

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Análise crítica de relato de experiência: Centro
de Referência e Treinamento de DST/AIDS**

Júlia Gomes de Carvalho Rocha

**Trabalho apresentado à disciplina
Trabalho de Conclusão de Curso II –
0060029, como requisito parcial para a
graduação no Curso de Nutrição da
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo**

**Orientador: Prof. Dr. Wolney Lisbôa
Conde**

São Paulo
2020

Análise crítica de relato de experiência: Centro de Referência e Treinamento de DST/AIDS

Júlia Gomes de Carvalho Rocha

Trabalho apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II – 0060029, como requisito parcial para a graduação no Curso de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Orientador: Prof. Dr. Wolney Lisbôa Conde

São Paulo

2020

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Fernando e Neusamar, que sempre acreditaram em mim e por serem a minha maior fonte de inspiração para ser melhor a cada dia.

A minha avó – *in memoriam* – Luzia, por todos os ensinamentos e pela família maravilhosa que me deu.

As minhas tias Neuza e Norma por todo o apoio e carinho.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Fernando e Neusamar, que sempre me incentivaram a seguir os meus sonhos e me inspiram a ser uma melhor a cada dia, não existem palavras para agradecer por todo amor, carinho, compreensão e por me fazerem o que sou hoje.

As minhas tias Neuza, Norma e Ana Lúcia, pelo apoio durante toda a minha vida, pelos incentivos para sempre aprender mais e ir mais longe, as cobranças nos momentos necessários e o carinho nos momentos difíceis. A toda minha família por todos os ensinamentos e apoio, sem eles eu não estaria onde estou.

Aos meus amigos, em especial Caio, Maria e Renata que considero irmãos. Ao Caio por ter me aguentado e surtado comigo durante esses cinco anos que se tornaram seis, sem você a graduação não seria a mesma, eu não seria a mesma, crescemos juntos, obrigada por tudo. A Maria que me conhece há treze anos, por tudo que vivemos juntas, pelo apoio em todos os momentos difíceis da vida, pelos reencontros e superações. A Renata que tornou a maior mudança da minha vida mais fácil, por ter se tornado a minha família quando eu estava longe de tudo, por todos os momentos que vivemos e todas as viagens que ainda faremos.

Ao meu orientador, Wolney, e a toda equipe que já passou pelo Laboratório de Avaliação do Estado Nutricional de Populações (LANPOP) que me receberam de braços abertos, onde passei três anos e aprendi muito, vou levar os ensinamentos desse período para toda vida, eles fizeram toda diferença na minha formação.

A Amanda, que pude conhecer através do LANPOP e se tornou minha amiga, obrigada por todos os momentos, o apoio e lições.

A Amélia, Eliege, Larissa, Magda, Fran, toda equipe do CRT DST/AIDS e da Apetece pelo acolhimento durante o período do estágio e a oportunidade de aprender que me foram dados.

Aos pacientes e voluntários do CRT DST/AIDS por me fazerem ver a vida com novos olhos, me ensinarem como é importante valorizar as pequenas coisas e os momentos.

“Dois importantes fatos, nesta vida, saltam aos olhos; primeiro, que cada um de nós sofre inevitavelmente derrotas temporárias, de formas diferentes, nas ocasiões mais diversas. Segundo, que cada adversidade traz consigo a semente de um benefício equivalente. Ainda não encontrei homem algum bem-sucedido na vida que não houvesse antes sofrido derrotas temporárias. Toda vez que um homem supera os reveses, torna-se mental e espiritualmente mais forte... É assim que aprendemos o que devemos à grande lição da adversidade.”

(Andrew Carnegie a Napoleon Hill)

Rocha JGC. Análise crítica de relato de experiência: Centro de Referência e Treinamento de DST/AIDS. [Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Graduação em Nutrição]. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2020.

Resumo

O presente trabalho é uma análise crítica de relato de experiência do estágio de Nutrição em Saúde Pública realizado no Sistema Único de Saúde, no Centro de Referência e Treinamento de DST/AIDS (CRT DST/AIDS) na cidade de São Paulo. Os primeiros casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) começaram a aparecer no fim dos anos 70 e início dos anos 80, primeiro nos Estados Unidos, Haiti e África Central e depois em outras partes do mundo, no Brasil os primeiros casos surgiram na mesma época e ficou clara a epidemia em 1983. São Paulo foi um dos estados com mais casos, sendo o primeiro a criar um programa estadual de AIDS e se tornando referência nacional na área, neste contexto foi criado em 1988 o CRT DST/AIDS na cidade de São Paulo. Ao fim dos anos 80 surgem os primeiros antirretrovirais e a medicação evoluiu muito desde então, mas continua tendo muitos efeitos colaterais, mesmo as mais novas, como a terapia antirretroviral de alta potência (HAART), que permitiu um grande aumento na expectativa de sobrevivência dos pacientes, causam problemas de ordem nutricional. Por não ser mais uma doença terminal e sim uma doença crônica, atualmente se observa que muitos pacientes soropositivos não sofrem mais com a magreza excessiva, está ocorrendo ganho de peso, acúmulo de gordura abdominal, sobrepeso, obesidade, resistência à insulina, dislipidemia e outras doenças metabólicas, o que torna o acompanhamento nutricional de extrema importância. No caso destes pacientes seria indicado o desenvolvimento de um protocolo de atendimento nutricional, sendo essencial o uso da antropometria no acompanhamento, não se restringindo a índice de massa corporal (IMC), peso e altura, pois somente com esses parâmetros não é possível fazer uma avaliação completa quando se trata de pacientes soropositivos, é necessário utilizar medidas de circunferência, especialmente de pescoço, braço, cintura e quadril, e de dobra cutânea, principalmente a tricipital. A necessidade da implantação de um protocolo de atendimento nutricional foi perceptível através do aprendizado do estágio, que levou a um interesse de pesquisar de forma mais

aprofundada sobre o assunto e tornou clara a importância da atuação do profissional de nutrição junto a esses pacientes.

Descritores: Nutrição; Saúde Pública; HIV; AIDS; CRT; Estágio; Experiência; Análise Crítica; Relato.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. APRESENTANDO O CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DE DST/AIDS	16
3. ATIVIDADES E INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS	18
4. LIÇÕES APRENDIDAS	22
5. CONCLUSÕES.....	25
6. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA NO CAMPO DE ATUAÇÃO	28
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
8. ANEXOS.....	36

1. INTRODUÇÃO

Os primeiros casos de Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) foram registrados nos anos de 1977 e 1978 nos EUA, Haiti e África Central, no Brasil o primeiro caso ocorreu em 1980, sendo classificado como AIDS apenas dois anos depois. Passando a ser considerada uma síndrome somente a partir de 1982, primeiramente foi dado o nome de Doença dos 5H, para representar os principais grupos atingidos, ou seja, homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos (indivíduos que utilizavam heroína injetável) e *hookers* (profissionais do sexo), reconhecendo assim que a transmissão possivelmente ocorria pelo contato sexual, uso de drogas injetáveis e contato com sangue (Ministério da Saúde, s.d.). Em 1982 já estavam estabelecidos os aspectos clínicos da doença, então a sigla AIDS foi oficialmente adotada, em decorrência dos boletins epidemiológicos do Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos da América (CDC) a doença foi divulgada com rapidez, em 1983 a equipe do Instituto Pasteur de Paris conseguiu isolar o vírus (Teodorescu e Teixeira, 2015).

A nível nacional, o Ministério da Saúde criou em 1981 o primeiro Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis, mas um programa específico para AIDS só foi estabelecido em 1985, por meio de uma portaria, pouco depois foram apresentadas as diretrizes gerais do programa e foi designado como Centro de Referência Nacional de AIDS, o Instituto de Saúde da Divisão de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Saúde de São Paulo. Em 1987, através de uma portaria, foi criada formalmente a Divisão de DST/AIDS, desvinculando o Programa Nacional de AIDS da Divisão de Dermatologia Sanitária, o que permitiu que a Política Nacional de AIDS tivesse mais recursos e pudesse realizar mais ações. Neste mesmo ano as premissas principais para o controle da AIDS já estavam estabelecidas, tinha-se conhecimento sobre a etiologia viral e modos de transmissão, e foi lançada a primeira terapia antirretroviral (TARV), a zidovedina (AZT), que dava esperanças para muitos pacientes. Apesar de disponível no mercado norte-americano e europeu, em 1988 o AZT ainda não era comercializado no Brasil, na época algumas amostras foram doadas pelo laboratório e utilizadas em

poucos serviços de saúde, pois se temia que o Ministério da Saúde fosse pressionado a adquirir o medicamento para fornecer aos estados. Em 1989 foi decidida a compra do AZT, que só ocorreu de fato em 1991, quando foram adquiridos os antirretrovirais AZT e DDI (didanosina) e medicamentos para doenças oportunistas (Teodorescu e Teixeira, 2015).

Ao fim do ano de 1983 era impossível ignorar a existência de uma epidemia, visto que existiam casos de AIDS nas principais cidades brasileiras, sendo São Paulo a cidade mais afetada, e o tema era noticiado pela imprensa com frequência. Por isso, em agosto de 1983 iniciou-se o Programa de AIDS de São Paulo, que era coordenado pela Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária do Instituto de Saúde, visto que mesmo sendo baixo o número de casos em comparação com os Estados Unidos, já se tinha consciência da gravidade da doença. Mesmo assim não havia preparo para o que estava por vir, a partir do fim de 1984 e em 1985 o número de casos cresceu tanto que os leitos hospitalares não conseguiam atender a demanda, pacientes morriam nos serviços de emergência ou até em seus domicílios sem receber a assistência médica necessária (Teodorescu e Teixeira, 2015).

Desde 1984 já era realizada em pequena escala a sorologia anti-HIV, mas só começou a ser comercializada a partir de 1985, o que permitiu um maior controle de qualidade do sangue nos hemocentros, diagnóstico clínico e uma prevenção de modo geral. Com esse teste surgiu a categoria de pessoas soropositivas, que era quem tinha se infectado com o HIV, mas não apresentava sintomas. Em São Paulo o uso dos testes sorológicos ocorreu a partir de julho de 1985 e no começo era feito de forma limitada, e apenas em junho de 1986 foi aprovada a lei que tornava obrigatória a realização dos testes nos bancos de sangue do estado (Teodorescu e Teixeira, 2015).

Em 1987 São Paulo era uma referência nacional no combate à epidemia, e o Programa Estadual de DST/AIDS foi transferido do Instituto de Saúde para o Hospital Emílio Ribas, contudo, rapidamente ficou claro que o hospital não tinha condições físicas para receber o serviço de AIDS e ao fim deste mesmo ano começou a se levantar a hipótese da criação de um centro de referência para a

doença. Como o hospital havia fechado recentemente um prédio que servia como apêndice para prestação de serviços, chamado de Hospital Emílio Ribas II, este local foi escolhido para a criação do Centro de Referência e Treinamento de AIDS. Deste modo, em fevereiro de 1988 o antigo Hospital Emílio Ribas II se tornou o Centro de Referência e Treinamento de AIDS (CRT/AIDS), que mais tarde passaria a se chamar Centro de Referência e Treinamento de DST/AIDS (CRT DST/AIDS). O Hospital Emílio Ribas se tornou o hospital de referência para o CRT, se destinando exclusivamente à internação dos pacientes (Teodorescu e Teixeira, 2015). Neste contexto foi criado o CRT DST/AIDS, onde o estágio foi realizado.

Durante um longo período os pacientes soropositivos tinham baixa expectativa de sobrevida, até 1996, antes que o tratamento universal fosse oferecido pelo Ministério da Saúde, a sobrevida era estimada em 5 anos, segundo pesquisas mais recentes a estimativa de sobrevida vem aumentando, em 1999 era cerca de 9 anos e em 2007 superior a 12 anos (BOGAZ, 2019). Atualmente acredita-se que com tratamento correto o paciente soropositivo tem uma estimativa de sobrevida similar a pessoas soronegativas (BBC NEWS BRASIL, 2017). Além da mudança na estimativa de sobrevida, também houve uma mudança no aspecto nutricional destes pacientes.

Nos anos 80 e 90 pessoas soropositivas normalmente sofriam com perda de peso e desnutrição, principalmente em decorrência das infecções oportunistas, contudo, com a introdução da terapia antirretroviral de alta potência (HAART), mudaram os problemas nutricionais (JAIME et al., 2004). Com o aumento da expectativa de sobrevida, essas pessoas começaram a ter problemas de saúde e nutricionais esperados com o aumento da idade e o uso prolongado da TARV pode levar a ganho de peso, à redistribuição de gordura, à obesidade, resistência à insulina, dislipidemia, entre outros problemas, como apontado por Silva et al. (2010). Obviamente ainda hoje se encontram casos de perda de peso e desnutrição, contudo são mais raros. Devido ao impacto nutricional do uso da medicação e do aumento na sobrevida, o acompanhamento nutricional se faz cada vez mais necessário para esses pacientes.

É recomendado o cuidado nutricional, pois a perda de massa magra está associada ao aumento de complicações e mortalidade (SILVA et al., 2010), assim como o aumento de peso, principalmente quando relacionado ao acúmulo de gordura abdominal, aumenta o risco de doenças crônicas, como doenças cardiovasculares e diabetes melito tipo II (JAIME et al., 2004). Demandando principalmente o uso de medidas antropométricas com frequência e de forma mais extensa, não se limitando às medidas de peso e altura, visto que essa população tem predisposição a lipodistrofia, como apontado por Oliveira et al. (2019), apesar de alguns pacientes se enquadrarem como eutróficos pelo índice de massa corporal (IMC), outras medidas como dobra cutânea tricipital e circunferências do braço, cintura e pescoço indicavam baixo peso, sobrepeso ou obesidade, isso devido a lipodistrofia, o que demonstra a necessidade de um acompanhamento nutricional.

Com a experiência no CRT DST/AIDS foi possível observar os diversos pontos de atuação do nutricionista no serviço e o impacto que é possível ter na vida dos pacientes, desde orientações simples até intervenções mais complexas. Apesar de ser o estágio de Nutrição em Saúde Pública, houve liberdade para acompanhar atividades nas áreas de Nutrição Clínica e Alimentação Coletiva, tornando-o bem completo, apesar de alguns problemas que foram enfrentados. Houve a possibilidade de observar intervenções individuais e em grupos, visto que no serviço ocorrem diversos grupos com pacientes, além de cada paciente ser atendido por uma equipe multiprofissional que faz reuniões periódicas para discutir os casos e propor intervenções.

A proposta deste trabalho é analisar o estágio que foi realizado no CRT DST/AIDS de forma crítica, refletindo sobre os pontos positivos e negativos, considerando o quanto a nutrição é importante para pacientes soropositivos, as atividades e intervenções feitas no serviço que auxiliam e impactam positivamente na vida dos pacientes. Mais do que isso, é pretendido propor possíveis soluções para o serviço que poderiam melhorar o acompanhamento nutricional feito com os pacientes. Em síntese, o objetivo da análise é examinar e apresentar como o estágio foi desenvolvido, quais foram os ensinamentos obtidos e qual a importância do profissional de nutrição para pacientes soropositivos. Porque, como foi dito

anteriormente, a medicação utilizada pelos pacientes soropositivos leva a alterações nutricionais, logo o profissional de nutrição se faz extremamente necessário.

2. APRESENTANDO O CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DE DST/AIDS

Segundo o site da Secretaria de Estado da Saúde, o Centro de Referência e Treinamento de DST/AIDS, localizado no bairro da Vila Mariana, mais precisamente na Rua Santa Cruz nº 81, é uma unidade de referência normativa, de avaliação e de coordenação do Programa Estadual para Prevenção, Controle, Diagnóstico e Tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (DST) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no Estado de São Paulo. Sua missão é coordenar o programa de DST/AIDS no estado, prestar serviço de atenção integral à saúde da população com DST, principalmente com HIV/AIDS, e desenvolver, difundir e aplicar conhecimento, tecnologia e políticas públicas nas áreas de prevenção, assistência, vigilância epidemiológica, gestão e pesquisa, com qualidade, de forma integrada, ética, solidária, de acordo com os princípios do SUS (Secretaria de Estado da Saúde, s.d.).

O serviço tem várias finalidades, entre elas: elaborar e implantar normas relativas às DST/AIDS, no âmbito do SUS/SP; elaborar propostas de prevenção; prestar assistência médico-hospitalar, ambulatorial e domiciliar a pacientes com DST/AIDS; propor e executar ações de vigilância epidemiológica e controle das DST/AIDS; desenvolver programas de formação, treinamento e aperfeiçoamento, como também desenvolver e apoiar pesquisa científica em seu campo de atuação e promover o intercâmbio técnico-científico com outras instituições nacionais e internacionais (Secretaria de Estado da Saúde, s.d.).

É um complexo ambulatorial e hospitalar de 6 mil metros quadrados e tem cerca de 800 funcionários, entre médicos de diversas especialidades, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos, biólogos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, técnicos de laboratório e de enfermagem e oficiais administrativos. Entre as especialidades médicas é possível encontrar sanitaristas, infectologistas, ginecologistas, pediatras, neurologistas, psiquiatras, otorrinolaringologistas, dermatologistas, proctologistas, pneumologista e urologistas. O serviço atende a população portadora de DSTs, principalmente HIV e hepatite B ou C, além de oferecer testes rápidos, profilaxia pré-

exposição (PrEP) e pós-exposição (PEP) de risco. No período do estágio a instituição contava com quatro nutricionistas divididas em duas gerências, as nutricionistas que atuavam no ambulatório sob responsabilidade da Gerência de Assistência Integral à Saúde e as que atuavam na produção de alimentos e coordenação do serviço prestado pela empresa terceirizada que atuava na cozinha sob responsabilidade da Gerência de Apoio Técnico (Secretaria de Estado da Saúde, s.d.).

A missão da Gerência de Assistência Integral à Saúde é dirigir as ações de assistência do paciente, fornecer atenção integral de qualidade, desenvolver pesquisas e conceber modelos de assistência para organização da rede do Estado de São Paulo, e seus objetivos são fornecer auxílio médico-hospitalar, ambulatorial e domiciliar, além de apoiar e orientar os familiares e acompanhantes, por meio de um padrão de atenção interdisciplinar seguindo os princípios do SUS, propor padrões de assistência, tecnologias e recursos por meio da realização de pesquisas referentes aos seus domínios de operação que possam ser acrescentados à rede assistencial do Estado e realizar treinamentos para profissionais de saúde assegurar a incremento da qualidade da assistência. Enquanto a Gerência de Apoio Técnico tem como missão e objetivo fornecer suporte técnico e assegurar que estejam disponíveis os meios fundamentais para ações referentes à assistência médica, farmacêutica, laboratorial e nutricional, possibilitando serviços e atenção à saúde, com qualidade e tecnologia atualizadas (Secretaria de Estado da Saúde, s.d.).

3. ATIVIDADES E INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS

Durante o período do estágio foi possível desenvolver atividades nas áreas de saúde pública, nutrição clínica e alimentação coletiva, também havia a possibilidade de conversar com os responsáveis pelo estágio na instituição para propostas de atividades e intervenções que os estagiários considerassem pertinentes. No início do estágio houve um dia de recepção, com uma série de palestras sobre a história do CRT DST/AIDS, o serviço que é prestado e um passeio por toda a instituição, além disso houve uma orientação sobre como interagir da melhor maneira possível com os pacientes e usuários do serviço.

Na área de Saúde Pública, que era realmente a finalidade do estágio, foi possível participar dos grupos que acontecem na instituição, existe o grupo de convivência, que é voltado principalmente para pessoas que convivem com pacientes soropositivos jovens (15 a 29 anos), visto que já existe o grupo de jovens e havia uma demanda para um grupo de convivência. No grupo de convivência participam tanto os jovens soropositivos, como pessoas do seu convívio, ele é coordenado pela assistente social Cíntia Nocentini e consiste em uma conversa descontraída, onde todos podem partilhar suas dúvidas, preocupações, tristezas e alegrias, muitas vezes no grupo as pessoas contam suas histórias de vida, como convivem com o HIV, como sentem que o diagnóstico influencia suas vidas e dos que os cercam.

Também existe o grupo de adesão, que acontece desde que a instituição foi fundada, o lema do grupo é “tá difícil engolir?”, pois no início havia a demanda de pacientes que não conseguiam se adaptar ao tratamento, devido à quantidade de comprimidos do coquetel e à falta de perspectiva. Atualmente ele é coordenado pela psicóloga Valvina Madeira Adão, que trabalha com pacientes soropositivos há mais de 40 anos e iniciou a sua trajetória no Hospital Emílio Ribas, com os primeiros casos que apareceram no país. O grupo de adesão tem como principal objetivo auxiliar na dificuldade de aderir à medicação e o estigma social do HIV, mas é um espaço no qual os pacientes têm liberdade para conversar sobre tudo o que os aflige, onde ocorrem trocas de experiências e onde buscam apoio para diversas questões, não necessariamente relacionadas ao HIV .

E o grupo das gestantes, que é voltado para gestantes soropositivas e gestantes cujo companheiro é soropositivo, é coordenado pela médica obstetra, mas quem de fato atua no grupo são quatro outras profissionais, são elas enfermeira, psicóloga, assistente social e doula, sendo que normalmente nas reuniões estão presentes a enfermeira, Vera Ilza, e a psicóloga, Márcia. A doula é voluntária e acompanha as gestantes mesmo fora do serviço. Este grupo tem o intuito de tranquilizar as gestantes e tirar dúvidas sobre a gestação, pós-parto, amamentação, uso de fórmula e qualquer outra demanda que a gestante tenha, mesmo que não diretamente relacionada com a gestação. Algumas mulheres continuam participando durante um período do pós-parto, o que faz com que as trocas de experiência entre as participantes sejam ainda mais enriquecedoras. Havia uma demanda no grupo de material a ser fornecido às participantes, para que elas pudessem consultar, lembrar e tirar eventuais dúvidas, por isso os estagiários desenvolveram dois folders, um com orientações para combater náuseas e desconfortos intestinais durante a gestação (anexo 1) e outro com orientações sobre amamentação para mães soronegativas (anexo 2).

Foi possível acompanhar três dias de atendimento ambulatorial com as nutricionistas Rosa Almeida e Francisca de Oliveira, nos quais se constatou que cada nutricionista segue um protocolo, o que faz com que não haja um padrão de atendimento, e foi possível realizar a avaliação antropométrica dos pacientes. Os atendimentos acompanhados variaram bastante, com pacientes de diagnóstico recente até alguns com mais de 30 anos de diagnóstico, com queixas relacionadas a perda ou ganho de peso, lipodistrofia, regulação intestinal, acompanhamento de doenças metabólicas, entre outras.

Houve um *workshop* sobre adesão pediátrica que foi realizado na Secretaria de Saúde e cujo foco era como os diferentes serviços atuam na adesão ao tratamento de crianças e adolescentes, transição do atendimento pediátrico para o adulto, comunicação com as crianças de forma que elas entendam o que é e como lidar com o HIV. Também ocorreu a palestra “5 anos comigo”, na qual Thais Renovatto, uma mulher soropositiva, apresentou o seu livro, onde ela conta como foi infectada,

como recebeu o diagnóstico, sobre as suas duas gestações, e depois houve uma conversa com os participantes, principalmente outras mulheres soropositivas que participam do grupo de gestantes ou que já tiveram filhos.

Com a equipe da medicina do trabalho foi desenvolvida uma apresentação para o Dia Mundial da Saúde com o tema alimentação e foto proteção. Foi feita uma apresentação (anexo 3) para os funcionários em dois períodos, manhã e tarde, onde foi exposta a relação entre alimentação, saúde da pele e foto proteção, a importância de uma alimentação equilibrada e diversificada, ocorreu uma distribuição de sementes ou farinha de linhaça acompanhada de uma receita de suco e sorteio de protetores solares para os funcionários presentes. Posteriormente foi desenvolvido um folder (anexo 4) com o conteúdo da apresentação para distribuição para os funcionários.

Devido à população atendida, os estagiários julgaram ser importante desenvolver um folder com o tema alimentação e assistência social (anexo 5), o material continha uma relação das unidades do Bom Prato nas proximidades do CRT DST/AIDS e Núcleos de Convivência nos principais bairros de São Paulo, priorizando os mais próximos da instituição e os que se localizam no centro da cidade. O material ficou com o setor de Assistência Social, para ser distribuído para pacientes que precisassem ou procurassem este tipo de informação.

Na área de Nutrição Clínica, foi possível acompanhar os pacientes internados no serviço com as nutricionistas Larissa e Magda que são funcionárias da empresa terceirizada que atua no CRT. Observou-se como é o primeiro contato com o paciente, no qual é feita a anamnese e como são os contatos diários posteriores, para saber como está a aceitação da alimentação fornecida, a realização das medidas antropométricas que são feitas semanalmente e colocadas no prontuário do paciente, para que se acompanhe a sua evolução. Foi mostrado que os prontuários ficam em uma sala para que toda a equipe de atendimento no setor de internação tenha acesso, cada paciente tem uma pasta com o seu histórico, prescrições e há liberdade por parte das nutricionistas para propor para o médico possíveis

mudanças sobre a alimentação do paciente, tanto no quesito consistência quanto variedade.

Na área de Alimentação Coletiva, foi possível acompanhar as nutricionistas Amélia dos Santos e Eliege Alberghini na coordenação dos serviços da unidade de produção de alimentos, elas atuam na coordenação da empresa terceirizada e estoque do serviço. Uma das atividades que fazem é degustação dos alimentos preparados, tanto para os funcionários do serviço, para os quais são servidas 3 refeições diárias (café da manhã, almoço e jantar), como para os pacientes, para os quais são servidas 6 refeições diárias (café da manhã, colação, almoço, merenda, jantar e ceia).

4. LIÇÕES APRENDIDAS

Toda a preparação ao longo dos quatro anos da graduação foi muito importante para o momento da prática, mas certas coisas são aprendidas somente em campo, colocando todos os conhecimentos diariamente à prova, percebendo como às vezes a teoria se adapta de forma diferente na prática ou como a falta de teoria prejudica a prática. Apesar da curta duração, apenas 3 meses, foi um estágio muito enriquecedor do ponto de vista acadêmico, profissional e pessoal por todas as experiências que proporcionou.

Ficou muito claro durante todo o período do estágio a importância da humanização no atendimento e de acolher o paciente, não só no momento do diagnóstico de uma DST, mas durante todo e qualquer atendimento, algo que é seguido à risca pela maioria dos funcionários da instituição. Contudo, foi possível perceber que alguns ainda carregam certos preconceitos que muitas vezes passam despercebidos pelos pacientes, mas se manifestam através de comentários com outros colegas de trabalho. Quanto a isso, a lição foi mais do ponto de vista moral e profissional, com o entendimento de que devemos julgar menos as pessoas independente do gênero, orientação sexual, raça/etnia, queixa apresentada, etc., e agir de forma profissional, realizando o atendimento de forma humanizada, tentando entender o paciente, e respeitando o sigilo estabelecido.

Foi possível constatar com facilidade que existiam dois tipos de profissionais, os que estavam dispostos a se manterem sempre atualizados quanto à sua área de atuação, para sempre aprender mais, com as técnicas mais avançadas e ouvir e aprender com o paciente, e os que não faziam questão de se atualizar ou só o faziam por pressão da instituição e no atendimento não tinham muito interesse em ouvir o paciente, só em passar as orientações que julgavam necessárias. Sendo possível perceber através dos próprios pacientes o quanto isso os fazia querer ou não ser atendido por determinado profissional, às vezes até solicitando uma mudança quanto ao profissional que realizava o atendimento. Quanto a manter-se atualizado, foi possível perceber que muitas vezes era um reflexo do comprometimento com os pacientes e com a profissão, quem parecia se atentar

mais a isso eram os profissionais que gostavam de estar ali, de atender e propor intervenções que trariam o melhor custo-benefício para o paciente, visto todos os efeitos colaterais do uso da TARV, além de outras possíveis doenças. A partir disso, conclui-se que todo profissional, independente do ramo de atuação, mas principalmente quando se lida com vidas humanas, precisa se manter atualizado e aberto a conversar com o paciente.

Muitas vezes o profissional de saúde se coloca em uma posição superior ao paciente, tratando-o de forma infantilizada, como se ele estivesse lá apenas para ouvir e obedecer, quando na verdade deveria existir uma relação mais horizontal, de forma que fosse possível uma conversa entre iguais, o que ajuda a criar um vínculo. Observando a dinâmica da instituição como um todo, inclusive nas salas de espera, foi possível perceber que existe uma troca de experiências e informações muito grande entre os pacientes, eles comentam sobre os tratamentos que estão recebendo, fazem amizades, dão dicas sobre diversos assuntos, dinâmica esta que é mais presente ainda nos grupos que foram acompanhados. Nos grupos de adesão, convivência e das gestantes foi possível perceber que em certas situações a conversa entre os pacientes é mais enriquecedora do que a explicação de um profissional de saúde, pois vem de alguém que já vivenciou ou vivencia aquela situação, fazendo com que a pessoa que está ouvindo se sinta mais confiante e aberta para expor suas angústias. Os grupos são de grande importância, até mesmo as conversas de poucos minutos entre os pacientes na sala de espera, pois podem abrir horizontes, mostrando pontos de vista diferentes sobre uma situação que várias pessoas vivem, portanto são benéficas.

Observando na prática os efeitos colaterais do uso da TARV, percebendo que não se relacionam apenas com o físico do paciente, mas também com o seu emocional e os impactos metabólicos, ficou mais do que claro a necessidade da atuação do nutricionista e da implantação de um protocolo de atendimento nutricional. Não só para que o atendimento seja padronizado e melhorado, mas para se ter certeza de que todos os cuidados estão sendo tomados para que o paciente sofra o mínimo possível com esses efeitos colaterais e diminuindo o risco de complicações futuras, ou seja, objetivando que o paciente se mantenha saudável. Em todo atendimento

nutricional são feitos questionamentos básicos aos pacientes, contudo, no caso de pacientes soropositivos, a antropometria se faz extremamente necessária, não é possível se contentar apenas com peso e altura ou com a autoavaliação do paciente sobre o seu estado nutricional. Muitos autores, como Jaime et al. (2004), Bassichetto et al. (2013) e Mariz et al. (2011), deixam claro que esses pacientes têm uma predisposição à lipodistrofia, o que pode fazer com que, apesar de ser considerado eutrófico pelo IMC, o paciente sofra um acúmulo de gordura, o que aumenta o seu risco de doenças metabólicas, muitos pacientes também sofrem com a perda de massa magra. Com essa análise é perceptível a importância de utilizar medidas de circunferência e dobras cutâneas, fazendo uma melhor avaliação do estado nutricional do paciente, utilizando um protocolo que preveja a frequência de reavaliação e tornando possível que as intervenções propostas sejam mais acertadas para cada caso.

Ao final do estágio era perceptível que as práticas mais gratificantes e que trouxeram maior aprendizado foram: a observação da população atendida para que fossem desenvolvidos materiais de distribuição que atendessem às suas necessidades, materiais estes que se faziam muito necessários, visto que eram uma demanda dos pacientes e dos profissionais de saúde; a participação nos grupos que relembraram a importância de criar relações de igualdade com os pacientes e entre eles, de forma todos se sintam à vontade e trocas de experiências e informações sejam possíveis; e a importância de conhecer as demandas, forças e fraquezas da população atendida de forma que se possa fazer um atendimento melhor, o que normalmente requer a criação de protocolos que devem ser seguidos.

5. CONCLUSÕES

O aprendizado pode vir por exemplos positivos e negativos, muitas vezes o estudante pensa no estágio de forma idealizada, imaginando que irá para um local onde tudo funciona perfeitamente, todos os profissionais são felizes, executam suas tarefas com precisão e abertos para ensinar aos estagiários, os pacientes são sempre simpáticos, mas dificilmente a realidade é assim. O CRT DST/AIDS tem muito potencial para ser um local de estágio onde é possível aprender muito, com profissionais realmente dispostos a ensinar e permitir que se acompanhe suas tarefas, contudo, também existem profissionais que não estão dispostos a isso. Estagiários muitas vezes tem ideias sobre o que acabaram de aprender na faculdade e gostariam de ver tudo em prática, o que nem sempre ocorre, sendo frustrante quando suas soluções para problemas existentes são ignoradas porque determinadas tarefas são executadas há muito tempo da mesma forma e algumas pessoas se recusam a aceitar mudanças.

Como apontado por Mariz et al. (2011), a prevalência de sobrepeso e obesidade está aumentando entre os pacientes soropositivos, o que contrasta com a magreza que era encontrada entre esses pacientes nos anos 80 e 90, e que tal mudança estaria relacionada ao fato da doença não ser mais terminal e sim crônica, aumentando a possibilidade de comorbidades. Além disso, como relatado por Jaime et al (2004) e Leite e Sampaio (2008), o uso da HAART aumenta a sobrevida e reduz a ocorrência de doenças oportunistas, mas muitas vezes está associada à anormalidades metabólicas, como aumento de colesterol, triglicérides e diminuição de HDL, sendo o excesso de peso uma condição agravante para o desenvolvimento de dislipidemias e resistência a insulina.

Tornando-se o acompanhamento nutricional importante para esses pacientes, visto que a TARV acarreta uma série de impactos na saúde do paciente, pois ao mesmo tempo em que aumenta a sobrevida, se mostra relacionada a alterações metabólicas. Através do estágio e das pesquisas foi possível observar que pacientes considerados eutróficos também podem sofrer com essas alterações, principalmente

pela lipodistrofia que leva ao acúmulo de gordura na região abdominal, sendo este um fator de risco para algumas doenças (Jaime et al, 2004).

O estágio tornou possível observar como alguns profissionais de nutrição atuam com os pacientes soropositivos e mostrou a importância de conhecer e se atualizar quanto a sua área de atuação, mais do que isso, a necessidade da implantação de protocolos de atendimento. Esses pacientes demandam uma maior atenção, visto que o aparecimento de doenças oportunistas pode deixá-los debilitados e a sua recuperação é mais demorada, se tornando necessário um maior cuidado para se manter saudável. O profissional de nutrição deve conhecer a medicação que o paciente utiliza, se atentando aos seus efeitos colaterais principalmente quanto a parte nutricional, avaliar de forma completa o paciente, o que muitas vezes demanda um protocolo a ser seguido para que nada seja esquecido, pois muitas vezes em uma instituição como o CRT DST/AIDS as consultas com o profissional de nutrição ocorrem a cada dois ou três meses. Para alguns pacientes a frequência das consultas é boa, mas para outros não é aceitável, dada a condição do paciente.

Quando se cria um protocolo de atendimento é possível inserir uma avaliação que verifique a necessidade e a frequência de reavaliações, para diferenciar pacientes que precisam de atenção mais constante e outros que estão estáveis e precisam de atenção de forma mais pontual, o protocolo de atendimento não pode ser marcar retornos para todos os pacientes com a mesma frequência, já que as necessidades de cada um são diferentes. Ficou explícito com o estágio e a pesquisa a necessidade do uso da antropometria para esses pacientes, e principalmente um treinamento quanto a dobras cutâneas e circunferências para nutricionistas e técnicos que fazem a triagem dos pacientes antes das consultas, assim permitindo uma avaliação completa do estado nutricional do paciente e não se limitando as medidas de peso e altura ou a autoavaliação do paciente.

O estágio foi considerado proveitoso, foi possível colocar em prática muito do que foi aprendido na graduação, pois pela primeira vez os conhecimentos de muitas disciplinas foram colocados em prática ao mesmo tempo, permitindo entender como realmente funciona a atuação profissional. Mesmo com alguns problemas que

ocorreram foi viável aprender, mesmo que fosse aprender como não agir, a aprendizagem ocorre de várias formas, o mais importante é se atentar aos ensinamentos.

De forma pessoal o estágio foi gratificante, sendo os grupos de adesão e convivência os que mais permitiram um entendimento dos pacientes atendidos e a sua forma de ver a vida, ficando explícito que, após um primeiro momento de choque com o diagnóstico, vem o apego à vida, muitos pacientes passaram até a se cuidar de forma física e emocional muitos mais do faziam antes de receber o diagnóstico, o que mostrou a importância de valorizar cada pequeno momento e tudo o que temos.

6. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA NO CAMPO DE ATUAÇÃO

Considerando o local onde o estágio ocorreu, a pesquisa e tudo o que foi apontado até o presente momento, o principal foco de atuação seria na área de Saúde Pública, tanto pelo tratamento e acompanhando do paciente, quanto para o desenvolvimento de pesquisas focadas nos efeitos que a TARV tem no metabolismo do paciente e impactam no seu estado nutricional, os mecanismos em que ela atua para que esses impactos ocorram. É preciso levar em conta o panorama atual, como apresentado por Pinotti et al. (2019), apesar dos casos de AIDS estarem em queda, o número de infecções por HIV está aumentando, mostrando que a prevenção é necessária e que o número de pacientes a serem acompanhados está aumentando.

Todo profissional de saúde deve atuar na prevenção de doenças, logo, faz parte do papel do nutricionista conscientizar a população sobre as formas de prevenção contra o HIV. Mas a partir do momento em que a pessoa está infectada, acompanhá-la para evitar doenças oportunistas e manter-se saudável se torna importante. Já é sabido o impacto nutricional que o HIV/AIDS e a sua medicação tem nos pacientes, e felizmente no Brasil o tratamento é fornecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o que o torna gratuito e, por isso, acessível, então o principal objetivo seria como tornar esse tratamento ainda melhor, evitando complicações futuras que diminuiriam a qualidade de vida do paciente e tornariam o tratamento ainda mais custoso. A principal proposta para isso é a criação de um protocolo de atendimento nutricional.

O CRT DST/AIDS fornece a parte dos pacientes suplementos nutricionais, para garantir que as recomendações dos principais micronutrientes sejam atingidas, o que é um ponto muito positivo e auxilia no tratamento. Contudo, a criação do protocolo de atendimento nutricional permitiria avaliar de forma completa o estado nutricional do paciente indicando a necessidade ou não de suplementação, a frequência de reavaliação e como deve ser o tratamento e acompanhamento dados a esse paciente. Apesar dos pacientes acompanhados terem HIV e/ou hepatite B, o tratamento nutricional fornecido é individual e, por isso, varia de paciente para paciente, mas a forma de avaliá-los pode ser única. O ponto mais importante a ser

inserido no protocolo é a antropometria, utilizando o IMC, dobras cutâneas, principalmente a tricipital, e circunferências, principalmente de cintura, quadril, pescoço e braço, além do uso da avaliação subjetiva global.

Seguindo o protocolo, o paciente teria essas medidas tomadas com certa frequência, tornando possível acompanhar ganho ou perda de peso, saber se houve perda de massa magra, onde está ocorrendo perda ou acúmulo de gordura. Os exames de sangue solicitados pelos médicos para acompanhar a evolução da doença também devem ser verificados no sistema utilizado pela instituição que tem os dados do paciente e informações inseridas pelos outros profissionais de saúde, isso para verificar informações como número de linfócitos T CD4+, colesterol total e frações e glicose, tendo assim uma melhor noção do estado de saúde do paciente.

Outra implicação considerando o que foi aprendido no estágio é a importância de seguir as diretrizes de políticas do SUS e ouvir o paciente, dando a ele liberdade para falar tudo o que o incomoda e que ele considera pertinente, obviamente se atentando ao motivo da consulta e o indicando para os grupos de pacientes quando houver a necessidade. Criar um vínculo baseado na confiança e respeito auxilia no acompanhamento nutricional, pois assim muitos pacientes se sentem mais motivados a aderir ao tratamento proposto e seguir com o acompanhamento.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arruda Júnior ER, Lacerda HR, Moura LCRV, Albuquerque MFPM, Miranda Filho DB, Diniz GTN, Albuquerque VMG, Amaral JCZ, Monteiro VS, Ximenes RAA. Perfil dos pacientes com hipertensão arterial incluídos em uma coorte com HIV/AIDS em Pernambuco, Brasil. Arquivos Brasileiros de Cardiologia [internet]. 2010; 95(5): 640-647. [Acesso em: 16 setembro 2019]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abc/v95n5/aop13410.pdf>
2. Bassichetto KC, Bergamaschi DP, Frainer DES, Garcia VRS, Trovões EAT. Peso e altura de pessoas vivendo com HIV/AIDS atendidas pelo Sistema Único de Saúde. Revista Brasileira de Epidemiologia [internet] 2013; 16(3): 622-632. [Acesso em: 16 setembro 2019]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n3/1415-790X-rbepid-16-03-00622.pdf>
3. Beraldo RA, Santos AP, Guimarães MP, Vassimon HS, Paula FJA, Machado DRL, Foss-Freitas MC, Navarro AM. Redistribuição de gordura corporal e alterações no metabolismo de lipídeos e glicose em pessoas vivendo com HIV/AIDS. Revista Brasileira de Epidemiologia [internet]. 2017; 20(3): 526-536. [Acesso em: 16 setembro 2019]. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rbepid/2017.v20n3/526-536/>
4. BBC News Brasil [internet]. Com tratamento, expectativa de vida de infectados com HIV já está 'perto do normal', diz estudo; 2017. [Acesso em: 01 maio 2020]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-39853651>
5. Biblioteca Virtual [internet]. Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS; 2018. [Acesso em: 08 abril 2020]. Disponível em: <http://www.bibliotecavirtual.sp.gov.br/temas/saude-e-qualidade-de-vida/centro-de-referencia-e-treinamento-dst-aids.php>
6. Bogaz C [internet]. Brasil mais do que dobra o tempo de sobrevivência de pessoas com AIDS. Agência Saúde - Ministério da Saúde; 2019. [Acesso em: 08 abril 2020]. Disponível em: [https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45465-brasil-mais-do-que-dobra-o-tempo-de-sobrevivencia-de-pessoas-com-aids#:~:text=O%20C3%BA%20estudo%20a%20analisa,cinco%20anos%20\(58%20meses\)](https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45465-brasil-mais-do-que-dobra-o-tempo-de-sobrevivencia-de-pessoas-com-aids#:~:text=O%20C3%BA%20estudo%20a%20analisa,cinco%20anos%20(58%20meses))

7. Castelo Filho A, Abrão P. Alterações metabólicas do paciente infectado por HIV. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia [internet]. 2007; 51(1): 5-7. [Acesso em: 16 setembro 2019]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/bjid/v23n4/1413-8670-bjid-23-04-0211.pdf>
8. Coordenação Nacional de DST e AIDS [internet]. Política Nacional de DST/AIDS: princípios e diretrizes. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. [Acesso em: 24 abril 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf
9. Conselho Federal de Nutrição [internet]. Resolução CFN Nº 600, de 25 de fevereiro de 2018 [internet]. 2018. [Acesso em: 24 abril 2019]. Disponível em: http://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/resolucoes/Res_600_2018.htm
10. Cuenca AMB, Andrade MTD, Noronha DP, Ferraz MLEF, Estorniolo Filho J. Guia de apresentação de teses. 2. ed. atual. [recurso eletrônico]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2017. [Acesso em: 11 maio 2019]. Disponível em: http://www.biblioteca.fsp.usp.br/~biblioteca/guia/img/guia_teses.pdf
11. Cuenca AMB, Mancuso AMC, Bógus CM, Jorge MIE, Estorniolo Filho J, Von Atzingen MCB, Franco J. Diretrizes para os Projetos de Trabalho de Conclusão de Curso: TCC 1 [recurso eletrônico]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2019. [Acesso em: 11 maio 2019]. Disponível em: http://www.biblioteca.fsp.usp.br/wp-content/uploads/2019/11/Diretrizes_TCC1_2019_Vers%C3%A3o-Final.pdf
12. Cuenca AMB, Mancuso AMC, Bógus CM, Jorge MIE, Estorniolo Filho J, Von Atzingen MCB, Franco J. Diretrizes para os Projetos de Trabalho de Conclusão de Curso: TCC 2 [recurso eletrônico]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2019. [Acesso em: 08 abril 2020]. Disponível em: http://www.biblioteca.fsp.usp.br/wp-content/uploads/2019/11/Diretrizes_TCC2_2019_vers%C3%A3o-final.pdf
13. Cunha GH, Lima MAC, Galvão MTG, Fachine FV, Fontenele MSM, Siqueira LR. Prevalência de hipertensão arterial e fatores de risco entre pessoas com síndrome da imunodeficiência adquirida. Revista Latino-Americana de Enfermagem [internet]. 2018; 26: e3066. [Acesso em: 16 setembro 2019].

Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3066.pdf

14. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – Ministério da Saúde [internet]. História da AIDS; [s.d.]. [Acesso em: 08 abril 2020]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/historia-aids-linha-do-tempo>
15. Dutra BS, Lédo AP, Lins-Kusterer L, Luz E, Prieto IR, Brites C. Changes health-related quality of life in HIV-infected patients following initiation of antiretroviral therapy: a longitudinal study. Brazilian Journal of Infectious Diseases [internet]. 2019; 23(4): 211-217. [Acesso em: 16 setembro 2019]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/bjid/v23n4/1413-8670-bjid-23-04-0211.pdf>
16. Falco M, Castro ACO, Silveira EA. Terapia nutricional nas alterações metabólicas em pessoas vivendo com HIV/AIDS. Revista Saúde Pública [internet]. 2012; 46(4): 737-746. [Acesso em: 16 setembro 2019]. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rsp/2012.v46n4/737-746/>
17. Greco DB. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da AIDS no Brasil, 1985-2015. Ciência & Saúde Coletiva [internet]. 2016; 21(5): 1553-1564. [Acesso em: 16 setembro 2019]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1553.pdf>
18. Jaime PC, Florindo AA, Latorre MRDO, Brasil BG, Santos ECM, Segurado AAC. Prevalência de sobrepeso e obesidade abdominal em indivíduos portadores de HIV/AIDS, em uso de terapia anti-retroviral de alta potência. Revista Brasileira de Epidemiologia [internet] 2004; 7(1): 65-72. [Acesso em: 15 setembro 2019]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v7n1/08.pdf>
19. Kroll AF, Sprinz E, Leal SC, Labrêa MG, Setúbal S. Prevalence of obesity and cardiovascular risk in patients with HIV/AIDS in Porto Alegre, Brazil. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia [internet]. 2012; 56(2): 137-141. [Acesso em: 16 setembro 2019]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abem/v56n2/07.pdf>
20. Teodorescu LL, Teixeira PR. Histórias da AIDS no Brasil, v. 1: as respostas governamentais à epidemia de AIDS. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais [internet]. 2015; [Acesso em: 17 setembro 2019]. Disponível em:

<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/15021/A%20hist%C3%B3ria%20da%20AIDS%20no%20Brasil.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

21. Leal JA. Prevalência de síndrome metabólica em indivíduos com HIV/AIDS em adultos vivendo com HIV/AIDS no ambulatório do Hospital Eduardo Menezes - Belo Horizonte – MG [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina; 2011. [Acesso em: 15 setembro 2019]. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-8KVMWP/1/dissertacao_final_adalberto.pdf
22. Leite LHM, Sampaio ABMM. Metabolic abnormalities and overweight in HIV/AIDS persons-treated with antiretroviral therapy. Revista de Nutrição [internet]. 2008; 21(3):277-283. [Acesso em: 15 setembro 2019]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rn/v21n3/a02v21n3.pdf>
23. Mariz CA. Índice de massa corporal em indivíduos com infecção pelo HIV [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, Ciências da Saúde; 2010. Acesso em: 15 setembro 2019]. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/1674/1/arquivo2911_1.pdf
24. Mariz CA, Albuquerque MFPM, Ximenes RAA, Melo HRL, Bandeira F, Oliveira TGB, Carvalho EH, Silva AP, Miranda Filho DB. Índice de massa corporal em indivíduos com infecção pelo HIV e fatores associados com magreza e sobrepeso/obesidade. Cadernos de Saúde Pública [internet]. 2011; 27(10):1997-2008. [Acesso em: 16 setembro 2019]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v27n10/13.pdf>
25. Martinez-Iglesias PL, Ruiz-Sternberg JE, León-Leiva S, Beltran-Rodriguez CC, Rojas-Rojas MM, Moreno J, Lenis-Quintero W. Comorbidities among adults living with hiv from two healthcare centers in Colombia. Infect [internet]. 2019; 23(Suppl 1): 92-96. [Acesso em: 01 maio 2020]. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v23s1/0123-9392-inf-23-s1-00092.pdf>
26. Ministério da Saúde [internet]. História da AIDS [s.d.]. [Acesso em: 01 maio 2020]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/historia-aids-linha-do-tempo>
27. Moehlecke R [internet]. Estudo aponta aumento da prevalência de obesidade em pacientes com HIV. Agência Fiocruz de Notícias. 2011. [Acesso em: 16

- setembro 2019]. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/estudo-apontamento-da-preval%C3%Aancia-de-obesidade-em-pacientes-com-hiv>
28. Monteiro AL, Villela WV. A Criação do Programa Nacional de DST e Aids como Marco para a Inclusão da Idéia de Direitos Cidadãos na Agenda Governamental Brasileira. *Revista Psicologia Política* [internet] 2009; 9(17): 25-45. [Acesso em: 15 setembro 2019]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v9n17/v9n17a03.pdf>
29. Muller EV, Gimeno SGA. Risk factors for cardiovascular disease in HIV/AIDS patients treated with highly active antiretroviral therapy (HAART) in the central-southern region of the state of Paraná – Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. 2019; 24(5): 1903-1914. [Acesso em: 16 setembro 2019]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n5/1413-8123-csc-24-05-1903.pdf>
30. Oliveira CF, Mendes ALRF, Santos GCM, Sampaio RMM, Lustosa IBS, Silva FR. Avaliação subjetiva global versus avaliação antropométrica de pacientes com HIV. *Motricidade* [internet]. 2018; 14(1): 133-137. [Acesso em: 16 setembro 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/mot/v14n1/v14n1a17.pdf>
31. Oliveira N, Guimarães N, La-Santrer E, Figueiredo S. Anthropometric measures as indicators of the nutritional status of people living with HIV. *Revista Chilena de Nutrición* [internet]. 2019; 46(6): 753-760. [Acesso em: 01 maio 2020]. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v46n6/0717-7518-rchnut-46-06-0753.pdf>
32. Pinotti F, Cillo G, Arrudas M, Yamasaki M, Aguiar S [internet]. Casos de AIDS diminuem, mas infecções por HIV aumentam. Agência Universitária de Notícias - USP; 2019. [Acesso em: 20 agosto 2020]. Disponível em: <http://paineira.usp.br/aun/index.php/2019/12/18/casos-de-aids-diminuem-mas-infecoes-por-hiv-aumentam/>
33. Portal do Governo [internet]. Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS comemora 20 anos de luta; 2008. [Acesso em: 01 maio 2020]. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/centro-de-referencia-e-treinamento-dst-aids-comemora-20-anos-de-luta-1/>
34. Secretaria de Estado da Saúde [internet]. Centro de referência e Treinamento DST/AIDS-SP; [s.d.] [Acesso em: 24 abril 2019]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dst-aids-sp/crt/>

35. Signorini DJHP, Monteiro MCM, Andrade MFC, Signorini DH, Eyer-Silva WA. What should we know about metabolic syndrome and lipodystrophy in AIDS?. Revista da Associação Médica Brasileira [internet]. 2012; 58(1): 70-75. [Acesso em: 16 setembro 2019]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n1/v58n1a17.pdf>
36. Silva AFC, Cueto M. HIV/AIDS, os estigmas e a história. História, Ciências, Saúde-Manguinhos [internet]. 2018; 25(2): 311-314. [Acesso em: 16 setembro 2019]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v25n2/0104-5970-hcsm-25-02-0311.pdf>
37. Silva EFR, Lewi DS, Vedovato GM, Garcia VRS, Tenore SB, Bassichetto KC. Estado nutricional, clínico e padrão alimentar de pessoas vivendo com HIV/Aids em assistência ambulatorial no município de São Paulo. Revista Brasileira de Epidemiologia. [internet] 2010; 13(4): 677-88. [Acesso em: 15 setembro 2019]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n4/12.pdf>
38. Silva MCA, Burgos MGPA, Silva RA. Alterações Nutricionais e Metabólicas em Pacientes com Aids em Uso de Terapia Antirretroviral. Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis [internet]. 2010; 22(3):118-122. [Acesso em: 15 setembro 2019]. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista22-3-2010/Alteracoes%20nutricionais%20e%20metabolicas.pdf>
39. Souza IB, Tenório HAA, Gomes Junior EL, Marques ES, Cruz RAF, Silva RGM. Perfil sociodemográfico de idosos com vírus da imunodeficiência humana em um estado do nordeste brasileiro. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. [internet]. 2019; 22(4): e190016. [Acesso em: 16 setembro 2019]. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbagg/v22n4/pt_1809-9823-rbagg-22-04-e190016.pdf

8. ANEXOS

1. Folder: Comida de Gestante
2. Folder: Amamentação
3. Apresentação: Alimentação, saúde da pele e proteção contra raios solares
4. Folder: Alimentação e Saúde da Pele
5. Folder: Alimentação e Assistência Social

QUE SEU REMÉDIO SEJA
SEU ALIMENTO, E SEU
ALIMENTO SEJA SEU
REMÉDIO - HIPÓCRATES

Material desenvolvido por
Gricia Grazielo Oliveira Souza
Júlia Gomes de Carvalho Rocha
Caio Vagnors Sarubbi

Estagiários de Nutrição - Faculdade de
Saúde Pública - USP - 2019



Comida de Gestante

NÁUSEAS E OUTROS
DESCONFORTOS INTESTINAIS

É COMUM, DURANTE A GESTAÇÃO, EM ESPECIAL NO PRIMEIRO TRIMESTRE, SURTIREM SINTOMAS INTESTINAIS DESCONFORTÁVEIS. UMA ALIMENTAÇÃO EQUILIBRADA E SAUDÁVEL É MUITO IMPORTANTE PARA EVITAR OU AMENIZAR ESSES SINTOMAS. VEJA AQUI ALGUMAS SUGESTÕES. AUMENTE-SE BEM!



←← Nauseas e Vômitos



Faça pequenas refeições a cada 2-3 horas. Estômago vazio por longos períodos pode aumentar as náuseas

Evite frituras e outros alimentos gordurosos como carnes com capa de gordura e carnes embutidas (linguiças, salsichas, salames, etc.)



Mastigue uma lasca de gengibre fresco ou faça chá (2 colheres de chá de gengibre ralado/ 200ml água) e beba gelado. Faça uma vez por dia

Diarreia →

Hidrate-se: água, água de coco, chá preto, mate e de erva doce, suco natural de maçã com limão, de caju, maracujá e goiaba coadas e soro caseiro.

PREFIRA: Arroz, macarrão com molho caseiro (tomate sem casca e sem sementes); Carnes magras e ovos cozidos; Frutas como maçã, banana, pera, goiaba (sem semente e sem casca)

EVITE: frituras e alimentos gordurosos; molho de tomate industrializado; alimentos ultraprocessados; alimentos formadores de gases; cafeína e bebidas açucaradas.

Alimentos formadores de gases: repolho, brócolis, couve-flor, milho, pepino, pimentão, sabinete, salsaão, cebola, alho-poró; Alimentos ricos em fibras: cereais integrais, legumes e verduras cruas (refogue para consumir);

←← Constipação

A constipação ou "intestino preso" pode ocorrer por muitas causas. As mais comuns são o baixo consumo de água e fibras, o sedentarismo, verminoses, e efeitos colaterais de alguns remédios. Não ter horários regulares para as refeições e comer muitos lanches e alimentos industrializados também contribui para esta situação.



Dieta laxativa

- => Coma alimentos ricos em fibras como aveia, arroz integral, feijão, soja, lentilha, ervilha e grão de bico;
- => Prefira o consumo de vegetais frescos, frutas com casca e bagaço;
- => Beba sucos de frutas naturais sem coar ou adoçar;
- => Beba de 8 a 10 copos (ou mais) de água por dia, pois esta é necessária para o aumento do volume das fezes e faz com que sua passagem pelo intestino seja mais rápida. Metade desta quantidade pode ser substituída por chá sem açúcar.

Como preparar o soro caseiro



- ✓ Em um litro de água mineral (filtrada ou fervida), mas já fria;
- ✓ Acrescente uma colher pequena (tipo cafézinho), de sal;
- ✓ Acrescente uma colher grande (tipo sopa), de açúcar;
- ✓ Misture bem e ofereça o dia inteiro ao doente em pequenas colheradas.



Suco laxativo natural →



Bata no liquidificador: mamão, gomas de laranja e ameixa preta (fresca ou seca). Não adoe ou coe. Beba gelado.

Posições para amamentação



A MELHOR POSIÇÃO PARA AMAMENTAR É AQUELA EM QUE MÃE E BEBÊ FICAM CONFORTÁVEIS.

Material desenvolvido por
Gricia Grazielle Oliveira Souza
Júlia Gomes de Carvalho Rocha
Caio Vegners Sarubbi

Estagiários de Nutrição -
Faculdade de Saúde Pública -
USP - 2019





A amamentação é um relacionamento único entre mãe e bebê. Através dela esse vínculo mãe e filho é fortalecido.

ALEITAMENTO EXCLUSIVO

O leite materno é extremamente nutritivo, deve ser oferecido ao bebê de maneira exclusiva até os 6 meses de idade. Durante esse período não é necessário oferecer outros alimentos (chás, sucos, etc) ou água.

Além disso, antes dos 6 meses o bebê não tem maturidade fisiológica para aceitar outros alimentos: o trato gastrointestinal ainda não está bem desenvolvido, e ainda não consegue permanecer sentado e com o pescoço "em pé".

O leite deve ser oferecido em livre demanda, ou seja, deve ser oferecido enquanto o bebê ainda continua sugando.

COMO AMAMENTAR?

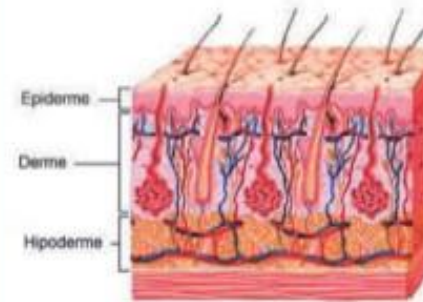


- O bebê deve pegar bem o peito, abocanhando a aréola (parte escura em volta do bico). Não dê chupetas para seu bebê, pois pode atrapalhar a pega e a sucção do leite;
- Lave seu peito só com água: não passe sabonete nem pomada nas mamas. Fique sempre com o sutiã seco;
- Em caso de rachaduras nos mamilos, observe se a pega pelo bebê está correta e tente mudar a posição em que o bebê mama;
- É bom tomar sol nas mamas, de manhã ou à tarde. Aproveite para dar um banho de sol em seu bebê também. Ele deve ficar sem a roupinha, para que o sol bata diretamente em sua pele;
- Em caso de mamas muito cheias ou endurecidas, é necessário retirar o excesso de leite, o que promoverá alívio para você e facilitará a pega pelo bebê. Peça orientação a um profissional de saúde. Se você produz mais leite do que seu bebê mama, pode ser uma doadora de leite materno. Verifique na Unidade Básica de Saúde se há posto de coleta ou Banco de Leite perto de sua casa e como você pode doar;

Alimentação, saúde da pele e proteção contra raios solares

Caio Sarubbi
Graziele Oliveira
Júlia Carvalho
Estagiários • Nutrição • FSP/USP
CRT HIV/AIDS - 2019

Camadas da pele



Camadas da pele. Reprodução: Google Imagens

Epiderme: barreira protetora contra danos externos (ex.: microrganismos), evita saída de água, produz melanina, dá origem aos anexos da pele.

Derme: formada por fibras de colágeno, elastina e gel coloidal (responsáveis pela tonicidade, elasticidade), contém terminações nervosas (informação de dor, frio, calor, pressão, cócegas e prazer). Presença de glândulas sebáceas e sudoríparas.

Hipoderme: formada por células de gordura – espessura variável de acordo com a composição corporal. Sustenta e une a epiderme ao restante do corpo, mantém temperatura corporal e acumula energia para funções biológicas.

www.dermatologia.com.br

Tópicos

1. Pele e Envelhecimento
2. Raios solares: tipos e efeitos
3. Métodos de proteção da pele:
 - Fotoproteção;
 - Comportamentos;
 - Alimentação.

A pele representa

16%

do peso corporal

MODELO 2003 apud GATHAS AZZARI (54)

Envelhecimento cutâneo: Fatores predisponentes



Intrínsecos:

- Envelhecimento natural das células;
- Índice reduzido de renovação celular;
- Respostas imunológicas diferentes.

Extrínsecos:

- Agressões externas ao organismo;
- Exposição excessiva e sem proteção aos raios ultravioleta;
- Alimentação rica em gorduras, baixa ingestão de vitaminas e minerais, tabagismo, estresse, ingestão frequente de álcool

BAUMANN, 2004; REICHEL; SABATOVICH, 2004; REBELLO, 2004

A radiação solar e os raios ultravioletas (UVR) de fontes artificiais podem ser benéficos ou tóxicos para a pele humana. A luz natural e os UVR de fontes artificiais têm sido reconhecidos pelos seus benefícios e associados à saúde, demonstrando que a luz é boa para a nossa saúde mental, para a síntese de vitamina D e para a geração de uma saudável proteção de melanina para a pele. Entretanto, a excessiva exposição a essas radiações vitais sem meios apropriados de proteção pode ser extremamente danosa à pele de indivíduo. Os efeitos deletérios da UVR dependem da duração e da frequência da exposição, da intensidade da radiação solar baseada na latitude, e da reação baseada na constituição genética, cor e fototipo da pele.

Revista Brasileira de Cirurgia Plástica

Os cinco principais perigos da exposição solar são:

1. Efeitos agudos, como queimadura solar, fototoxicidade induzida por medicamentos;
2. Riscos a longo prazo da exposição descontrolada e repetida resultando no desenvolvimento de modificações actínicas ou dermatoses (rugas, envelhecimento precoce da pele, adelgaçamento irregular da epiderme, telangiectasias, máculas hiperpigmentadas);
3. Desenvolvimento de lesões pré-malignas (ceratoses solares) e malignas (carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular e melanomas);
4. A consequência do dano fotoquímico cumulativo aos olhos desprotegidos resultando no escurecimento das lentes (envelhecimento da lente) e formação de catarata nuclear;
5. Alteração da resposta imune e da função e distribuição dos componentes do sistema imunológico causando uma incompetência imune seletiva.

Revista Brasileira de Cirurgia Plástica



Métodos de proteção da pele

Fotoproteção: uso de protetor solar com FPS mínimo de 30. Escolher produtos que indiquem na embalagem "Proteção UVA" ou "Proteção de amplo espectro". Reaplicação a cada 2 ou 3 horas, ou após longo período de imersão na água;

Comportamentos: não se expor ao sol entre 10h - 15h.

- Nordeste brasileiro: 9h - 15h;
- Centro-oeste brasileiro: 10h - 16h.

Usar roupas, chapéus, bonés e óculos de sol. Utilizar sombras naturais (árvores) ou artificiais (guarda chuva, guarda sol, tendas, edifícios, etc.);

Alimentação e hidratação adequadas

Consenso Brasileiro de Fotoproteção - SBD

Alimentos que contribuem para saúde da pele

Vitaminas antioxidantes

Vitaminas A, C e E são exemplos de vitaminas com ação antioxidante, e que ajudam a evitar/retardar danos celulares, desenvolvimento de patologias e o envelhecimento da pele.

(SANCHI, ANTUNES, 1999; SHAMI, MOREIRA, 2004; NEDEL, 2005).

Antioxidantes

São substâncias ativas que combatem os radicais livres, que são os principais responsáveis por acelerar o processo de envelhecimento da pele.

Vitamina A (retinol)



Vitamina C (ácido ascórbico)



Antioxidantes

Os principais minerais com ação antioxidante são zinco, selênio, cobre e magnésio, e eles atuam favorecendo o reparo e a reconstituição das estruturas biológicas lesadas, são cofatores na absorção de vitaminas lipossolúveis, atuam no sistema imune.

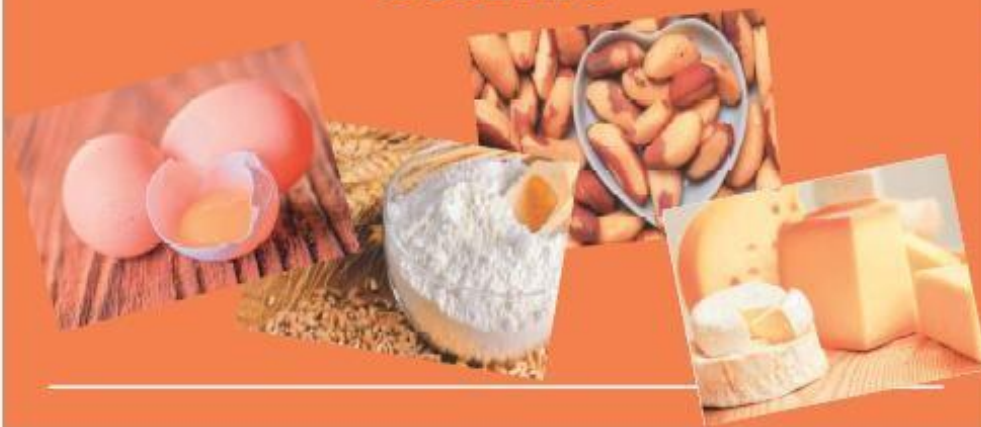
Vitamina E (Tocoferol)



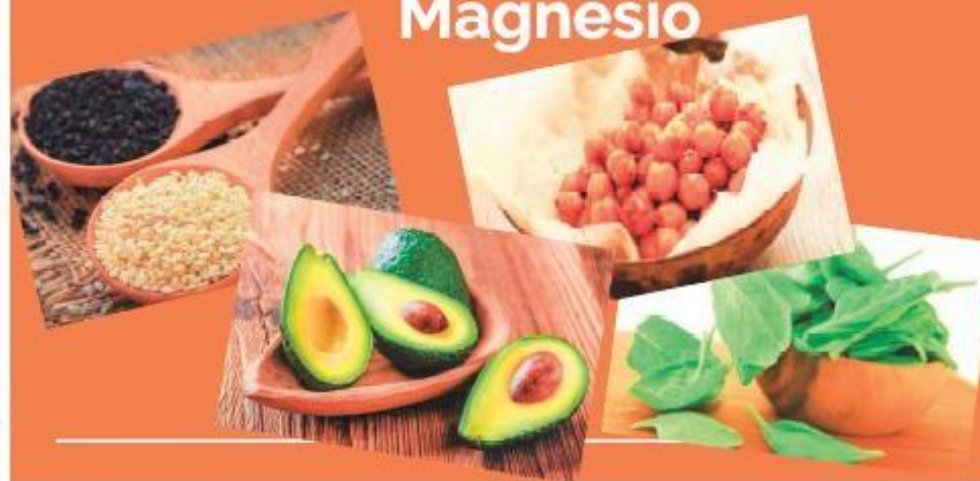
Zinco



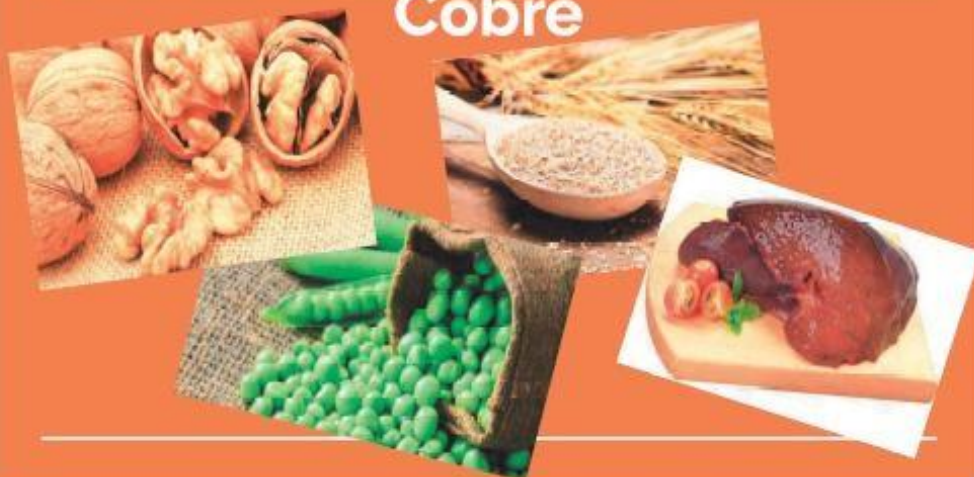
Selênio



Magnésio



Cobre



Antioxidantes

O café apresenta alto poder redutor e importante atividade sequestrante de radicais livres. A atividade sequestrante de radicais livres é significativamente superior nos grãos torrados, quando comparados aos extratos dos grãos verdes. A torração, porém, reduz o poder redutor das bebidas do café.



Bebidas com *pool* antioxidante

- Suco de 2 laranjas lima;
- 1 manga Haden ou Palmer pequena;
- 4 damascos secos;
- Geleia a gosto.



- 2 rodéles de abacaxi;
- 1 maçã gala ou Fuji pequena;
- 1 fatia de melão;
- 200 ml de água de coco;
- Geleia a gosto;

Referências

Sociedade Brasileira de Dermatologia - SBD. Cuidados com a pele. Disponível em: <http://www.sbd.org.br/temas/saude/curiosidades/como-queimar-a-pele/>. Acesso em 01 de abril de 2019.

Sociedade Brasileira de Dermatologia - SBD. Consenso Brasileiro de Fotoproteção. Disponível em: <https://sbd.org.br/docs/consenso-fotoprotecao-2018-2019?e=015448812>. Acesso em 01 de abril de 2019.

Gathas, AZ et al. Atendimento do enfermeiro ao paciente queimado. [S.l]: [S.l] [internet] Disponível em http://www.unifia.edu.br/revista/revista-brasilica/saude/saude20112/saude_foco1.pdf. Acesso em 01 de abril de 2019.

Juchem PP, Hochberg J, Whogron A, Ardanghy M, English R. Riscos à Saúde da Radiação Ultravioleta. Rev. Bras. Ci. Mat. 1998; 13(2): 31-60 [internet] Disponível em <http://www.rbcn.org.br/index.php/2357/riscos-a-saude-da-radiacao-ultravioleta>. Acesso em 02 de abril de 2019.

OBRIGADO!



"Que o teu alimento seja teu remédio, e teu remédio seja teu alimento."

- Hipócrates

MEDIDAS

COMPORTAMENTAIS PARA PROTEÇÃO DA PELE

Fotoproteção: uso de protetor solar com FPS mínimo de 30. Escolher produtos que indiquem na embalagem "**Proteção UVA**" ou "**Proteção de amplo espectro**". Reaplicação a cada 2 ou 3 horas, ou após longo período de imersão na água (piscina, mar, cachoeira, etc.);

Comportamentos: não se expor ao sol entre 10h - 15h.
=Nordeste brasileiro: 9h - 15h;
=Centro-oeste brasileiro: 10h - 16h.
Usar roupas, chapéus, bonés e óculos de sol. Ao caminhar na rua, utilizar sombras naturais (árvores) ou artificiais (guarda chuva, guarda sol, tendas, edifícios, etc.)

PARA MAIS INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE DA PELE:
WWW.SBD.ORG.BR

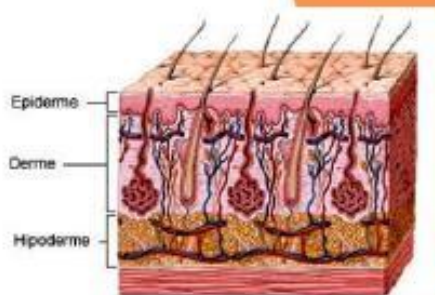


ALIMENTAÇÃO E SAÚDE DA PELE

Material produzido por Gricia Grazielle Oliveira Souza, Julia Gomes de Carvalho Rocha e Caio Vegners Sarubbi. Estagiários de Nutrição - Faculdade de Saúde Pública da USP - 2019



CAMADAS DA PELE



Epiderme: barreira protetora contra danos externos (ex.: microrganismos), evita saída de água, produz melanina, dá origem aos anexos da pele.

Derme: formada por fibras de colágeno, elastina e gel coloidal (responsáveis pela tonicidade, elasticidade), contém terminações nervosas (informação de dor, frio, calor, pressão, cócegas e prazer). Presença de glândulas sebáceas e sudoríparas.

Hipoderme: formada por células de gordura - espessura variável de acordo com a composição corporal. Sustenta e une a epiderme ao restante do corpo, mantém temperatura corporal e acumula energia para funções biológicas.



VITAMINAS ANTIOXIDANTES

Vitamina A (retinol): presente no fígado de boi, ovos de galinha - principalmente na gema -, couve manteiga, espinafre, manga e demais frutas amarelo-laranjadas.

Vitamina C (ácido ascórbico): presente em diversas frutas cítricas como laranja, acerola, limão, kiwi, etc..

Vitamina E (tocoferol): presente em fontes de gorduras saudáveis como o abacate, óleos vegetais - azeite, girassol -, e sementes oleaginosas como castanhas, nozes, amêndoas e amendoim.

MINERAIS ANTIOXIDANTES

Zinco: presente na linhaça - marrom e dourada -, no frango, castanha de caju e feijões de todos os tipos.

Selênio: presente na castanha do Pará ou castanha do Brasil, ovos, farinha de trigo e queijos.

Cobre: presente em nozes, farinha de trigo integral, ervilha e fígado de boi.

Magnésio: presente no abacate, grão de bico, espinafre e gergelim.

“**UMA ALIMENTAÇÃO EQUILIBRADA E SAUDÁVEL, RICA EM ANTIOXIDANTES CONTRIBUI PARA A SAÚDE DA PELE. OS ANTIOXIDANTES REDUZEM O ENVELHECIMENTO PRECOCE DAS NOSSAS CÉLULAS DA PELE E DE TODO O CORPO.**”



Bebidas com perfil antioxidante

- Suco de 2 laranjas limas
 - 1 manga fadeti ou fadeti-pimenta
 - 4 damascos secos
 - Gelo a gosto
-
- 2 rodadas de abacate
 - 1 maçã verde ou kg pepino
 - 1 fatia de melão
 - 200 ml de água de coco
 - Gelo a gosto

ONDE POSSO COMER?



O Programa Bom Prato oferece refeições saudáveis e de qualidade para populações de baixa renda e pessoas em situação de rua. Em todas as unidades servem almoço e café da manhã.

ALMOÇO: arroz, feijão, salada, legumes, um tipo de carne, farinha de mandioca, pãozinho, suco e sobremesa (geralmente uma fruta da época)

CAFÉ DA MANHÃ: leite com café, achocolatado ou iogurte, pão com margarina, requeijão ou frios e uma fruta da estação

UNIDADES PRÓXIMAS DO CRT (MENOS DE 10KM)

- 25 de Março – R. 25 de Março, 166 (6,5km do CRT)
- Brás - Av. Rangel Pestana, 2.327 (8km do CRT)
- Campos Elíseos – R. General Julio Marcondes Salgado, 58 (8km do CRT)
- Heliópolis – Estrada das Lágrimas, 2.608 (6,5km do CRT)

OUTRAS UNIDADES (ATÉ 15KM DO CRT)

- Cidade Ademar – R. Yervant Kissajikian, 3.101 (11km do CRT)
- Lapa – R. Afonso Sardinha, 245 (13km do CRT)
- Limão – Av. Professor Celestino Bourroul, 779 (13km do CRT)
- Paraisópolis – R. Ernest Renan, 1.000 (12km do CRT)
- Santana – R. Dr. Zuquim, 532 (12km do CRT)
- Santo Amaro – Av. Mario Lopes Leão, 685 (11km do CRT)
- Tucuruvi – Av. Mazzei, 495 (15km do CRT)

A REFEIÇÃO EM QUALQUER UNIDADE CUSTA R\$1,00.

BANHO E REFEIÇÕES



A Prefeitura de São Paulo oferece o serviço de **Núcleo de Convivência para Adultos em Situação de Rua**. O serviço pode ser utilizado quando adultos, de ambos os sexos, em situação de rua, acima de 18 anos acompanhados ou não de filhos necessitarem de apoio no processo de saída das ruas.

O QUE OS NÚCLEOS DE CONVIVÊNCIA OFERECEM PRA VOCÊ

- Tomar banho;
- Auxílio para emissão de documentos pessoais;
- Refeições;
- Atendimento completamente gratuito.

UNIDADES

- **Vila Mariana/ Moema/ Saude/ Jabaquara - CCPV - Av. José Maria Whitaker, 2000;**
- Sé/ Consolação/ Bela Vista/ Liberdade - DOM ORIONE - Rua 13 de maio, 320/392/430/478;
- República/ Santa Cecília - PRATES - Rua Prates, 1101;
- Bom Retiro - PORTO SEGURO - Rua Porto Seguro, 235;
- Mooca/ Pari/ Tatuape/ Agua Rasa/ Belém/ Brás - SÃO MARTINHO DE LIMA - Rua Cajuru, 362 - Belenzinho;
- Barra Funda/ Santana - BORACEIA - Rua Norma Pieruccini Gianotti, 77.

Material desenvolvido por: Gricia Grazielle Oliveira Souza, Julia Gomes de Carvalho Rocha e Caio Vegners Sarubbi || Estagiários de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da USP - 2019.

