

PARECER TÉCNICO

ASSUNTO: PLANO MUNICIPAL DE ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS ATINGIDAS PELA BARRAGEM DE REJEITO DA SAMARCO, VALE, BHP BILLITON, EM MARIANA QUE ATINGIU A CIDADE DE MARLIÉRIA/MG

OFÍCIO CT SAÚDE Nº98/2022
DATA DE RECEBIMENTO 19/09/2022

DATA DA ANÁLISE: 21/09/2022
RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE: PAULA CAMBRAIA DE MENDONÇA VIANNA
RONIZE GOMES DO NASCIMENTO

CONTEXTO

O Termo de Transação e Ajustamento de Conduta (TTAC), definiu que o Programa de Apoio à Saúde Física e Mental da População Impactada (Programa 14 - PG14) é programa de cunho reparatório, que tem por objetivo mitigar e reparar impactos decorrentes do rompimento da barragem de Fundão ("Rompimento") à saúde da população, tendo como referência a situação anterior. São premissas do Programa, de acordo com as cláusulas 05, 106 a 112 do TTAC, (i) a devida identificação da situação anterior ao Rompimento e (ii) a comprovação técnica dos possíveis impactos causados em decorrência do Rompimento, inclusive para que se possa identificar as medidas mais adequadas ao seu tratamento – as quais serão refletidas nos Planos de Ação.

Portanto, ações de reparação em Saúde para os municípios da Bacia do Rio Doce, considerados atingidos, devem ocorrer de acordo com evidências científicas de possíveis danos causados pelo rompimento da barragem, como previsto na **cláusula 108**: "mitigação dos danos causados à saúde" e na cláusula 109 "**as quais deverão estar circunscritas aos efeitos decorrentes do EVENTO**". Para a identificação dos possíveis danos à saúde, é necessária a realização de estudos técnico-científicos que devem constituir a base da evidência para

implantação de ações reparatórias em Saúde, considerando o TTAC, cláusula 06, item II:

II - Os PROJETOS e demais atividades, ações e medidas dos PROGRAMAS SOCIOAMBIENTAIS e PROGRAMAS SOCIOECONÔMICOS serão definidos conforme estudo de avaliação dos impactos socioambientais e socioeconômicos, conforme o caso, decorrentes do EVENTO, observados os prazos do Acordo, a ser realizado por EXPERTS, de forma que todos os PROJETOS, atividades, ações e medidas estabelecidos pelos PROGRAMAS contenham fundamentação científica, quando cabível, e guardem relação de proporcionalidade e eficiência, bem como voltadas à remediação e/ou compensação de impactos ambientais e socioeconômicos materializados em decorrência do EVENTO.

A Fundação Renova recebeu, em 19 de setembro de 2022, o Ofício CT-Saúde /CIF nº 98/2022, que apresenta o Plano Municipal de Acompanhamento das Famílias Atingidas pela Barragem de Rejeito da Samarco, Vale, BHP Billiton, em Mariana que atingiu a cidade de Marliéria/MG para ciência e análise.

ANÁLISE

O Plano de Ação em Saúde (PAS) do município de Marliéria/MG apresenta um diagnóstico situacional estruturado com informações referentes aos indicadores demográficos, socioeconômicos, de mortalidade e morbidade, fatores de riscos à saúde e estrutura dos serviços de saúde (cobertura), monitorados pelos dados secundários disponibilizados pelos Sistemas de informação do Ministério da Saúde. No entanto, o documento não apresenta os critérios e/ou metodologia utilizados para identificar a população considerada atingida no território, tão pouco os possíveis impactos à saúde e sua correlação com o rompimento.

Outro ponto relevante é que o PAS desconsidera a temporalidade designada pela Nota Técnica/CT-Saúde nº 11/2018 para o levantamento do perfil epidemiológico estabelecido, que estabelece a análise das taxas de morbimortalidade dos agravos e doenças para os 10 anos anteriores e os 10 anos posteriores à ocorrência do Rompimento, além de considerar a população total do Município, não restringindo a variação do perfil epidemiológico à população considerada efetivamente atingida.

A população considerada atingida no Município equivale à 0,07% da população total estimada pelo IBGE para o ano de 2021.

O PAS aponta problemas relacionados ao adoecimento mental, como ansiedade, depressão, uso abusivo de álcool e outras drogas, aumento na demanda dos serviços especializados. Aponta, também, questões de cunho social, como ócio, falta de oportunidade de trabalho e conflitos familiares, situações que acabam incidindo na demanda pelos serviços de saúde. Entretanto, os dados e/ou indicadores de saúde não descrevem evidências técnico-científicas que guardam correlação com os impactos decorrentes do Rompimento e não se restringem à população atingida.

3. AÇÕES EM SAÚDE APONTADAS PARA O FORTALECIMENTO DO SUS DO MUNICÍPIO DE MARLIÉRIA/MG.

3.1 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que englobam ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, estruturada por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada por equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

A APS é considerada o **primeiro nível de atenção à saúde**, principal porta de entrada do SUS e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), funcionando como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços mais simples aos mais complexos, norteada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade.

Com base no Sistema de Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES), a APS do município de Marliéria está estruturada em 2 (duas) Equipe de Saúde da Família (eSF), 1 (uma) Equipe do Núcleo Ampliado Saúde da Família e APS (ENASFAP), classificado como NASF III, 2 (duas) Equipes de Saúde Bucal (eSB) e 1(uma) Secretaria de Saúde e/ou Central de Gestão em Saúde. Tais equipes estavam alocadas no período entre 2005 e 2009, em 3 (três) Centros de

Saúde/Unidades Básicas, ampliando para 3 (três) Centros de Saúde/Unidades Básicas e 1 (uma) Central de Gestão em Saúde entre 2010 e 2020, reduzindo para 2 (dois) Centros de Saúde/Unidades Básicas e 1 (uma) Central de Gestão em Saúde em abril 2021 até o momento, conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1 - SCNES - Estabelecimentos por Tipo – Marliéria/MG

Tipo de Estabelecimento	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2
CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Total	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/prid02mg.def>, set.2022.

A estrutura da Rede de Atenção à Saúde (RAS) acima descrita assim como o relatório do histórico de cobertura da população pela Atenção Primária à Saúde (APS) apontam 100% de cobertura, desde 2007, com duas oscilações nos anos de 2008 (92,17%) e 2015 (83,62%), representadas nos quadros 2 e 3.

Quadro 2 - Cobertura da Atenção Básica

Competência	UF	Município	População IBGE	Estim. Pop. Cob. AB	Cobertura AB
DEZ/2007	MG	MARLIÉRIA	4.417	4.417	100%
DEZ/2008	MG	MARLIÉRIA	3.743	3.450	92,17%
DEZ/2009	MG	MARLIÉRIA	3.819	3.819	100%
DEZ/2010	MG	MARLIÉRIA	3.793	3.793	100%
DEZ/2011	MG	MARLIÉRIA	4.012	4.012	100%
DEZ/2012	MG	MARLIÉRIA	4.010	4.010	100%
DEZ/2013	MG	MARLIÉRIA	4.008	4.008	100%
DEZ/2014	MG	MARLIÉRIA	4.125	4.125	100%
DEZ/2015	MG	MARLIÉRIA	4.126	3.450	83,62%
DEZ/2016	MG	MARLIÉRIA	4.127	4.127	100%
DEZ/2017	MG	MARLIÉRIA	4.128	4.128	100%
DEZ/2018	MG	MARLIÉRIA	4.129	4.129	100%
DEZ/2019	MG	MARLIÉRIA	4.044	4.044	100%
DEZ/2020	MG	MARLIÉRIA	4.039	4.039	100%

Fonte: e-Gestor Atenção Básica, disponível em:

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>, set.2022.

Quadro 3 - Histórico de Cobertura – APS a partir 2021.

Competência CNES	Município	Qt. eSF financiada	Qt. Total de cadastros (limitado pela população IBGE)	Qt. Cadastros eSF financiada	Cobertura APS
JAN/2021	MARLIÉRIA	2	4.039	4.239	100%
FEB/2021	MARLIÉRIA	2	4.039	4.321	100%
MAR/2021	MARLIÉRIA	2	4.039	4.608	100%
APR/2021	MARLIÉRIA	2	4.039	4.744	100%
MAY/2021	MARLIÉRIA	2	4.039	4.744	100%
JUN/2021	MARLIÉRIA	2	4.039	4.885	100%
JUL/2021	MARLIÉRIA	2	4.039	4.931	100%
AUG/2021	MARLIÉRIA	2	4.039	5.017	100%
SEP/2021	MARLIÉRIA	2	4.039	5.066	100%
OCT/2021	MARLIÉRIA	2	4.039	5.101	100%
NOV/2021	MARLIÉRIA	2	4.039	5.119	100%
DEC/2021	MARLIÉRIA	2	4.030	5.136	100%
JAN/2022	MARLIÉRIA	2	4.030	5.169	100%
FEB/2022	MARLIÉRIA	2	4.030	5.116	100%
MAR/2022	MARLIÉRIA	2	4.030	5.109	100%
APR/2022	MARLIÉRIA	2	4.030	5.241	100%
MAY/2022	MARLIÉRIA	2	4.030	5.327	100%
JUN/2022	MARLIÉRIA	2	4.030	5.279	100%
JUL/2022	MARLIÉRIA	2	4.030	5.282	100%

Fonte: e-Gestor Atenção Básica, disponível em:

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml>, set.2022

Vale destacar o número de profissionais por ocupações gerais, atualizada em agosto de 2022, na base do SCNES, que aponta para a proporcionalidade entre os serviços cadastrados e a quantidade de profissionais por estabelecimentos de saúde, sem indício de escassez de mão de obra que possa comprometer a resolutividade das ações e as atividades desempenhadas pela APS, conforme quadro 4.

Quadro 4 - SCNES - Quantidade por Ocupações em geral – Marliéria/MG.

Ocupações em geral	2022/Ago
Farmacêutico	1
Médico Clínico	1
Enfermeiro	5
Enfermeiro da estratégia de saúde da família	1
Fisioterapeuta geral	2
Médico da estratégia de Saúde da Família	1
Nutricionista	2
Cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família	2

Psicólogo Clínico	2
Auxiliar de enfermagem da estratégia de saúde da família	1
Visitador Sanitário	2
Técnico de enfermagem	5
Técnico de enfermagem de saúde da família	2
Agente comunitário de saúde	12
Digitador	7
Gerente de serviços de saúde administrado	4
Recepcionista em geral	2
Trabalhador de serviços de manutenção	8
Total	60

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES
Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/prid02mq.def>, set.2022.

Entretanto, o PAS relata a necessidade de complementação da equipe de profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com Psiquiatra, Psicólogos, Nutricionista, Enfermeiros, Médico Clínico, Técnico de Enfermagem e Motoristas; construção e/ou reforma com equipagem do ponto de apoio para atender à população residente no Distrito, primando pelo princípio da acessibilidade e informatização das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Solicita, também, a aquisição de 1 (um) veículo 4x2, motor a diesel, 7 (sete) lugares, automático, para o deslocamento dos profissionais de saúde ao ponto de apoio localizado no Distrito e/ou comunidades rurais, garantindo os atendimentos e atividades programadas.

A necessidade de complementação das equipes em razão da sobrecarga dos serviços de saúde e construção e/ou reforma do ponto de apoio para atendimento no Distrito, descritos no PAS, não apresenta evidências técnico-científicas que guardem correlação com os impactos decorrentes do Rompimento e não se restringe à população atingida.

Em relação à informatização da Unidade Básica de Saúde (UBS), com a aquisição de computadores e impressoras, vale destacar que o Ministério da Saúde (MS) instituiu pela Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019, o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da APS – Informatiza APS por meio da alteração das Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e estabeleceu incentivo financeiro federal mensal aos municípios e Distrito Federal que aderirem ao Programa, como exposto abaixo:

Art. 2º A Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Seção I-A

Do Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS

Art. 504-A. Fica instituído o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, com o objetivo de informatizar todas as equipes de Saúde da Família - eSF e equipes de Atenção Primária à Saúde - eAP do País e de qualificar os dados em saúde dos municípios e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os municípios e Distrito Federal que aderirem ao Programa Informatiza APS farão jus ao recebimento de incentivos financeiros de custeio mensal nos termos dos arts. 172-A a 172-D da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017." (NR) (BRASIL,2019).

Solicita, também, a contratação de médicos clínicos gerais para ampliação dos atendimentos à população no período noturno e finais de semana, sem apresentar evidências que indiquem o impacto e a correlação com o rompimento.

Diante da solicitação, se faz necessário destacar que o Ministério da Saúde vislumbrando a ampliação do acesso da população às Unidades de Saúde da Família, instituiu por meio da Portaria MS nº 930, de 15 de maio de 2019, o horário estendido de funcionamento das unidades de saúde da família, permitindo a ampliação do acesso da população aos serviços de atenção primária à saúde e com financiamento federal para os municípios que aderirem ao Programa "Saúde na Hora".

Quanto à aquisição de veículos, salientamos que o Programa de Saúde da Fundação Renova é um programa reparatório e não dispõe de recursos para execução de ações compensatórias, como aquisição de veículos.

Reforçamos a importância da execução dos estudos previstos nas cláusulas 111 e 112 do TTAC, os quais deverão ser desenvolvidos pela Fundação Renova para identificar o perfil de saúde da população de forma a avaliar possíveis riscos e correlações com o rompimento da barragem de Fundão.

3.2 Atenção Especializada

O Sistema Único de Saúde (SUS), maior sistema público de saúde do mundo, atende de forma integral e gratuita. Um sistema dessa complexidade e

que é referência global em ações diversas, precisa ser organizado em diferentes níveis de atenção e assistência à saúde. Para tanto, os serviços oferecidos são agrupados de acordo com o grau de complexidade necessário para acolher as demandas da população.

No Brasil, o modelo de atenção à saúde vem sendo continuamente ajustado para o atendimento integral ao usuário, com inclusão e ampliação de serviços.

Atualmente, como uma estratégia de superação do modelo fragmentado de operar a assistência e a gestão em saúde, os serviços estão sendo reestruturados na perspectiva de Rede de Atenção à Saúde, buscando a horizontalidade nas relações entre pontos de atenção, que se encontram articulados, tanto para a recuperação da saúde quanto para medidas preventivas e de promoção.

A Portaria nº 4.279, 30 de dezembro de 2010, estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em atenção primária, atenção secundária e terciária.

Nessa perspectiva, é necessário definir um conjunto de iniciativas direcionadas à qualificação, organização e integração de estruturas ou processos em cada um desses níveis de atenção sempre considerando o protagonismo da APS.

Na RAS, a atenção secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente conceituada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência.

O município de Marliéria/MG pertence a Superintendência Regional de Saúde de Coronel Fabriciano/MG, conforme dados atualizados em 19 de julho de 2022 (SES/MG, 2022).

De acordo com o PAS, a atenção especializada ambulatorial do município de Marliéria/MG é composta por 1 (uma) equipe multiprofissional (3 Psicólogos, 3 Técnicos de Enfermagem, 1 Fonoaudiólogo, 1 Assistente Social, 4 Fisioterapeutas, 2 Farmacêuticos, 1 Nutricionista, 2 Pediatras, 2 Ginecologistas, 3 Clínicos Gerais, 5 Enfermeiros e 4 Cirurgiões Dentistas). O PAS não reporta serviços de urgência e emergência disponibilizados pelo município. Considerando o Pacto pela Vida, que define as atribuições e os parâmetros para estruturação da Programação Pactuada Integrada (PPI), as demais especialidades médicas, multiprofissionais, serviços de

urgência e emergência, exames complementares são disponibilizados por meio dos serviços de média e alta complexidade que compõem a RAS da região e ordenadas pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS).

Importante enfatizar que a análise epidemiológica das hospitalizações fornece dados relevantes sobre as morbidades e mortalidades por todos os tipos de causas, importantes para o monitoramento da população, principalmente pela capacidade de seleção e/ou restrição da população alvo disponibilizado pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). O PAS descreve as principais causas de internações, por meio das informações consolidadas e disponibilizadas no DATASUS. Entretanto, os agravos elencados estão entre as 7 (sete) maiores causas de internações em âmbito nacional e estadual, não sendo características da região de Marliéria, e não foi evidenciada a correlação dos impactos com o rompimento da Barragem de Fundão.

O PAS solicita a ampliação da cota de exames laboratoriais e a complementação da equipe de profissionais que atuam na atenção especializada como dermatologista e nutricionista, por meio da contratação e custeio, para garantir o acesso e o monitoramento da população, assegurando uma assistência à saúde ágil e qualificada.

Entretanto, os dados apresentados não indicam sobrecarga dos serviços de média complexidade (consultas e/ou exames laboratoriais) que exceda a capacidade instalada, tampouco evidências técnicas-científicas do aumento dos agravos nutricionais e dermatológicos que guardem correlação com o rompimento.

3.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A assistência farmacêutica e insumos estratégicos do município foram estruturados englobando os componentes básicos da assistência farmacêutica, componente estratégico e componente especializado da assistência farmacêutica, como preconiza a Portaria GM/MS nº 204/2007 e nº 2.891/2009. São partes integrantes do sistema de saúde, determinantes para resolução da atenção e dos serviços em saúde, envolvendo a alocação de grandes volumes de recursos financeiros.

As ações desenvolvidas não devem se limitar apenas à aquisição e distribuição de medicamentos, exigindo, para a sua implementação, a elaboração

de planos, programas e atividades específicas, de acordo com as competências estabelecidas para cada esfera de governo. Importante salientar que a eficácia no gerenciamento dessa área pressupõe, além da disponibilidade de recursos financeiros para aquisição dos medicamentos, a organização dos serviços e, de forma muito especial, pessoal capacitado para coordenar as ações por ela desenvolvidas.

Não é possível identificar no PAS e no SCNES a estrutura da Farmácia Básica, sequer a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) e dados que indiquem o aumento da dispensação dos medicamentos disponibilizados pelo município.

Portanto, em relação à assistência farmacêutica, para que se analise a possibilidade de suplementação, é necessário comprovar uma sobrecarga no sistema existente, que supera a capacidade disponibilizada pela Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) e que esteja correlacionada a eventuais danos causados à saúde da população em decorrência do Rompimento, o que não foi realizado no PAS apresentado.

3.4 Vigilância em Saúde

Entendida como a rearticulação do conhecimento e da prática sanitária, a Vigilância em Saúde indica o caminho fértil para a consolidação do ideário e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Focada no conceito positivo do processo saúde-doença, ela desloca radicalmente o olhar sobre o objeto da saúde pública – da doença para o modo de vida, ou seja, as condições e estilos de vida das pessoas.

A Vigilância em Saúde está incluída no campo de ação do SUS e desenvolve programas relevantes de prevenção e controle, devendo ser utilizada para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática no âmbito epidemiológico, ambiental, sanitário, saúde do trabalhador, imunização e infraestrutura laboratorial e de apoio diagnóstico, do sistema de informações de doenças de notificação compulsória, entre outros.

A vigilância em saúde integra diversas áreas de conhecimento e aborda diferentes temas, tais como política e planejamento, territorialização,

epidemiologia, processo saúde-doença, condições de vida e situação de saúde das populações, ambiente e saúde e processo de trabalho. A partir daí, a vigilância se distribui entre: epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador.

Em resumo, a vigilância tem como propósito fundamental fornecer a orientação técnica para os que respondem pela execução das ações de controle dos agravos e danos à saúde, tornando disponíveis, para este fim, as informações atualizadas sobre a ocorrência desses eventos como dos seus determinantes numa dada área geográfica ou população específica.

Os indicadores de saúde têm por objetivo medir uma realidade, como parâmetro norteador, instrumento de gerenciamento, avaliação e planejamento das ações na saúde, de modo a permitir mudanças nos processos e resultados.

As demandas apresentadas no PAS quanto à aquisição de mobiliários, equipamentos de proteção individual (EPI), equipamentos permanentes para reestruturação do setor e 1 (uma) moto 162,7cc, com intuito de potencializar e assegurar as ações de prevenção e promoção em Vigilância em Saúde, não apresentam justificativas e evidências de correlação com o rompimento da barragem de Fundão.

Salientamos, mais uma vez, a necessidade de execução dos estudos epidemiológicos e toxicológicos previstos nas cláusulas 111 e 112 do TTAC, que avaliarão possíveis riscos e correlações com o rompimento da barragem de Fundão e, com base nos seus resultados, planejar junto ao Poder Público, ações de mitigação e/ou reparação, conforme previsto no TTAC.

3.5 Saúde Mental

A Reforma Psiquiátrica no Brasil, nos anos 1980, se deu por meio de inúmeras reivindicações sustentadas pela premência de transformações nos modelos de atenção e gestão das práticas psiquiátricas, ocasionando um processo político e social complexo (**Brasil, 2005**). O processo sofreu influências de diferentes propostas ocorridas no século XX em várias partes do mundo. Todas as propostas de reforma buscaram romper com o modelo clássico da psiquiatria centrado na doença e no modelo hospitalocêntrico. As mudanças direcionam a

atenção às pessoas em sofrimento psíquico ao espaço público e ampliam as intervenções sobre o âmbito familiar e comunitário (Amarante, 1995; Schechtman e Alves, 2014).

O Ministério da Saúde (MS) estabeleceu a Política Nacional de Saúde Mental, baseada na lei n. 10.216/2001, estruturada por diretrizes para a condução da atenção em saúde mental no país, em que o modelo centrado na doença e no isolamento social fosse substituído por práticas que prezem pela participação da família e comunidade, pelo respeito à pessoa assistida, valorizando a autonomia, a dignidade e as habilidades do sujeito (Souza, 2011).

Em 2011, por meio da Portaria nº 3.088/11, foi instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), uma rede específica para a atenção em saúde mental denominada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), considerada como uma proposta de substituição ao modelo asilar.

Esta rede foi estruturada em sete eixos de atuação, aos quais estão vinculados diferentes dispositivos e serviços específicos, dentre eles os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diversas tipologias e portes, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os ambulatórios multiprofissionais, os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs), os leitos de saúde mental nos hospitais gerais, os leitos de psiquiatria nos hospitais especializados e os hospitais-dia atenção integral.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) integra o Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico, incluindo o uso abusivo de crack, álcool e outras drogas.

A RAPS propõe o atendimento às pessoas em sofrimento psíquico, respeitando o cuidado no território que compreende o espaço geográfico e social do sujeito. Nesse sentido, Yasui e Costa-Rosa (2008) defendem que a Atenção Básica à saúde é locus privilegiado de intervenção na Atenção Psicossocial, por deter o conhecimento do território e do cotidiano de vida da população adscrita, permitindo traçar ações territoriais, podendo atuar nos espaços onde a vida circula. Portanto, a ESF tem meios de “[...] interferir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos, famílias-comunidade” (YASUI e COSTA-ROSA, 2008, p. 65).

Diante da relevância de tal tema, surge a importância do apoio matricial em saúde mental, ferramenta importante para promoção da inclusão das ações de saúde mental no âmbito da atenção básica, principalmente para viabilizar a qualificação das equipes da atenção básica para o cuidado em saúde mental no território e possibilitar o avanço da reforma psiquiátrica.

Para tanto, as ações de saúde mental serão desenvolvidas na atenção básica, desde que observada a atenção proposta pelas redes de cuidado, base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas, que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento.

Importante destacar que o PAS apresenta na estrutura da RAS municipal o NASF III, que visa promover a atenção integral em saúde e saúde mental, com prioridade para atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas na Atenção Básica para Municípios com porte populacional menor que 20.000 (vinte mil) habitantes, devendo obedecer ao disposto na Portaria nº 154/GM/MS, de 24 de janeiro de 2008, que cria os NASF.

Considerando a multiplicidade de níveis de organização das redes assistenciais localizadas nos Estados e Distrito Federal, da diversidade das características populacionais existentes no País, e da variação da incidência de transtornos causados pelo uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde propõe a criação de Centros de Atenção Psicossocial - CAPSad, dispositivo assistencial resolutivo que abriga práticas de cuidados que contemplam a flexibilidade e abrangência possíveis e necessárias a esta atenção específica, dentro de uma perspectiva estratégica de redução de danos sociais e à saúde.

As Comunidades Terapêuticas (CT), são entidades privadas, sem fins lucrativos, que realizam gratuitamente o acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário (espontâneo). O princípio terapêutico dessa entidade está pautado na convivência entre os pares, que podem ocorrer em um período de 3 meses a 12 meses. Não integram o Sistema Único de Saúde (SUS) e tampouco o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), mas são equipamentos da rede suplementar de atenção, recuperação e reinserção social de dependentes de substâncias psicoativas, de modo que referidas entidades integram o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

– SISNAD, por força do Decreto nº 9.761/2019 e da Lei nº 13.840/2019. As CTs integram o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD).

Segundo o PAS, houve um aumento significativo na incidência dos transtornos psíquicos, uso abusivo de álcool e outras drogas e intensificação da demanda por atendimento especializado e consumo de psicotrópicos no período pós rompimento.

O PAS de Marliéria/MG solicita aporte de recursos financeiros para ampliação da equipe que atua no NASF III com a contratação de profissionais (1 Psicólogo, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Médico Psiquiatra, 1 Oficineiro, 1 Técnico de Enfermagem, 1 Enfermeiro, 1 Auxiliar Administrativo),

Contudo, os dados apresentados no PAS não evidenciam a correlação com o rompimento da barragem, nem guardam relação de proporcionalidade e eficiência com os princípios e diretrizes da Política Pública de Saúde.

A execução das ações em Saúde Mental prevista na Cláusula 109 do TTAC, precisa estar sustentada pelos resultados dos estudos epidemiológicos e toxicológicos a serem executados pela Fundação Renova conforme disposto nas Cláusulas 111 e 112 do TTAC.

4. CONCLUSÃO

O Plano Municipal de Acompanhamento das Famílias Atingidas pela Barragem de Rejeito da Samarco, Vale, BHP Billiton, em Mariana/MG que atingiu a cidade de Marliéria/MG, apresenta diagnóstico estruturado com base nas informações produzidas e vinculadas nos sistemas de informações em saúde disponibilizados pelo Ministério da Saúde e compilados na base do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica (e-Gestor AB). Entretanto, os dados apresentados não permitem evidenciar o monitoramento da situação de saúde da população considerada atingida, sequer apresenta uma periodicidade que indique alteração no perfil epidemiológico retrospectivo, atual e prospectivo, que estabeleça correlação com o rompimento da Barragem de Fundão.

Diante do cenário, reforçamos a importância da elaboração de estudos técnicos-científicos que identifiquem os possíveis impactos decorrentes do

Rompimento, conforme previsto no TTAC, para definição de possíveis ações reparatórias em saúde.

Cumprido deixar consignado que a Fundação Renova não se opõe em prover medidas e ações necessárias à mitigação dos danos causados à saúde da população diretamente atingida pelo rompimento da Barragem de Fundão, desde que resguardadas as garantias de direito e dever da Fundação Renova em evidenciar correlação com o rompimento e a necessária participação efetiva da rede pública no cumprimento de suas atribuições regulares, com a observância de seus fluxos, protocolos de atendimento e prestação dos respectivos serviços públicos

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. In: AMARANTE, Paulo (org.). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Constituição Federal do Brasil. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Atenção Básica. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES. Disponível: <http://cnes.datasus.gov.br/>

BRASIL. Ministério da Saúde. e-GESTOR informação e Gestão da Atenção Básica. Disponível: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, 19 de fevereiro de 2002. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº198 GM/MS, 13 de fevereiro de 2004. Disponível: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/PortariaConsolidacao/comum/13150.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 32, DE 19 DE MAIO DE 2021. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saps/2021/prt0032_20_05_2021.html

[ml#:~:text=%2D%20Agentes%20Comunit%C3%A1rios%20de%20Sa%C3%BAde%20\(ACS,a%20composi%C3%A7%C3%A3o%20m%C3%ADnima%3A%2040h%20semanais.&text=3222%2D50%20%2D%20Auxiliar%20de%20Enfermagem,Estrat%C3%A9gia%20de%20Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia.](#)

BRASIL. Ministério da Saúde. RESOLUÇÃO Nº 13, DE 23 DE FEVEREIRO DE 2017. Disponível: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20815603/do1-2017-03-01-resolucao-n-13-de-23-de-fevereiro-de-2017-20815526

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Regionalização solidária e cooperativa: orientação para sua implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 40 p. (Série Pactos Pela Saúde, v. 5).

Disponível: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesProgPactuadaIntegAssistSaude.pdf>. acesso em: 22 de setembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental – 15 anos depois de Caracas. Brasília: Opas, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 22 de set. 2022

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html; Acesso em: 28 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf> Acesso em: 22 set. 2022.

DIMENSTEIN M, SEVERO AK, BRITO M, PIMENTA AL, MEDEIROS V, BEZERRA E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. Saude Soc. 2009; 18(1):63-74.

OGUISSO T. A educação continuada como fator de mudanças: visão mundial. Nursing [Edição Brasileira] 2000.

PORTARIA GM/MS no 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BR). Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

SILVA SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(6):2753-62.

SCHECHTMAN, Alfredo; ALVES, Domingos S. A organização da política de saúde mental. In: JORGE, Marco A. S. et al. (orgs.). Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

SOUZA, Michele. Do isolamento em alas ao acolhimento em lares. O caminho de casa. UOL. 6 fotografias [Michele Souza/JC imagem]. 2011. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/JC/sites/ocaminhodecasa/vinculada2.html#galeria/vinculada2>. Acesso em 22 set.2022.

TERMO DE TRANSAÇÃO E DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA (TTAC), Brasília, 02 de março de 2016.

Disponível: <https://www.fundacaorenova.org/wp-content/uploads/2016/07/ttac-final-assinado-para-encaminhamento-e-uso-geral.pdf>

YASUI S, COSTA-ROSA A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. Rev Saude Debate. 2008; 32(78/80):27-37.