resultados favoráveis (BRASIL, 2014).

O levantamento dos municípios/URs solicitantes e a origem dos casos atendidos permitem a compreensão da estrutura assistencial existente no Estado para casos de LV. Destaca-se, nesse sentido, a função de municípios e unidades de saúde que atuam como polos macros ou microrregionais de assistência, recebendo pacientes provenientes de municípios e/ou regiões referenciadas, conforme a regionalização assistencial proposta no nível local, micro e/ou macrorregional. Como exemplo, os municípios de Belo Horizonte e Montes Claros foram os principais responsáveis pelas solicitações de tratamento, tanto para os pacientes residentes em municípios da própria jurisdição quanto para os residentes em outras regiões, atuando como referências assistenciais. O mesmo ocorre com as URs Patos de Minas, Uberlândia e Uberaba e, em menor escala, em outras URs que atendem à própria região (Governador Valadares, Sete Lagoas, Unaí, Manhumirim, Divinópolis, Coronel Fabriciano, Diamantina, Ponte Nova e Itabira). Em contrapartida, lacunas assistenciais

foram identificadas. As URSs Pedra Azul, Pirapora, Barbacena, Juiz de Fora, Teófilo Otoni e Januária tiveram, no período avaliado, todas as solicitações de tratamento realizadas por outras URSs. Tal fato sugere o aporte assistencial local não adequado à realidade epidemiológica, no que tange aos casos de LV. Neste sentido, o presente trabalho poderá subsidiar o planejamento de ações que tenham o objetivo de fortalecer a assistência local nas referidas áreas.

Durante o período avaliado neste trabalho, a descentralização do acesso à anfotericina B lipossomal, iniciada através da transferência dessa responsabilidade da União para o Estado, apresentou continuidade para 14 URSs em Minas Gerais, permitindo a disponibilização do medicamento em âmbito regional, com a finalidade de prestar serviços com mais eficiência e qualidade.

A descentralização deve ser compreendida como componente estruturador do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecida pela Constituição Federal e por leis regulamentadoras (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; BRASIL, 2011b, c). Nela, a gestão e as políticas de saúde são realizadas de forma integrada entre União, Estados e municípios, com distribuição de poder e responsabilidades.

Dessa forma, a descentralização ocorrida significou a estruturação de processos de trabalho, fluxos para a solicitação, avaliação e autorização de tratamentos, gerando demandas e capacitações para profissionais e equipes regionais e municipais de saúde. Pode-se considerar que esse processo reflete uma resposta positiva das equipes de assistência e vigilância envolvidas na LV, tanto dos níveis regionais quanto municipais do Estado, atendendo aos preceitos legais e constitucionais que normatizam a gestão do SUS.

O alcance dos resultados apresentados neste trabalho representa uma das etapas da efetivação de políticas públicas de saúde iniciadas na década de 1990, cujo objetivo foi permitir o acesso de um medicamento efetivo e de alto custo a populações pobres de países em desenvolvimento e endêmicos para a LV (BERMAN *et al.*, 1998; BERN *et al.*, 2006).

Na série histórica avaliada neste estudo, na qual houve discreta redução dos casos da doença paralelamente ao processo de estruturação e descentralização do acesso ao medicamento, esperar-se-ia que as taxas de letalidade reduzissem. Contudo, elas se mostraram estáveis, superiores à média nacional, só apresentando queda no grupo tratado com a anfotericina B lipossomal. Tal fato põe em dúvida se a disponibilização e o uso do medicamento estejam impactando de alguma forma na redução da letalidade, o que indica a necessidade de estudos e avaliações nesse sentido. Na Índia, onde avaliações com séries históricas maiores já foram realizadas, processo semelhante parece ocorrer, principalmente em virtude da concomitância do uso das opções clássicas de tratamento da LV (MUNIARAJ *et al.*, 2012).

As principais limitações deste estudo referem-se à pequena série histórica utilizada, obtida com base em dados secundários, insuficientes para a avaliação de aspectos mais abrangentes, relacionados a uma doença multifatorial (MAIA-ELKHOURY *et al.*, 2008) e de conhecida complexidade epidemiológica (OLIVEIRA *et al.*, 2008). Além disso, o acesso ao tratamento constitui apenas parte da vigilância dos casos humanos de LV, um dos eixos estruturadores do programa implantado em nível estadual e nacional.

É pertinente considerar que o histórico de acesso, a utilização e a descentralização da anfotericina B lipossomal, enquanto política de saúde seja uma conquista relevante adquirida nos últimos anos em relação à LV em âmbito nacional. Especialmente em Minas Gerais, onde o uso do medicamento apresentou considerável adesão por parte dos prescritores, tornando o Estado o maior solicitante do medicamento em relação às outras Unidades Federadas (PELLISSARI *et al.*, 2011).

É importante que a utilização dos medicamentos na saúde pública seja continuamente avaliada nos Estados e nos municípios, com vistas à identificação e compreensão dos fluxos assistenciais, do perfil epidemiológico dos pacientes tratados e do impacto do seu uso na população acometida pela doença.

Tais avaliações poderão contribuir positivamente em ações e políticas de saúde voltadas à vigilância e à assistência, permitindo o alcance de resultados favoráveis.

O processo de expansão e descentralização do acesso à anfotericina B lipossomal em Minas Gerais reflete uma resposta positiva das equipes de assistência e vigilância tanto dos níveis regionais quanto municipais do Estado. A disponibilidade de um tratamento menos tóxico, porém, não constitui a única estratégia necessária para a redução da letalidade por LV, sendo necessários esforços para a melhoria da qualidade assistencial e a estruturação

das atividades relacionadas à vigilância e ao controle da LV em caráter contínuo, visando à obtenção de resultados favoráveis.

Agradecimentos: À Diretoria de Vigilância Ambiental da Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental de Saúde do Trabalhador da SES-MG. Ao colega Tiago Campos, pelo apoio na confecção do mapa de fluxo.

Autoria: Tourinho BD, Amâncio FF, Ferraz ML e Carneiro M participaram da concepção e do delineamento do estudo, da análise e interpretação dos dados, da redação e revisão crítica do conteúdo.

Referências

BERMAN J. D. *et al.* *Efficacy and safety of liposomal amphotericin B (Ambisome) for visceral leishmaniasis in endemic developing countries.* *Bulletin of the World Health Organization*, v. 76, n. 1, p. 25-32, 1998.

BERN, C. *et al.* Liposomal amphotericin B for the treatment of visceral leishmaniasis. *Clinical infectious diseases*, v. 43, n. 7, p. 917-24, doi: 10.1086/507530, 2006.

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

_____. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil, seção 1, 20 set., 1990.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 12/2009.** Informações sobre a utilização da anfotericina B lipossomal em pacientes com leishmanioses. Brasília, 8 de julho de 2009.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 31/2010.** Orientações sobre a descentralização da distribuição da anfotericina B lipossomal para o estado de Minas Gerais. Brasília, 28 de setembro de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Leishmaniose visceral: recomendações clínicas para a redução da letalidade.** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. **Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil, seção 1, 29 jun., 2011b.

_____. **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil, seção 1, 29 jun, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância em Saúde.** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

DAVIDSON, R. N. *et al.* Liposomal amphotericin B in drug resistant visceral leishmaniasis. **The Lancet**, v. 337, p. 1061-1062, 1991.

DERAY, G. Amphotericin B nephrotoxicity. **Journal of Antimicrobial Chemotherapy**, v. 49, n. 1, p. 37-41, doi: 10.1093/jac/49.suppl_1.37, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: Março, 2016.

MAIA-ELKHOURY, A. N. S. *et al.* Visceral leishmaniasis in Brazil : trends and challenges. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2941-2947, 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Decreto nº 45.812**, de 14 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Minas Gerais: Diário do Executivo, 12 de dezembro de 2011. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/competencias-legais/document/7861-decreto-45812-2011-dispoe-sobre-a-organizacao-da-ses-sesmg>>. Acesso em: Março, 2016.

MUNIARAJ, M. *et al.* The treatment of visceral leishmaniasis (kala-azar) in India: no obvious signs of long-term success. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 106, n. 12, p. 770-2, doi: 10.1016/j.trstmh.2012.08.010, 2012.

OLIVEIRA, C. Di L.; MORAIS, M. H. F.; MACHADO-COELHO, G. L. L. Visceral Leishmaniasis in large Brazilian cities: Challenges for control. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 12, p. 2953-2958, 2008.

PELLISSARI, D. M. *et al.* Tratamento da Leishmaniose Visceral e Leishmaniose Tegumentar Americana no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 1, p. 107-110, doi: 10.5123/S1679-49742011000100012, 2011.

SINGH, O. P. *et al.* Current challenges in treatment options for visceral leishmaniasis in India: a public health perspective. **Infectious Disease of Poverty**, v. 5, n. 1, p. 5-19, doi: 10.1186/s40249-016-0112-2, 2016.

SINHA, P. K. *et al.* Effectiveness and safety of liposomal amphotericin B for visceral leishmaniasis under routine program conditions in Bihar, India. **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 83, n. 2, p. 357-64, doi: 10.4269/ajtmh.2010.10-0156, 2010.

SUNDAR, S. *et al.* Treatment of Indian visceral leishmaniasis with single or daily infusions of low dose of liposomal amphotericin B: randomised trial. **British Medical Journal**, v. 323, p. 419-422, 2001.

SUNDAR, S. *et al.* Amphotericin B treatment for Indian visceral leishmaniasis: conventional versus lipid formulations. **Clinical Infectious Diseases**, v. 38, n. 3, p. 377-83, doi: 10.1086/380971, 2004.

THAKUR, C. P. *et al.* Comparison of three treatment regimens with liposomal amphotericin B (Ambisome) for visceral leishmaniasis in India: a randomized dose-finding study. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 90, p. 319-322, 1996.

THAKUR, C. P. A single high dose treatment of kala-azar with Ambisome (amphotericin B lipid complex): a pilot study. **International Journal of Antimicrobial Agents**, v. 17, p. 67-70, 2001.

WHO. Fact Sheet n. 375, fev. 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs375/en/>>. Acesso em: Março, 2016.

Projeto “Na Medida”: um programa de redução de peso na Atenção Primária à Saúde

“Na Medida” Project: a weight reduction program designed to primary health care

Dárlinton Barbosa Feres Carvalho¹
Sílvia Aline Furtado²

¹Docente da
Universidade Federal
de São João del-Rei/MG
darlinton@acm.org

²Nutricionista da
Secretaria de Saúde
e Programas Sociais
de Barbacena/MG

RESUMO: O Projeto “Na Medida” foi concebido para atender à demanda dos usuários de Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Barbacena/MG por um programa de redução de peso, considerando fundamentos de reeducação alimentar e prática de exercícios físicos, conforme recomendação do Ministério da Saúde. Este relato de experiência apresenta a realização do projeto em quatro execuções, exibindo dados quantitativos (participantes, peso, IMC, circunferência abdominal) e qualitativos (depoimentos). No total, foram realizadas 217 inscrições no projeto, sendo 189 participantes selecionados por apresentarem excesso de peso. Dos 63 participantes concluintes, 53 (84%) obtiveram redução média de 5% do peso. Depoimentos dos participantes destacam que não restringir os alimentos favoritos tornou a reeducação alimentar mais fácil, bem como a importância do acompanhamento semanal aliado à interação no grupo. Esses fatores foram determinantes para o sucesso observado do programa.

Palavras-chave: Programas de Redução de Peso. Serviços Básicos de Saúde. Promoção da saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT: The “Na Medida” Project was designed and developed in order to address the demand for a weight reduction program from users of basic health units (BHU) from Barbacena/MG (Brazil). The program considers principles of nutritional education and physical exercise. This experience report presents the project completion in four executions, presenting quantitative (i.e., participants, weight, BMI, waist circumference) and qualitative (i.e., testimonials) data. In total, 217 subjects registered for participation, being 189 participants selected because there were overweight. From the 63 participants that concluded the program, 53 (84%) reduced their weight by 5% on average. Statements from the participants point out that not restricting their favorite foods became the dietary reeducation easier, as well as the noteworthiness of the weekly meetings allied to group interaction. These factors were crucial to the observed success of the program.

Keywords: Weight Reduction Programs. Basic Health Services. Health Promotion. Primary Health Care

1. Introdução

Um dos principais programas voltados à Atenção Primária a Saúde no Brasil é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), proposto pelo Ministério da Saúde com o objetivo de regionalizar a Atenção Básica à saúde e, assim, aproximá-la da população. A ESF atua na resolução de problemas de saúde de baixa complexidade, bem como na prevenção de doenças (BRASIL, 2006a). É função desta equipe conhecer a região assistida pela Unidades Básicas de Saúde (UBS), observar e intervir nas suas principais carências relacionadas ao cuidado com a saúde.

Como forma de complementar e ampliar a assistência oferecida pelas ESFs, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados, e na sua composição constava uma equipe multidisciplinar de profissionais como nutricionista e educador físico. As equipes dos NASF têm a missão de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolubilidade, apoiando, assim, a inserção da estratégia da Saúde da Família na rede de serviços e processos de territorialização e regionalização a partir da Atenção Básica (BRASIL, 2008).

No município de Barbacena (MG), um trabalho conjunto entre ESF e NASF observou a necessidade e o interesse dos usuários de diversas UBS pela redução de peso. Com base nesse diagnóstico, foi proposto um programa voltado à redução de peso de forma saudável, o que inclui mudança de hábitos alimentares e prática de exercícios, empregando técnicas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004) sobre reeducação alimentar e atividades físicas adaptadas para a realidade da população atendida. Neste contexto, foi proposto o Projeto “Na Medida”, cuja primeira execução se efetivou entre maio e setembro de 2013, projeto esse que alcançou resultados promissores, incluindo premiação no 1º Prêmio Mineiro de Práticas Exitosas na Atenção Primária à Saúde.

Este relato de experiência tem como propósito apresentar o Projeto “Na Medida”, detalhando os fundamentos teóricos considerados em sua concepção, a essência de sua

organização e modo de operação, assim como relatar a experiência de sua realização do projeto em quatro grupos de UBS distintas, durante dois anos. São mostrados resultados quantitativos (participantes, peso, IMC, circunferência abdominal) e qualitativos (depoimentos).

2. Materiais e métodos

2.1 Fundamentos teóricos

Os Cadernos de Atenção Básica (CAB) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b, 2006c, 2006d), que norteiam o tratamento de condições clínicas nas UBS, recomendam que hipertensos, diabéticos e obesos percam peso iniciando exercícios físicos e mudança dos hábitos alimentares.

Quanto à prática de exercícios no combate à hipertensão, além de diminuir a pressão arterial, ela pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária, acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral (BRASIL, 2006c). No caso do diabetes, a prática regular melhora o controle metabólico, reduz a necessidade de hipoglicemiantes e, como na hipertensão, diminui risco de doenças cardiovasculares (BRASIL, 2006b).

No que se refere ao tratamento da obesidade, o CAB (BRASIL, 2006d) aponta “a estratégia de atendimento em grupo como ações necessárias e complementares na busca da qualidade e do cuidado em saúde [...], tendo como objetivo alcançar a construção coletiva do conhecimento”. Tais grupos são também apontados como instrumentos a serviço da autonomia e do desenvolvimento contínuo do nível de saúde e condições de vida (SANTOS *et al.*, 2006).

Ainda vale destacar que, conforme observado por Pereira e Helene (2006), a educação alimentar nesses grupos tem papel importante em relação ao processo de transformação e mudanças que podem proporcionar conhecimentos necessários à tomada de decisão, no que tange a atitudes, hábitos e práticas alimentares sadias com efeitos prolongados após a intervenção. Esses fundamentos foram considerados na proposição do Projeto “Na Medida”, detalhado na próxima seção.

2.2 O projeto “Na Medida”

O Projeto “Na Medida” teve como objetivo o desenvolvimento de um programa para redução de peso de forma saudável por meio de intervenções educativas em grupo, promoção da mudança de hábitos alimentares, prática de exercícios físicos e acompanhamento de metas. O público-alvo definido para o projeto foram os usuários de UBS.

O programa foi realizado por educador físico e por nutricionista em um grupo de usuários do SUS assistidos por NASF, ao longo de 15 a 20 semanas, podendo se estender em razão da adequação ao calendário do serviço público, de acordo com um cronograma baseado em fases a serem realizadas em sequência. São consideradas quatro fases: i) Recrutamento, inscrição e avaliação; ii) Treinamento e definição de metas pessoais; iii) Acompanhamento e treinamento; iv) Conclusão. O detalhamento dessas fases é apresentado a seguir.

O projeto iniciou-se com um recrutamento de participantes. Durante um mês, o projeto foi amplamente divulgado nos bairros da área de abrangência da UBS e também com realização de uma busca ativa por participantes. Em seguida, foi realizada a inscrição de participantes com avaliação antropométrica, aferição de pressão arterial e entrevista sobre os hábitos relacionados à alimentação e atividades físicas, bem como tentativas anteriores de redução de peso. Essas informações foram utilizadas para traçar o perfil do grupo trabalhado e para a criação de propostas individualizadas de consumo calórico e prática de exercícios físicos. Para o cálculo da taxa metabólica basal e valor energético total, foram utilizadas fórmulas propostas pela FAO/OMS/ONU (1985 *apud* GALISA, 2008), segundo gênero, faixa etária e peso corporal. Como resultado dessa fase, formou-se um grupo de até 50 participantes, sendo selecionados apenas os candidatos adultos que apresentassem sobrepeso ou obesidade graus I, II ou III e idosos com excesso de peso. Essa seleção foi feita baseando-se no cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) e na utilização

do parâmetro da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998), para adultos, e Lipschitz (1994), para idosos.

Após consolidar o grupo de atuação, iniciou-se a fase de treinamento e definição de metas com duração média de quatro semanas. A interação com participantes foi realizada por meio de reuniões semanais para orientações sobre alimentação e prática de exercícios físicos. Nessa fase, também foram definidas pela nutricionista propostas individualizadas para redução de peso, levando-se em consideração o histórico de cada participante registrado na entrevista inicial. Os inscritos não selecionados por não apresentarem excesso de peso puderam acompanhar essa fase do projeto, porém não receberam proposta para redução de peso.

Inicialmente, os encontros semanais tinham caráter educacional, sendo exposta a proposta do projeto e, em seguida, conceitos básicos de alimentação saudável, como: a apresentação da importância da diversidade dos alimentos utilizados diariamente, mostrada através da Pirâmide Alimentar Adaptada à População Brasileira (PHILLIPI, 2008); práticas como fracionamento de refeições, consumo de água e prática de exercícios físicos previstos nos 10 passos para a alimentação saudável (BRASIL, 2004). Após esses conceitos serem apresentados e discutidos, foram então apresentadas as propostas diárias de consumo calórico e prática de exercícios. Elas foram convertidas em pontos e entregues juntamente com duas tabelas, sendo uma de pontos de alimentos, compilada para o projeto a partir de outras tabelas encontradas na internet, e a outra de pontos de exercícios criada por educadores físicos.

A próxima fase do projeto, treinamento e acompanhamento durou cerca de doze semanas. Nesse período, os encontros semanais mantiveram o caráter educacional e foram utilizados também para acompanhamento da adaptação, esclarecimento de dúvidas e, quando necessário, adaptações das propostas. Semanalmente, foram apresentados novos temas relacionados à alimentação e prática de exercícios selecionados,

respectivamente, pela nutricionista e pela educadora física, dentre eles: uso de produtos *diet* e *light*, alimentação em ocasiões especiais, metas para o uso de alimentos hipercalóricos, melhora da qualidade de vida pela prática de exercícios. Nesses encontros também houve momentos para que os participantes compartilhassem experiências vivenciadas durante a semana, além de dinâmicas para motivação e avaliação dos conteúdos já expostos.

Mensalmente se realizou uma nova avaliação antropométrica para acompanhamento. Após a divulgação do resultado da primeira avaliação, ocorreu a divisão em subgrupos, levando em consideração a afinidade dos participantes. Essa subdivisão teve como objetivo aproximar os participantes da prática de exercícios em conjunto, incentivo dos colegas visando ao cumprimento das metas e corresponsabilidade no seu sucesso. A partir da divulgação dos resultados das avaliações, era realizada premiação do participante e do subgrupo que atingiu de forma satisfatória o objetivo.

Ao final do período de treinamento e acompanhamento, foi realizada a conclusão do projeto com a última avaliação antropométrica. Na última reunião, foram mostrados os resultados e realizada a premiação final, sendo destacados e discutidos conteúdos expostos durante o projeto e enfatizada a importância da continuidade do seguimento das orientações. Ainda foi proposta

uma avaliação considerando um lanche de confraternização, em que cada participante ficava encarregado de levar um alimento que julgasse saudável e explicasse ao grupo porque o considerava saudável.

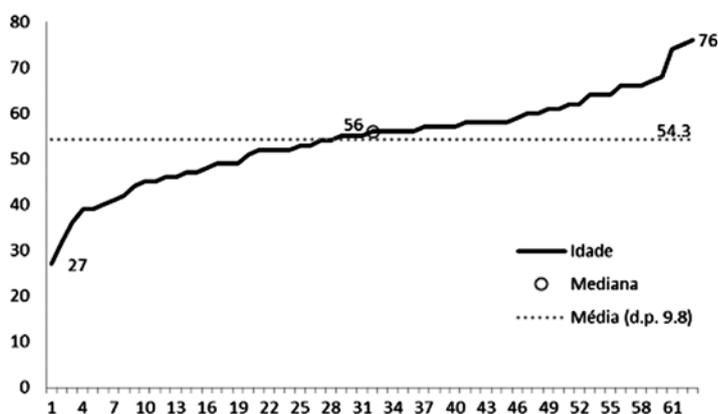
A última atividade do projeto foi uma discussão com os participantes sobre o grupo. Nesse momento, eles puderam avaliar e apresentar sua opinião sobre a participação no projeto e as mudanças realizadas durante o período.

3. Resultados

Os quatro grupos realizados tiveram duração média de 160 dias cada um. Foram efetivadas 217 inscrições de participantes, sendo que 28 se apresentavam eutróficos e, por isso, não foram selecionados. Dos 189 participantes inicialmente selecionados, 116 (61%) iniciaram a participação nas reuniões do projeto e 73 (39%) não compareceram. Durante a realização dos encontros, houve a desistência de 53 participantes que iniciaram o programa. Os resultados apresentados a seguir correspondem aos 63 participantes que concluíram e tiveram dados coletados ao longo da sua participação no programa, sendo 61 mulheres e 2 homens.

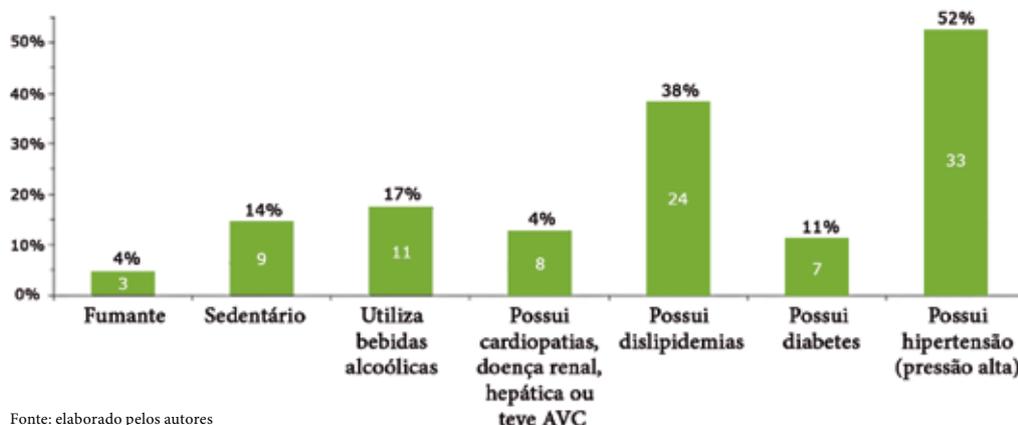
Em relação à idade, o Gráfico 1 apresenta a consolidação da distribuição dos participantes. A média de idade foi de 54,3 anos, com desvio padrão de 9,8 anos, e a mediana 56 anos. A idade variou entre 27 e 76 anos, sendo 47 adultos (74,6%) e 16 idosos (25,4%),

Gráfico 1 – Distribuição de idade dos participantes concluintes do programa



Fonte: elaborado pelos autores

Gráfico 2 – Incidências de condições agravantes à saúde declaradas pelos participantes em quantidades absolutas e relativas percentualmente ao grupo



Fonte: elaborado pelos autores

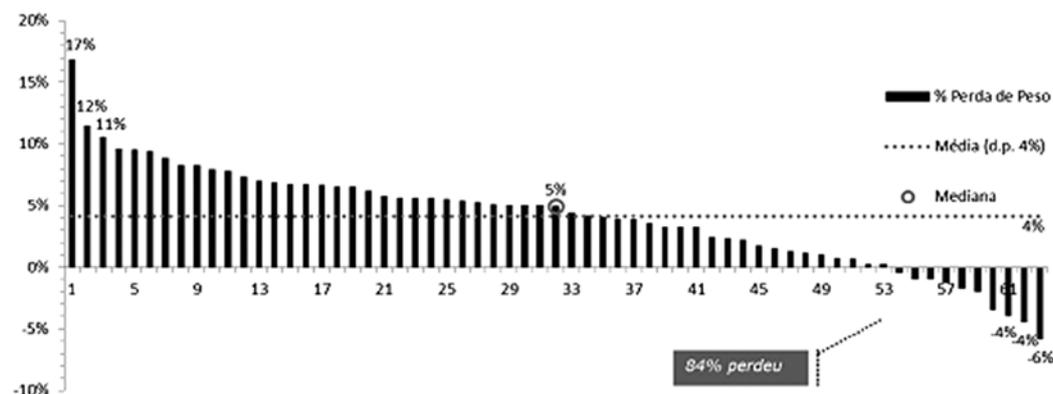
segundo a classificação adotada no Brasil, que considera como idosos as pessoas com idade superior a 60 anos (BRASIL, 2003). Para fins de classificação, porém, de acordo com Lipschitz (1994), a mais adotada na avaliação nutricional de idosos, foi considerado o ponto de corte de 65 anos. Sendo assim, oito (12,7%) participantes foram classificados idosos.

Na anamnese, realizada no momento da inscrição, os candidatos declararam condições agravantes à saúde quando associadas à obesidade. O Gráfico 2 mostra a incidência dessas condições informadas pelos participantes que concluíram a participação no projeto. Foi observada maior prevalência de hipertensão, condição declarada por 33 (52%) dos participantes. A segunda condição de maior prevalência foi de dislipidemias,

com 24 (38%) participantes. Os diabéticos totalizaram 7 (11%).

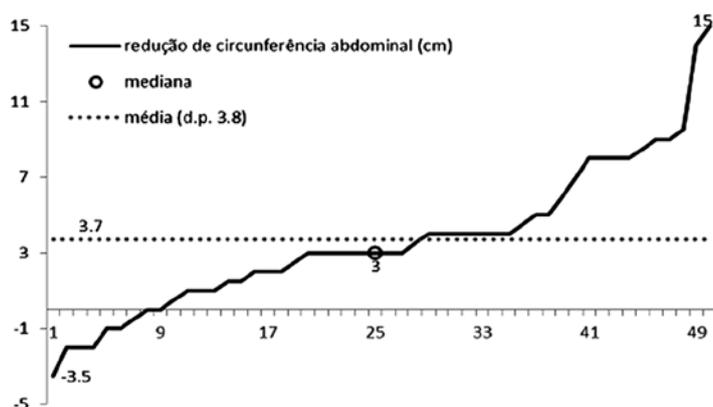
Quanto ao peso, observou-se que 53 participantes (84%) obtiveram alguma redução na conclusão do projeto, embora 10 participantes (16%) tenham engordado. Em números absolutos, a média de peso inicial era de $77,8 \pm 11,6$ kg e a final foi de $74,6 \pm 11,5$ kg, com redução média de 3,2 kg. Todavia, uma medida considerando a variação percentual de peso permite comparar melhor o desempenho dos participantes. O Gráfico 3 mostra o percentual de redução de peso de todos os concluintes do projeto. Em geral, o grupo apresentou redução média de peso de 4%, sendo que, dentre os participantes que perderam peso, essa média foi de 5%. A variação de peso dos participantes observada foi de 17% a -6%, em que números negativos indicam

Gráfico 3 – Variação percentual da redução de peso dos participantes na conclusão da participação no programa



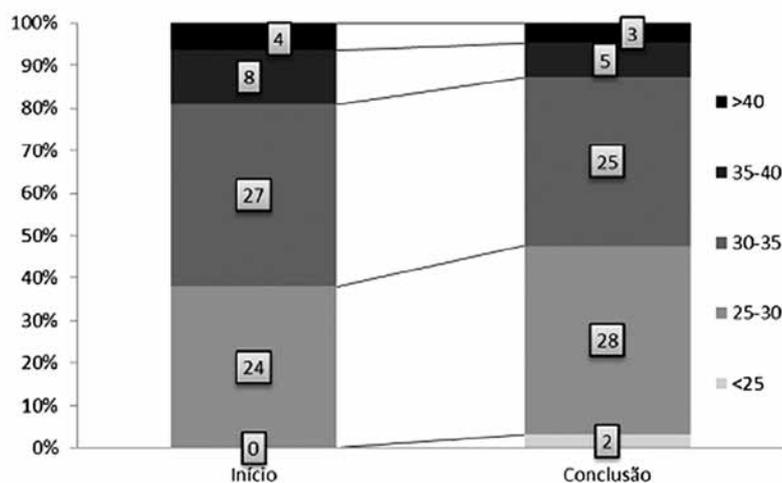
Fonte: elaborado pelos autores

Gráfico 4 – Variação em centímetros da redução de circunferência abdominal dos participantes na conclusão da participação no programa



Fonte: elaborado pelos autores

Gráfico 5 – Distribuição dos participantes no início e na conclusão da realização do programa em grupos definidos por intervalos de IMC (kg/m²)



Fonte: elaborado pelos autores

manutenção do ganho de peso, em relação àquele apresentado na avaliação inicial. Avaliou-se a medida de circunferência abdominal de 50/54 participantes que perderam peso, conforme apresentado no Gráfico 4, sendo observada redução média de 3,7 centímetros.

Quanto ao IMC, o Gráfico 5, mais adiante, apresenta a distribuição dos participantes considerando os mesmos intervalos por IMC utilizados na classificação tradicional de obesidade (OMS, 1998). É possível notar uma melhora generalizada, demonstrada por meio da redução progressiva na distribuição dos participantes das classes mais elevadas às mais baixas. Ressalta-se que,

nessa distribuição, estão incluídos adultos e idosos, uma vez que o objetivo não foi o de se determinar o grau de obesidade, e sim o de demonstrar a redução progressiva do IMC provocada pela participação no projeto.

3.1 Depoimentos

Depoimento 1 - Participante A, 57 anos, sexo feminino, que obteve 9% de redução de peso, relatou várias tentativas de redução de peso sem sucesso em seu passado. No período dessas tentativas, ela disse que sentia muita fome e necessidade de consumir os alimentos de costume. Ainda, destacou que a maior vantagem da proposta do “Na Medida” foi

“[...] a possibilidade de consumir tudo o que quer desde que com moderação”.

Depoimento 2 - Participante B, 55 anos, sexo feminino, que obteve 11% de redução de peso, relatou comer pão de queijo todos os dias no café da manhã, sem que isso tenha interferido na redução de peso. Esclareceu que fazia uso de pequena quantidade e não utilizava outras fontes de carboidrato nesse horário. Algumas horas depois consumia frutas, fontes de fibras, que proporcionavam saciedade.

Depoimento 3 - Participante C, 47 anos, sexo feminino, que obteve 2% de redução de peso, relatou trabalhar em uma loja de doces e guloseimas no mesmo período da participação do grupo e que não conseguia passar o dia sem consumir os produtos.

Em relação ainda à interferência de fatores externos na perda de peso, como no caso apresentado no Depoimento 3, vale destacar a situação da participante D, 60 anos, sexo feminino, que ficou viúva durante a participação no grupo. Apesar de obter 7% de redução de peso, as causas para isso pareciam estar mais relacionadas ao luto.

4. Discussão

Primeiramente, vale destacar um benefício importantíssimo não quantificado, mas observado na convivência com os participantes. Verificou-se que eles adquiriram novos saberes e experiências sobre alimentação saudável e prática de exercícios físicos.

Como já relatado, programas de redução de peso como o desenvolvido pelo Projeto “Na Medida” tornaram-se recomendação principal no atendimento dos principais problemas de saúde nas Unidades Básicas de Saúde. Diversos estudos fornecem indícios e embasamentos para justificar os benefícios dessa prática, a destacar, como apresentado no CAB (BRASIL, 2006c), em casos de hipertensão arterial, dislipidemias e diabetes, a diminuição de pelo menos 5% do peso corporal já é capaz de produzir benefícios. A redução da gordura visceral, observada pela redução de circunferência abdominal, constitui fator independente para redução do risco de surgimento de doenças cardiovasculares (BRASIL,

2006c). No CAB que trata de Obesidade (BRASIL, 2006d), é destacado que redução de peso de um a dois quilogramas em um ou dois meses traz ganhos importantes à saúde. Nesse ponto, vale lembrar que redução igual ou maior a essas já foi alcançada pela maioria dos participantes na conclusão da participação no programa. Ainda, ressalta-se que a estruturação e a orientação do grupo objetiva a continuidade dessa redução de peso após o encerramento dos encontros, prolongando e intensificando, assim, os benefícios para além do que foi percebido na realização do projeto.

Vale destacar que, dentre os participantes idosos, as avaliações antropométricas e nutricionais necessitam ser ponderadas considerando tal peculiaridade (BRASIL, 2006d; WINTER *et al.*, 2014). A classificação tradicional de obesidade não deve ser aplicada para indivíduos idosos, visto que estudos recentes, com destaque para a pesquisa de Winter *et al.* (2014), que analisou a relação de mortalidade e IMC considerando 32 estudos publicados na literatura, encontraram que, para idosos, uma classificação de IMC de 24 até 30 kg/m² constitui uma classe com menos risco à mortalidade do que as demais.

Em relação à averiguação das mudanças influenciadas pelas atividades realizadas no âmbito do projeto, é necessário considerar que a maior parte dos participantes tem idade superior a 56 anos, condição que dificulta a redução de peso em curto período (20 semanas). Indivíduos idosos já apresentam tendência a maior acúmulo de tecido adiposo e dificuldade de ganho de massa magra (BRASIL, 2006d). De qualquer forma, a participação de idosos e quase idosos em um projeto proposto para a realização em 20 semanas é adequada para propiciar a reeducação alimentar, embora seja desejável mais tempo para a percepção adequada das consequências de eventuais mudanças de hábito.

Analisando depoimentos colhidos dos participantes, é possível observar que há boa compreensão em relação à proposta do programa. Pelo fato de os participantes poderem utilizar alimentos já consumidos anteriormente, percebe-se que a não restrição aos

alimentos favoritos torna mais fácil a continuidade da proposta. Portanto, espera-se que haja continuidade dos benefícios das novas práticas introduzidas na mudança de comportamento e consolidação de hábitos mais saudáveis de vida, melhorando a qualidade de vida e a saúde dos participantes também em longo prazo. Por isso também não deve ser considerado como insucesso o fato de não obter redução de peso em razão de fatores externos, já que os novos saberes poderão continuar propiciando alcançar esse objetivo.

A desistência dos participantes foi um fator limitante deste estudo, uma vez que só foi possível obter dados daqueles que o concluíram. Isso criou um viés de sucesso, por se tratar de participantes mais comprometidos com o programa.

Nos relatos das participantes C e D, torna-se necessário considerar a influência de fatores externos. Situações semelhantes foram observadas em todos os grupos realizados, embora tenham sido exceção. É válido reforçar a importância de um treinamento que possibilite mais condições de adaptação a fatores ambientais e imprevistos.

Além disso, os depoimentos mostram que para muitos o acompanhamento em grupo possibilitou bons resultados. Isso se deu tanto pelo acompanhamento semanal quanto pela formação continuada sobre temas relacionados ao cumprimento da proposta

e pelo convívio com outras pessoas com a mesma finalidade e, muitas vezes, com as mesmas limitações (COSTA, 2004; PEREIRA; HELENE, 2006).

5. Conclusão

Com base nos resultados obtidos, o programa mostrou-se promissor ao propósito de promover redução de peso e adoção de práticas para melhoria na qualidade de vida aos seus participantes. Ressalta-se que o projeto apresenta forte possibilidade de replicabilidade, podendo ser realizado por outros profissionais que busquem uma intervenção com a mesma intenção.

Por fim, nota-se a necessidade de realização de estudos para aprimorar e generalizar os resultados do programa proposto. Em especial, deve-se buscar a construção, a avaliação e a divulgação de material de apoio na realização do programa. Espera-se que este relato de experiência sirva também de referência para outras iniciativas para aprimoramento de boas práticas em programas de educação em saúde que visem à perda de peso e à melhoria na qualidade de vida.

Agradecimentos: A Marcela Lauriano Rosa, coidealizadora do projeto, pelo companheirismo na realização dos encontros do programa.

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

Referências

BRASIL. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.** Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Diário Oficial da União, de 3 de outubro de 2003, página 1.

_____. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Portaria nº 648 GM/MS, de 28 de março de 2006. Diário Oficial nº 61, de 29 de março de 2006a, Seção 1, página 71.

_____. **Diabetes Mellitus.** Brasília/DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2006b. (Série A Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica, n. 16)

_____. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília/DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2006c. (Série A Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica, n. 15)

_____. **Obesidade.** Brasília/DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2006d. (Série A Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica, n. 12)

BRASIL. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Portaria nº 154 GM/MS, de 24 de janeiro de 2008. Publicada no Diário Oficial da União nº 18, de 25 de janeiro de 2008, Seção 1, p. 47/49.

_____. **Guia de Bolso Ministério da Saúde. 10 passos para a alimentação saudável**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Disponível em: <<https://archive.org/details/Drt2004.saude.gov.brnutricaodocumentos10passosAdultos>>. Acesso em: 21 nov. 2015.

COSTA, K. S.; MUNARI, D. B. O grupo de controle de peso no processo de educação em saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 12, n. 1, p. 54-59, jan./abr. 2004.

GALISA, M. S.; GUIMARÃES, A. F. **Cálculos nutricionais: conceitos e aplicações práticas**. São Paulo: M. Books do Brasil Editora, 2008.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care: Clinics in office practice**, v. 21, n. 1, p. 55-67, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Global strategy on diet, physical activity and health. In: **Fifty-seventh World Health Assembly. Resolução WHA57.17**. Genebra; World Health Organization (WHO), 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Obesity: Preventing and managing the global epidemic - Report of a WHO Consultation**. Genebra: World Health Organization, 1998. (WHO Technical Report Series 894)

PEREIRA, J. M.; HELENE, L. M. F. Reeducação alimentar e um grupo de pessoas com sobrepeso e obesidade: relato de experiência. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 7, n. 2, p. 32-38, jun. 2006.

PHILLIPI, S. T. (Org.). **Pirâmide dos alimentos: fundamentos básicos da nutrição**. Barueri: Manole, 2008.

SANTOS *et al.* Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 346-352, abr. 2006.

WINTER *et al.* BMI and all-cause mortality in older adults: a meta-analysis. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 99, n. 4, p. 875-890, fev. 2014.

Promoção do Brincar: Ação de Gestão Estratégica no Enfrentamento da Hospitalização Infantil

Play Promotion: Strategic Management in Action Combat Child Hospitalization

Jéssyca Fabiana Alves¹

Marina Dayrell de Oliveira Lima²

Rafael Mendonça Ribeiro³

Mirela Castro Santos Camargos⁴

Karla Rona da Silva⁵

¹Graduanda em Gestão de Serviços de Saúde Universidade Federal de Minas Gerais
jessyca-fabiana@hotmail.com

²Bacharel em Enfermagem Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

³Graduando em Gestão de Serviços de Saúde Universidade Federal de Minas Gerais

⁴Docente da Universidade Federal de Minas Gerais

⁵Docente da Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO: Este trabalho tem como objetivo descrever os principais benefícios da promoção do brincar para a recuperação da criança hospitalizada e as principais ações de gestão estratégica para sua efetividade. O método se caracteriza por uma revisão da literatura integrativa. Os principais benefícios encontrados na promoção do brincar para a recuperação infantil são melhor compreensão das crianças quanto aos procedimentos, diminuição do sofrimento, melhor relacionamento com a equipe de profissionais de saúde e resultados mais eficazes. As principais ações de gestão estratégica para que todo o processo ocorra com efetividade podem ser: coordenação das atividades pelo gestor, promoção de programas de capacitação e educação permanente dos profissionais, motivação do pessoal. O estudo permite contribuir para que os gestores hospitalares possam intervir e trabalhar estratégias que garantem a humanização da atenção à saúde da criança, visando conseguir melhores resultados nos tratamentos e nas condições psicossociais das crianças.

Palavras-chave: Criança Hospitalizada. Humanização da Assistência. Jogos e Brinquedos. Administração Hospitalar.

ABSTRACT: *This paper aims to describe the main benefits of promoting play in the recovery of hospitalized children and the main actions of strategic to its effectiveness. The method is characterized by an integrative review of the literature. The main benefits found promoting play for children recovery is a better understanding of children about the procedures, reduced pain, better relationship with the team of health care professionals and better results in treatment. The main actions of strategic management for the entire process to take place with effectiveness can be: coordination of activities by the manager; promoting training and continuing education of professional programs; staff motivation. The study allows to contribute to that hospital managers can intervene and work strategies that ensure a humane approach to children health in order to achieve better results in the treatments and the psychosocial conditions of children.*

Keywords: Hospitalized Child. Humanization of assistance. Games and toys. Hospital administration.

1. Introdução

A infância é uma etapa fundamental no desenvolvimento humano, e a imagem da criança está ligada ao bem-estar, à energia e à alegria, constituída, na maioria dos casos, de boa saúde, brincadeiras, amigos e atividades escolares. No decorrer de seu desenvolvimento, porém, as crianças podem passar por doenças, resultando ou não em hospitalização (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

O processo de hospitalização infantil é, sem dúvida, marcante na vida de qualquer criança. Nesse momento, ela se percebe frágil e impossibilitada de realizar suas atividades normalmente, alterando a sua rotina diária, como dormir em seu quarto, brincar com amigos, comer o que gosta e/ou ir à escola. Além disso, está cercada de pessoas estranhas que a todo o momento a tocam e realizam procedimentos que, não raras às vezes, lhe causam desconforto (JANSEN *et al.*, 2010).

É importante a criação de estratégias terapêuticas a fim de promover o bem-estar e atender às dimensões físicas, psíquicas, culturais, espirituais, sociais e intelectuais da criança e de sua família, o que, de acordo com Dias e Radomile (2006), acaba favorecendo a expressão da criança e possibilitando a humanização e a valorização do sujeito inserido no contexto hospitalar.

Humanizar em saúde é recuperar o respeito e a dignidade humana, considerando as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. A assistência humanizada é quando se tem grande preocupação em prestar e oferecer assistência com qualidade, atendendo às necessidades individuais das crianças, e estabelecer contato mais próximo com os familiares por parte dos profissionais de saúde (CRUZ *et al.*, 2006).

Visando à criação de práticas terapêuticas, é necessário o desenvolvimento e a implementação da gestão estratégica como forma de acrescentar novos elementos de reflexão e ação continuada, para avaliar e promover projetos de mudanças no setor saúde. A gestão estratégica exige um perfil empreendedor do gestor, devendo estar

compromissado com os resultados desejados pelos clientes e pelo hospital para a construção de propostas de ações que propõem o cumprimento dos objetivos e das metas da organização (CAMARGOS; DIAS, 2003).

Os gestores de hospitais com atendimentos pediátricos deveriam investir na melhoria de oportunidades para cada indivíduo assistido, no sentido de torná-las mais adequadas ao serviço prestado às crianças. Uma unidade de internação infantil deve ser organizada e preparada considerando a estruturação de um ambiente que atenda mais adequadamente às necessidades da criança, seja ela portadora de uma doença crônica, seja ela impossibilitada de sair do leito (SOARES; ZANBERLAM, 2001).

No ambiente hospitalar, a brincadeira pode ser um instrumento de intervenção e também uma maneira de preencher o tempo ocioso, servindo como recreação. Como um recurso terapêutico, utilizada por diversos profissionais da área de saúde, a brincadeira permite que a criança construa estratégias de enfrentamento em relação à doença, à hospitalização, à comunicação e à resolução de conflitos. Por meio do brincar, a criança pode se expressar melhor, assim como demonstrar os seus sentimentos e conseqüentemente contribuir com a sua recuperação (MITRE; GOMES, 2007).

Nesse sentido, o brincar passa a ser visto como uma ação estratégia terapêutica capaz de promover não só a continuidade do desenvolvimento infantil, como também a possibilidade de, por meio dele, a criança hospitalizada melhor elaborar esse momento específico em que vive (MITRE, 2004).

Assim, o gestor hospitalar deve tentar apresentar e desenvolver características de acolhimento, buscando considerar sentimentos nas relações profissionais com os pacientes. Questões de ordem afetivas e sociais estão presentes nesse contexto, e a saúde precisa ser considerada como um tema de natureza interdisciplinar (SOARES; ZAMBERLA, 2001).

Assim, este estudo se apresenta como de extrema relevância por entendermos que é essencial o gestor conhecer e desenvolver ações de gestão estratégica hospitalar, que

possam garantir a humanização da atenção à saúde da criança. Além disso, há a intenção de buscar contribuir com a descrição dos principais benefícios da promoção do brincar para a recuperação da criança hospitalizada, podendo refletir na redução do tempo de internação e nos custos hospitalares.

Ademais, cabe ressaltar que publicações referentes a essa temática parecem ser pouco difundidas na literatura, o que ratifica ainda mais a relevância deste estudo.

Para tanto, temos por objetivo descrever os principais benefícios da promoção do brincar para a recuperação da criança hospitalizada e as principais ações de gestão estratégica utilizadas para sua efetividade, por meio da revisão de literatura.

2. Metodologia

Este trabalho consiste na produção de uma revisão da literatura integrativa sobre a Promoção do Brincar, seus principais benefícios para a recuperação da criança hospitalizada e as principais ações de gestão estratégica utilizadas para sua efetividade.

A revisão integrativa tem por finalidade a análise de pesquisas relevantes que auxiliam na tomada de decisão e na melhoria da prática clínica, possibilitando o conhecimento acerca de um determinado tema, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser completadas com a realização de novos estudos. Esse método de pesquisa permite a síntese

de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo (MENDES *et al.*, 2008).

A produção científica sobre o tema, no primeiro momento, foi feita por meio da busca de artigos em bancos bibliográficos eletrônicos da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), que incluiu as bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF-enfermagem), sendo utilizados os seguintes critérios de inclusão: trabalhos publicados no período de 2000 a 2015; disponíveis na íntegra, gratuitamente, para leitura. A seleção dos artigos se deu inicialmente pela leitura dos títulos para identificação do tema e posterior leitura dos resumos e dos objetivos que abordassem a variável de interesse para o estudo. Os critérios de exclusão foram: artigos repetidos em várias bases de dados e não disponíveis na íntegra.

Para tal, foram utilizados os seguintes descritores: “criança hospitalizada”, “humanização da assistência”, “jogos e brinquedos” e “administração hospitalar”. A fim de relacionar uma soma das amplitudes da pesquisa, foi usado o operador “AND” além da utilização das aspas.

2.1 Características gerais dos estudos

O Quadro 1 mostra uma síntese dos resultados encontrados durante a pesquisa, para melhor descrição dos dados.

Quadro 1: Resultados encontrados conforme os descritores e as bases de dados

Base de dados	Descritores	Artigos encontrados
LILACS	Criança hospitalizada AND humanização da assistência	16
BDENF-Enfermagem	Criança hospitalizada AND humanização da assistência	12
SciELO	Criança hospitalizada AND humanização da assistência	1
LILACS	Criança hospitalizada AND jogos e brinquedos	21
BDENF-Enfermagem	Criança hospitalizada AND jogos e brinquedos	15
SciELO	Criança hospitalizada AND jogos e brinquedos	1
LILACS	Humanização da assistência AND jogos e brinquedos	1
BDENF-Enfermagem	Humanização da assistência AND jogos e brinquedos	2
LILACS	Administração hospitalar AND criança hospitalizada	3
BDENF-Enfermagem	Administração hospitalar AND criança hospitalizada	2
TOTAL		74

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Na primeira etapa, foram utilizados os descritores “criança hospitalizada” AND “humanização da assistência”, sendo encontrados 27 artigos, dos quais seis se repetiam nas bases LILACS e BDENF-Enfermagem e um artigo não tinha relação com o estudo. Com a utilização de “criança hospitalizada” AND “jogos e brinquedos”, foram encontrados 37 artigos, dos quais seis se repetiam nas bases LILACS, BDENF-Enfermagem e SciELO. Posteriormente, foram feitas buscas com “humanização da assistência” AND “jogos e brinquedos”, sendo encontrados mais três artigos e, por fim, a utilização dos descritores “administração hospitalar” AND “criança hospitalizada”, totalizando cinco artigos; desses, dois se repetiam nas bases LILACS, BDENF-Enfermagem e SciELO. O total foi de 74 artigos por meio do Portal de Pesquisa

da BVS, empregando os descritores estabelecidos e agrupados: desses 41 são publicações da base LILACS, 31 da BDENF-Enfermagem e dois das bases SciELO.

É importante ressaltar que a repetição de artigos encontrados nas bases de dados LILACS, BDENF-Enfermagem e SciELO diminui o número de estudos relacionados com a pesquisa.

Na segunda etapa, foram identificados e selecionados os artigos compatíveis e importantes para o estudo, por meio da leitura dos títulos e dos resumos. No total, foram selecionadas 11 publicações e uma cartilha do Ministério da Saúde referente à Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS).

O Quadro 2 apresenta as características dos artigos selecionados e utilizados na revisão integrativa.

Quadro 2: Características dos artigos selecionados segundo bases de dados, autores, títulos, tipo de estudo, mês e ano de publicação

Base de dados	Autores	Títulos	Tipo de estudo	Ano de publicação
SciELO	SOARES, M. R.; ZAMBERLAN, M. A. T.	A inclusão do brincar na hospitalização infantil.	Pesquisa bibliográfica	2001
BDENF-Enfermagem	FROTA, M. A. <i>et al.</i>	O lúdico como instrumento facilitador na humanização do cuidado de crianças hospitalizadas.	Descritivo com abordagem quantitativa	2007
LILACS	OLIVEIRA, L. D. B. <i>et al.</i>	A brinquedoteca hospitalar como fator de promoção no desenvolvimento infantil: relato de experiência.	Relato de experiência	2009
LILACS	JANSEN, M. F.; SANTOS, R. M.; FAVERO, L.	Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança.	Exploratório e descritivo com abordagem qualitativa	2010
LILACS	MITRE, R. M. A.; GOMES, R.	A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde.	Abordagem qualitativa	2004
BDENF-Enfermagem	FAVERO, L. <i>et al.</i>	A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de enfermagem: relato de experiência.	Relato de experiência	2007
LILACS	MITRE, R. M. A.; GOMES, R.	A perspectiva dos profissionais de saúde sobre a promoção do brincar em hospitais.	Abordagem qualitativa	2007

Base de dados	Autores	Títulos	Tipo de estudo	Ano de publicação
LILACS	CRUZ, D. S. M.; COSTA, S. F. G.; NÓBREGA, M. M. L.	Assistência humanizada à criança hospitalizada.	Pesquisa bibliográfica	2006
BDENF Enfermagem	MELO, L. L.; VALLE, E. R. M.	A brinquedoteca como possibilidade para desvelar o cotidiano da criança com câncer em tratamento ambulatorial.	Abordagem qualitativa	2010
LILACS	LEMOS, V. M. F.; ROCHA, M. H. P.	A gestão das organizações hospitalares e suas complexidades.	Pesquisa descritiva, abordagem qualitativa	2011
BDENF Enfermagem	COSTA, S. A. F.; RIBEIRO, C. A.; BORBA, R. I. H.; SANNA, M. C.	Brinquedoteca hospitalar no Brasil: reconstruindo a história de sua criação e implantação.	Estudo exploratório, descritivo	2014

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

2.2 Resultados

Abaixo, são listados os artigos que contribuíram para o desenvolvimento do trabalho com a descrição do autor, revista,

metodologia, objetivo e os principais resultados encontrados por cada artigo, diante da prática do brincar e das ações estratégicas de gestão (Quadro 3).

Quadro 3: Relação de artigos que contribuíram para o desenvolvimento do trabalho

Autor Revista/Ano	Metodologia	Objetivo	Principais resultados
SOARES, M. R.; ZAMBERLAN, M. A. T. Rev. Estudos de Psicologia, PUC-Campinas/2001	Pesquisa bibliográfica	Discutir a importância da inclusão da atividade lúdica no atendimento à criança hospitalizada, bem como explicitar a utilização de tal recurso pelo psicólogo, pela equipe hospitalar e pela família do paciente.	As atividades lúdicas devem ser organizadas no hospital por auxiliarem no desenvolvimento integral da criança, incrementando seu repertório comportamental.
FROTA, M. A. <i>et al.</i> Cogitare Enfermagem 2007	Estudo descritivo, à luz da abordagem quantitativa	Verificar o lúdico como facilitador na humanização do cuidado da criança hospitalizada.	A promoção do brincar na hospitalização infantil pode facilitar o tratamento, abrindo possibilidades para uma assistência mais criativa e humanizada, reduzindo os efeitos estressantes. Verificou-se a importância da utilização do lúdico na prática diária pelos profissionais da saúde, contribuindo com a assistência à criança hospitalizada.
OLIVEIRA, L. D. B <i>et al.</i> Rev. brasileira crescimento desenvolvimento humano/2009	Relato de experiência	Apresentar as atividades desenvolvidas no Projeto: Brinquedoteca Hospitalar: Projeto de Recreação em Enfermagem Pediátrica, realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina junto às crianças internadas e acompanhantes.	A intervenção das brinquedistas ajudou a criança a atender às solicitações feitas pelos médicos, entender o processo da doença e ainda possibilitou melhor interação com a equipe médica. A brincadeira, de fato, ameniza os traumas da internação; portanto, não deve ser considerada como uma atividade de tempo livre, mas sim como parte do tratamento, otimizando a intervenção e diminuindo o tempo de internação.

Autor Revista/Ano	Metodologia	Objetivo	Principais resultados
JANSEN, M. F.; SANTOS, R. M.; FAVERO, L. Rev. Gaúcha Enfermagem 2010	Pesquisa exploratório-descritiva, à luz da abordagem qualitativa	Verificar os benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem à criança hospitalizada.	A utilização do brinquedo é excelente recurso para a enfermagem no atendimento às crianças hospitalizadas. As características do brinquedo facilitaram a comunicação, a participação, a aceitação de procedimentos e motivação da criança, o que possibilitou manutenção da individualidade, diminuição do estresse e possibilidade de implementação de um cuidado atraumático à criança e sua família.
MITRE, R. M. A.; GOMES, R. Rev. Ciência. Saúde Coletiva 2004	Estudo à luz da abordagem qualitativa	Analisar o significado da promoção do brincar no espaço da hospitalização de crianças para os profissionais de saúde que trabalham com esta proposta.	A promoção do brincar na hospitalização infantil pode facilitar a continuidade da experiência de vida do sujeito. A promoção do brincar no espaço da hospitalização infantil como facilitador de uma dinâmica de interações que (re)significa o modelo tradicional de intervenção e o cuidado de crianças hospitalizadas.
FAVERO, L. <i>et al.</i> Rev. Cogitare Enfermagem 2007	Relato de experiência	Discorrer sobre mudanças implantadas em uma unidade de cirurgia pediátrica de um hospital universitário.	O brincar possibilitou o relacionamento da criança com o próprio corpo e com o meio que a cerca. Permitiu alertar às enfermeiras da unidade que organizar um espaço arejado, não necessariamente grande, porém, confortável e atraente para as crianças. Possibilitou ainda às enfermeiras incentivarem sua equipe sobre a importância da brinquedoteca para a recuperação das crianças.
MOTTA, A. B.; ENUMO, S. R. F. Rev. Psicologia em Estudo, Maringá/2004	Relato de experiência	Avaliar a importância dada ao brincar pela criança e caracterizar atividades lúdicas possíveis no hospital.	78,6% das crianças relataram que gostariam de brincar no hospital, o que é justificado principalmente pela sua função lúdica. O instrumento mostrou que o brincar pode ser um recurso adequado para a adaptação da criança hospitalizada, permitindo personalizar a intervenção.
MITRE, R. M. A.; GOMES, R. Rev. Ciência. Saúde Coletiva 2007	Estudo à luz da abordagem qualitativa	Investigar e analisar quais os limites e as possibilidades da promoção do brincar em hospitais, na perspectiva dos profissionais envolvidos nessas ações.	É importante o desenvolvimento da promoção do brincar como uma tecnologia de relações que permite a resignificação dos propósitos e das ações no âmbito da hospitalização infantil, buscando maior integralidade da assistência. Os gestores passaram a valorizar e a ter percepção mais aguçada sobre a promoção do brincar e sua importância na hospitalização infantil.
CRUZ, D. S. M.; COSTA, S. F. G.; NÓBREGA, M. M. L. Rev. RENE. Fortaleza/2006	Pesquisa bibliográfica	Estimular a reflexão dos profissionais envolvidos no cuidar da criança hospitalizada quanto à necessidade de humanizar a assistência a esses pequenos pacientes.	O profissional de enfermagem, como parte integrante daquela equipe, deverá estar apto a identificar os estressores da doença em cada estágio do seu desenvolvimento da criança, promovendo intervenções que previnam as consequências traumáticas da hospitalização.
MELO, L. L.; VALLE, E. R. M. Rev. Escola Enfermagem USP/2010	Estudo à luz da abordagem qualitativa	Desvelar o sentido de ser criança com câncer em tratamento ambulatorial, utilizando a brinquedoteca como possibilidade de favorecer a expressão pela criança de seu mundo cotidiano.	É possível afirmar que, independentemente de a criança estar em tratamento hospitalar ou ambulatorial, uma vez que ambos são desgastantes e dolorosos, o brincar contribui para que ela continue se desenvolvendo integralmente, apesar do adoecimento. Não obstante os benefícios terapêuticos do brincar para a criança doente, essa prática ainda é bastante desvalorizada em nosso meio, que, ao invés de utilizá-la como coadjuvante no tratamento, usa-a como atividade dispensável.

Autor Revista/Ano	Metodologia	Objetivo	Principais resultados
LEMOS, V. M. F.; ROCHA, M. H. P. Rev. Unifacs 2011	Pesquisa des- critiva, à luz da abordagem qualitativa	Analisar a importância de boas práticas de gestão no processo de tomada de deci- são das organizações hospita- lares, ressaltando as vantagens de se gerir estrategicamente os custos dessa organização.	É necessário que os hospitais se ajustem às constantes transformações, revendo seus processos e modernizando seus modelos de gestão, para que consigam alcançar resultados que garantam sua continuidade no mercado.
COSTA, S. A. F.; RIBEIRO, C. A.; BORBA, R. I. H.; SANNA, M. C. Rev. Eletrôni- ca/2014	Estudo explo- ratório, des- critivo	Reconstruir a história da criação e da implantação da Brinquedoteca Hospitalar no Brasil.	Observou-se que as transformações em rela- ção à brinquedoteca aconteceram de forma gradativa, surgindo com a finalidade de me- lhorar a estada da criança no hospital, ha- vendo crescente valorização do espaço lúdico nesse contexto, após a promulgação da Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005. Ressalta-se a necessidade de maior envolvimento dos en- fermeiros com o tema por serem profissionais mais próximos das crianças doentes.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

3. Discussão

A hospitalização é uma experiência desagradável para qualquer pessoa e se agrava quando diz respeito a uma criança, quando ela vive o adoecimento que até então é desconhecido. Isso pode desenvolver sentimentos de medo, angústia, tristeza, depressão, incapacidade e ameaças de modificação do seu dia a dia. Diante disso, causam diferentes impactos no comportamento da criança, uma vez que depende de vários fatores e como o profissional de saúde conduz a sua internação (JANSEN *et al.*, 2010).

Percebe-se o cuidado prestado à criança hospitalizada e sua família como algo abrangente e complexo, já que envolve a adequada execução da técnica, a capacidade de atender às necessidades físicas e psíquicas da criança e de sua família, além de estabelecer vínculos e compreendê-los.

Para que as condições estressantes e os procedimentos médicos invasivos sejam bem enfrentados, são utilizadas estratégias pela equipe multiprofissional de saúde para melhor atender às necessidades individuais de cada criança ao lidar com a hospitalização infantil. Uma das estratégias mais empregadas e conforme a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, do Estatuto da Criança e do Adolescente, encontra-se o brincar, recurso

utilizado no contexto hospitalar. Com a inserção do brincar, motivaram-se estudos sobre a sua importância no processo de humanização hospitalar (FROTA *et al.*, 2007).

A humanização interliga o cuidar a diversos fatores, sendo primordial na etapa do adoecimento valorizar o sentimento, a cultura e a realidade, possibilitando assim uma relação de envolvimento maior entre o profissional e a criança. A atividade lúdica e o ato de brincar promovem fatores significativos para o desenvolvimento psicomotor, cognitivo, social e afetivo da criança, proporcionando um tratamento humanizado (FROTA *et al.*, 2007).

O reconhecimento do brincar como um assunto sério teve registro oficial no Brasil, em 1974, no Congresso Internacional de Pediatria, quando pesquisadores suecos apresentaram um trabalho sobre sua importância na recuperação e na preservação da saúde mental de crianças hospitalizadas. No Brasil, a brinquedoteca hospitalar ganhou impulso na década de 1980, sua finalidade era propiciar um espaço para a criança expressar, por meio das brincadeiras e jogos de papéis, seus desejos, imaginação, medos, e inseguranças geradas pela doença e internação, que afetam sua saúde biológica, psíquica e social (COSTA *et al.*, 2014).

Para assegurar o funcionamento das brinquedotecas hospitalares, o Congresso Nacional decretou a Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005, que tem por objetivo a obrigatoriedade da instalação de brinquedotecas por parte dos hospitais que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. Tal lei, contribuindo para que as brinquedotecas se tornassem uma realidade para o Brasil, surgiu dos movimentos de humanização nos hospitais (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2013).

Nos arts. 3º e 4º, respectivamente, da Portaria nº 2.261, entende-se por brinquedoteca o espaço provido de brinquedos e jogos educativos, sendo o atendimento pediátrico realizado à criança de 28 dias a 12 anos, em regime de internação. De acordo com o disposto no art. 5º, os estabelecimentos hospitalares pediátricos deverão disponibilizar brinquedos variados, bem como propiciar atividades com jogos, brinquedos, leitura e instrumentos de aprendizagem educacional e de estímulos positivos na recuperação da saúde (BRASIL, 2005).

O art. 6º refere-se ao dimensionamento da brinquedoteca, que deve atender à RDC/ANVISA nº 50/2002; para os hospitais já em funcionamento e que não possuem condições de criar esse ambiente específico, é permitido compartilhamento com ambiente de refeitório, desde que fiquem definidos os horários para o desenvolvimento de cada uma das atividades; deve ser prevista uma área para a guarda e a higienização dos brinquedos; a higienização dos brinquedos deve ser conforme o definido pela Comissão de Controle de Infecção do Hospital (CCIH); os horários de funcionamento devem ser estabelecidos pela direção do hospital, tendo a criança livre acesso; e para as crianças impossibilitadas de andar ou sair do leito os profissionais devem facilitar o seu acesso às atividades desenvolvidas pela brinquedoteca dentro das enfermarias (BRASIL, 2005).

Nota-se que a promoção do brincar deve considerar aspectos psicológicos, pedagógicos e sociológicos da criança e de sua família.

O ambiente disponível para realizar as ações terapêuticas deve enfatizar a saúde por meio de atividades interativas, brincadeiras, mobilidade, espaço e liberdade de escolha dada a criança. Dessa forma, a criança conhece e vivencia o brinquedo, desenvolvendo a capacidade de interagir com a doença, passando de sujeito passivo para sujeito ativo, tendo entendimento em relação aos procedimentos realizados (SOARES; ZAMBERLAN, 2001).

Para que a promoção do brincar ocorra com eficácia, não apenas os recursos financeiros se fazem necessários, mas também uma equipe multiprofissional qualificada e treinada para o desenvolvimento das práticas terapêuticas.

Brincar é importante e necessário para o desenvolvimento do ciclo vital da criança, e a equipe multiprofissional de saúde deve reconhecer essa necessidade, propiciar meios para sua realização e incorporá-la ao cuidado diário. A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 295, no art. 1º, afirma que é competência do enfermeiro atuante na pediatria a utilização da técnica do brinquedo terapêutico durante a realização do cuidado à criança hospitalizada (JANSEN *et al.*, 2010).

Percebe-se que a patologia da criança e a dor que ela sente podem interferir no trabalho da equipe de saúde; porém, fazer com que a criança possa se envolver e “esquecer” sua dor é um dos propósitos da utilização do brinquedo terapêutico que atua como facilitador na relação da equipe de enfermagem, dos médicos e dos psicólogos com a criança. Esse pode representar um momento de humanização e acolhimento em todo o processo de tratamento e recuperação.

O brinquedo terapêutico é descrito na literatura desde o final da década de 1960 e é utilizado para que a criança alivie a ansiedade causada pela internação hospitalar, considerada experiência atípica para a idade. Deve ser utilizado sempre que a criança tiver dificuldade em compreender ou lidar com uma experiência difícil ou ainda necessitar ser preparada para procedimentos invasivos e/ou dolorosos (RIBEIRO *et al.*, 2001).

O brinquedo terapêutico pode ser classificado em três tipos: Brinquedo Terapêutico Dramático – que tem por finalidade permitir à criança exteriorizar as experiências as quais tem dificuldade de verbalizar, a fim de aliviar tensão e expressar sentimentos; Brinquedo Terapêutico Capacitador de Funções Fisiológicas – utilizado para capacitar a criança para o autocuidado, de acordo com o seu desenvolvimento, condições físicas e prepará-la para aceitar a sua nova condição de vida. E, por fim, o Brinquedo Terapêutico Instrucional – indicado para preparar e informar à criança sobre os procedimentos terapêuticos a que deverá se submeter, para facilitar a sua compreensão acerca do procedimento (CINTRA *et al.*, 2006).

Entendemos que a utilização do brinquedo terapêutico auxilia na minimização das tensões geradas pela internação e mudança de ambiente pelo qual a criança passa. A partir disso, as respostas, quanto ao tratamento e à conduta terapêutica, são positivas.

Com um boneco ou um brinquedo, a equipe de enfermagem explica o procedimento à criança, que deverá fazer o mesmo, dramatizando de acordo com os procedimentos realizados com ela, como exemplo, pequenas intervenções para possibilitar a colocação de sondas, drenos, cateteres e bolsas coletoras. Com isso, os pequenos pacientes perdem ou diminuem o medo e não demonstram resistência ao serem submetidos aos tratamentos (CINTRA *et al.*, 2006).

O espaço da brinquedoteca é preparado para estimular a criança a brincar, possibilitando o acesso a uma grande variedade de brinquedos. É de extrema importância para a criança que se encontra doente, tendo como objetivos: preservar a saúde emocional da criança, proporcionando alegria e distração por meio de oportunidades para brincar, jogar, ler e interagir com outras crianças; preparar a criança para as novas situações que poderão surgir; possibilitar a manutenção e a progressão do seu desenvolvimento, auxiliando a sua recuperação e amenizando os possíveis traumas e medos decorrentes da hospitalização (MELO; VALLE, 2010).

Assim, percebemos que a brinquedoteca é considerada como o espaço ideal para a criança dar vazão aos seus sentimentos, já que se trata de um espaço de troca, onde é preciso partilhar e cooperar ações que proporcionam crescimento, amadurecimento, ganhos, perdas e que colaboram na evolução de seu desenvolvimento.

Corroborando com tais reflexões, estudiosos relataram que é de grande importância a divulgação e a conscientização dos benefícios oferecidos pelas brinquedotecas, no sentido de sensibilização dos gestores de saúde para incorporação dessa, junto as suas ações estratégicas de gestão, com vias à ampliação da implantação desse tipo de serviço. Apesar da importância da presença da brinquedoteca hospitalar, sua contribuição para a criança doente está intimamente ligada com os profissionais que a realizam e organizam (MARINHO *et al.*, 2011).

Houve crescente valorização do espaço lúdico no contexto hospitalar após a promulgação da Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005, mas ainda é necessário investir em recursos físicos, materiais e humanos para garantir o funcionamento regular da brinquedoteca.

É necessário que os hospitais com internação infantil tenham gerenciamento inovador e sistematizado, que invistam na gestão estratégica, oferecendo instrumentos para a tomada de decisões, já que não basta a modernização por meio da tecnologia se não houver planejamento e estratégias (DIENG *et al.* 2007).

É visto como ponto forte e um diferencial para a gestão estratégica a qualidade dos serviços prestados dentro da organização hospitalar, contribuindo para um gerenciamento mais eficaz. Para administrar adequadamente tais recursos, faz-se necessário um gestor competente, capaz de entender de pessoas, dos custos, da tecnologia e dos processos necessários (LINO *et al.*, 2008).

No Brasil, a área hospitalar ainda precisa trilhar um longo caminho em busca da modernização de sua gestão, uma vez que tais organizações ainda se utilizam de métodos tradicionais e ultrapassados. Ainda

hoje, grande parte dos hospitais brasileiros tem problemas em adotar modelos de gestão ágeis, voltados para as necessidades dos cidadãos, havendo dificuldade em trabalhar com indicadores e com a mudança de comportamentos (LEMOS; ROCHA, 2011).

Com isso, entendemos que é indispensável que o gestor coordene, organize e promova a distribuição dos profissionais no setor que realiza as atividades lúdicas e terapêuticas, desenvolva capacitação para os profissionais que possam assumir a coordenação desses espaços a fim de garantir a humanização do cuidado e a eficácia dos serviços, além de treinamentos periódicos mediante cursos/oficinas para a atualização constante das práticas. É preciso investir na ampla formação prática e teórica desses profissionais, por meio das técnicas de animação lúdica, jogos, brinquedos e brincadeiras, para que tenham clareza de seu papel perante a criança no contexto da promoção do brincar.

Ademais, para que médicos, enfermeiros, psicólogos e técnicos (dentre outros profissionais) executem suas atividades com prazer e entusiasmo, é essencial que o gestor promova um ambiente amigável para que eles exponham suas ideias e opiniões com o intuito de fomentar as decisões acerca das ações de gestão estratégica. O gestor também deve estar aberto a diálogos e a mudanças, promovendo assim um local de efetivo trabalho em equipe.

Cabe mencionar também o caráter ético que envolve a figura do gestor, fazendo referência à moral e aos princípios que vão influenciar no processo de tomada de decisão. É questionado em alguns estudos sobre o que é mais importante: a situação financeira do hospital ou o paciente (ZOBOLI, 2000).

Esse é um dilema enfrentado diariamente nas instituições de saúde, e, como não existe resposta certa, cada caso deverá ser analisado individualmente. No entanto, deve-se levar em consideração a possibilidade de cura/estabilização do processo de adoecimento, pois não há dinheiro que pague a perda de uma vida.

Concluiu-se que o gestor precisa conhecer os aspectos éticos e legais que envolvem as instituições de saúde, que se deriva do direito à “saúde para todos”, devendo a dignidade da pessoa ser respeitada e ter o atendimento garantido, e assim dar exemplo de dedicação ao serviço e de ser um hábil negociador. No entanto, cabe também a esse gestor a obrigação de procurar aliar essas funções aos recursos disponíveis da organização.

4. Considerações finais

A promoção do brincar no ambiente de internação hospitalar tem características lúdica, terapêutica e educativa, facilitando a comunicação, a participação e a motivação da criança em todo o seu processo de hospitalização.

Este estudo permitiu contemplar o objetivo do projeto inicial. Verificou-se que, por meio da prática do brincar no setor de internação infantil, se constata benefícios alcançados para o desenvolvimento social, psicológico e clínico da criança, visto ser essa de extrema importância para que ela consiga compreender melhor sua real situação. Assim, a criança vai interagir melhor com as outras, verbalizando também suas dores, seus traumas e medos, para que se sinta mais acolhida, alegre e confiante em todo o tratamento, e, principalmente, melhor interação entre a equipe de profissionais de saúde, a criança e sua família.

Constatamos também que o aprendizado sobre o brincar da criança necessita muito mais do que um ambiente com materiais e brinquedos. É importante também resgatar nos profissionais uma visão de cuidar que compreenda o outro como a si mesmo, de maneira empática e sensível daquele que cuida do que é cuidado, refletindo diretamente na gestão estratégica.

Por isso, o gestor hospitalar deve instrumentalizar os profissionais de saúde para que conheçam os benefícios da prática do cuidar aliada à ação de gestão estratégica e tenham conhecimentos prático e teórico, a fim de potencializar tais benefícios. Assim, é necessário que o gestor proponha ações

estratégicas voltadas para o enfrentamento da hospitalização infantil com foco na recuperação positiva da criança, refletindo, assim, em menor tempo de internação, custos e gastos hospitalares.

Este estudo contribuiu também para mostrar que os gestores podem intervir em ações estratégicas e trabalhar com essas para garantir uma administração eficaz dos recursos hospitalares disponíveis, com o objetivo de assegurar os direitos e os benefícios à saúde infantil.

Por fim, ao se analisar a literatura voltada ao tema, percebe-se que ela ainda é muito tímida no que tange à ação de gestão estratégica voltada para a promoção do brincar. Verifica-se a necessidade e a continuidade das pesquisas, por meio de investigações campais e projetos voltados para examinar o desenvolvimento e a efetividade do trabalho do gestor junto a sua equipe de saúde quanto à promoção do brincar.

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

5. Referências

BRASIL. Lei n. 11.104, de 21 de março de 2005. **Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação.** Brasília/DF: Diário Oficial da União, 2005.

_____. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Brasília/DF: Diário Oficial da União, 1990.

_____. Portaria n° 2.261, de 23 de novembro de 2005. **Aprova o regulamento que estabelece as diretrizes de instalação e funcionamento das brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação.** Brasília/DF: Diário Oficial da União, 2005.

CAMARGOS, M. A.; DIAS, A. T. Estratégia, administração estratégica e estratégia corporativa: uma síntese teórica. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 27-39, jan./mar., 2003.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN n° 295, de 24 de outubro de 2004. **Dispõe sobre a utilização da técnica do Brinquedo Terapêutico pelo Enfermeiro na assistência à criança hospitalizada.** Brasília/DF, 2004. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2952004_4331.html>. Acesso em: 22 set. 2015.

COSTA, S. A. F.; RIBEIRO, C. A.; BORBA, R. I. H.; SANNA, M. C. Brinquedoteca hospitalar no Brasil: reconstruindo a história de sua criação e implantação. **Revista Eletrônica**, v. 5, n. 2, p. 206-223, ago./dez., 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?q=brinquedoteca%20historia&where=&index=&lang=pt>>. Acesso em: 25 out. 2015.

CRUZ, M. S. D.; COSTA, G. F. S.; NÓBREGA, L. M. M. Assistência humanizada à criança hospitalizada. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 7, n. 3, p. 98-104, set./dez., 2006. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/756>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

DIAS, M. N.; RADOMILE, S. E. M. A implantação do serviço de psicologia no hospital geral: uma proposta de desenvolvimento de instrumentos e procedimentos de atuação. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 114-132, dez. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S151608582006000200008&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 ago. 2015.

DIENG, M.; ARAÚJO, A. O.; DINIZ, J. A.; DINIZ, M. A. A.; SANTOS, D. P. **Gestão Estratégica de Custos Aplicada à Atividade Hoteleira:** um estudo empírico nos hotéis de médio e grande porte da grande Recife. In: 3º CONGRESSO DA USP DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA EM CONTABILIDADE, São Paulo, 2007.

FROTA, M. A.; GURGEL, A. A.; PINHEIRO, M. C. D.; MARTINS, M. C.; TAVARES, T. A. N. R. O lúdico como instrumento facilitador na humanização do cuidado de crianças hospitalizadas. **Cogitare**

Enfermagem, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 69-75, jan./mar., 2007. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewArticle/8270>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

JANSEN, M. F.; SANTOS, R. M.; FAVERO, L. Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre/RS, v. 2, n. 31, p. 247-53, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n2/07.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015.

LEMOS, V. M. F.; ROCHA, M. H. P. **A gestão das organizações hospitalares e suas complexidades**. In: VII CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, ago., 2011. Disponível em: <http://www.excelenciaemgestao.org/portals/2/documents/cneg7/anais/t11_0417_1492.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2015.

LINO, K. M. S.; GONÇALVES, M. F.; FEITOSA, S. L. **A administração hospitalar por competência: o administrador como gestor hospitalar**. Escola Superior da Amazônia (ESAMAZ), Belém/PA, 2008.

MARINHO, J. A.; AGATA, G. A.; CAMARGO, M. F. M.; CORTEZ, N. M. S. C. **Brincar é coisa séria**. Secretaria Municipal da Saúde, São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.convibra.org/upload/paper/2012/60/2012_60_3995.pdf>. Acesso em: 7 out. 2015.

MELO, L. L.; VALLE, E. R. M. A brinquedoteca como possibilidade para desvelar o cotidiano da criança com câncer em tratamento ambulatorial. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 2, n. 44, p. 517-25, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200039>. Acesso em: 25 abr. 2015.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis/SC, v. 4, n. 17, p. 758-64, out./dez., 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2015.

MITRE, A. M. R.; GOMES, R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1, n. 9, p. 147-154, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v9n1/19832.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2015.

MITRE, A. M. R.; GOMES, R. A perspectiva dos profissionais de saúde sobre a promoção do brincar em hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, set./out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000500025>. Acesso em: 25 set. 2015.

OLIVEIRA, A. M. K. D.; OLIVEIRA, M. C. F. Benefícios da brinquedoteca à criança hospitalizada: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 11, n. 35, p. 1277-1284, jan./mar. 2013.

OLIVEIRA, L. D. B.; GABARRA, L. M.; MARCON, C.; SILVA, J. L. C.; MACCHIAVERNI, J. A brinquedoteca hospitalar como fator de promoção no desenvolvimento infantil: relato de experiência. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, v. 2, n. 19, p. 306-312, 2009. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=536946&indexSearch=ID>>. Acesso em: 2 maio 2015.

SOARES, M. R. Z.; ZAMBERLAN, M. A. T. A inclusão do brincar na hospitalização infantil. **Revista Estudos de Psicologia**, PUC-Campinas, v. 18, n. 2, p. 64-69, maio/ago., 2001. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=317234&indexSearch=ID&lang=p>>. Acesso: 22 jun. 2015.

ZOBOLI, E. L. C. P. **A interface entre a ética e a administração hospitalar**. 2000. ?? f. Dissertação (Mestrado em Serviços de Saúde) – Departamento de Prática em Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000. p. 2015-2000

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 cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes 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 co-autores. 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. Os títulos 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 complementar. 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 negritos.

Na folha de rosto devem constar título (em português e inglês) e dados dos autores com as informações na seguinte ordem:

Autor principal: 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. Não se deve informar a titulação dos autores.

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 *Gerais* 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) com a 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. 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.

