Telessaúde Informa
Boletim Informativo do Núcleo de Telessaúde SC

edição 37 | dezembro de 2015

Prevenção Quaternária

A importância dos auxiliares e técnicos nas equipes de saúde
página 4

Entenda a Prevenção Quaternária no contexto da Atenção Básica
página 10

Conheça o trabalho dos Terapeutas da Alegria
página 16

Nesta **edição**

As discussões em torno da campanha Novembro Azul nos motivaram a produzir esta edição do Telessaúde Informa problematizando os excessos de intervencionismo presentes na prática dos profissionais da saúde e os danos que isso pode gerar. Vimos a necessidade de falar sobre Prevenção Quaternária e nos esforçarmos para trazer parte da amplitude desse assunto, aproximando-o da sua prática como profissional da Atenção Básica (AB). Nossa reportagem principal é um convite para você se questionar e refletir criticamente sobre a sua atuação cotidiana, percebendo que ela pode ser guiada por uma visão menos medicalizante e intervencionista.

Nesta edição você também se informa sobre os desafios cotidianos do trabalho dos profissionais da área técnica e lê uma entrevista sobre a implantação do novo modelo de organização do SUS guiado por Redes de Atenção à Saúde. E não perca nossa colorida reportagem fotográfica que acompanhou o trabalho dos Terapeutas da Alegria, conhece? Agradecemos a todas as pessoas que participaram desse informativo e compartilharam suas experiências conosco! Muito obrigado também pelas sugestões de pauta sempre pertinentes. Continue colaborando conosco! Envie suas ideias para: telessaude.sc@saude.sc.gov.br.

Boa leitura!

Destaque 3
Cotidiano 4
Entrevista 6
Reportagem 10
Click! 16
Teleconsultoria 22
Dicas 26
Agenda 27

A personagem "Dra. Boneca", do projeto Terapeutas da Alegria, durante visita ao Hospital Universitário em Florianópolis

UM ANO A SER COMEMORADO

Em 2015, o Telessaúde ampliou sua atuação estadual e nacional

O Telessaúde está finalizando mais um ano de muitos desafios, conquistas e de intensa atuação na Atenção Básica (AB). Para se ter uma ideia, desde nossa implantação até novembro de 2015 já foram realizadas mais de 13700 webconferências e quase 1100 profissionais receberam certificados de participação em nossos minicursos. Isso mostra o crescimento da oferta de educação permanente para os profissionais de todo o Estado através da Tele-educação! E com nossa equipe de Teleconsultoria não foi diferente: somente este ano realizamos mais de 3900 teleconsultorias que ajudaram as equipes de saúde a tirar suas dúvidas e melhorar questões clínicas ou de processos de trabalho. Assim, com profissionais prontificados a qualificar a AB, o Telessaúde está presente e atuando em todos os municípios de Santa Catarina e também em outros estados!

Um dos nossos maiores destaques de 2015 certamente foi o apoio à implantação do e-SUS nos municípios - trabalho que envolveu o esforço de todos os nossos serviços na realização de videoaulas, teleconsultorias, SOFs e webconferências! Outra conquista foi o início da implementação de teleconsultorias para regular o acesso às especialidades, resultado da articulação entre Secretaria de Saúde do Estado e municípios, estudando os nós da Regulação e usando os serviços de Telessaúde para qualificar o trabalho em rede e o retorno aos usuários do Sistema. E as parcerias não pararam por aí: junto com o projeto QualiSUS, promovemos o minicurso de Acolhimento e Classificação de Risco; e com a Gerência de Atenção Básica (GEABS) da Secretaria Estadual de Saúde, o minicurso "Capacitação para Fortalecimento da Atenção Básica: Interação com o Telessaúde". Nossa atuação também foi à nível nacional, pois neste ano participamos das discussões do Encontro Brasileiro de Telemedicina e Telessaúde, que trouxe o tema "Telessaúde para a universalização do acesso"; apresentamos seis trabalhos no 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – Abrascão 2015; além de estarmos presentes nos eventos com foco no SUS e na Atenção Primária à Saúde da Gerência de Atenção Básica e da Universidade Federal de Santa Catarina.

Se você quiser receber **DICAS**, **CURIOSIDADES** e **INFORMAÇÕES ADICIONAIS** sobre **SAÚDE**, curta nossa **PÁGINA** *facebook.com/TelessaudeSC* e fique por dentro de todas as

Além dos encontros, também promovemos muitas discussões localmente. Através do Telessaúde Informa, dialogamos com você sobre pré-natal, atendimento a pessoas com deficiência, tabagismo, saúde mental, agrotóxicos, ou seja, uma infinidade de assuntos, lembra? Mas ainda há muito para falar! Cada vez mais a saúde pública precisa de profissionais críticos e atualizados, que participem do debate sobre os desafios atuais do Sistema Único de Saúde (SUS), como a valorização do Sistema, o fortalecimento da AB como coordenadora do cuidado, a luta constante contra a privatização do SUS. E o que o Telessaúde tem a ver com isso? Tudo! Promovendo uma visão crítica e humanizada dos profissionais da AB, nós buscamos valorizar e respeitar os usuários, com uma abordagem que vise cuidar de pessoas e não de doentes. Todo o esforço da equipe do Telessaúde em melhorar e qualificar o SUS só funciona se conseguirmos chegar aos usuários. Então cuidamos dos profissionais, pois são vocês que chegam todos os dias até os usuários e que podem promover a mudança que precisamos. Acreditamos que assim se construa um SUS de qualidade, que quebre preconceitos e que faça os brasileiros acreditarem na saúde pública!

Auxiliares e técnicos

e sua atuação dentro das equipes de saúde

As equipes de Saúde da Família são uma estratégia primordial para o fortalecimento da Atenção Básica (AB) e, em sua composição multiprofissional, é indispensável contar com o trabalho de auxiliares e técnicos. Esses profissionais são altamente relevantes no processo de trabalho da equipe, pois desenvolvem as mais diversas ações, participando de atividades de assistência e realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão (ver página 5). Para se ter ideia da amplitude do trabalho realizado por eles, um **levantamento** do Conselho Federal de Enfermagem, de 2010, mostrou que aproximadamente 80% dos quase 1,5 milhões de profissionais de enfermagem de todo o Brasil correspondem à categoria de técnicos (43%) e de auxiliares (36,8%).

Nas unidades de saúde, as áreas de enfermagem e de odontologia são as que mais contam com o trabalho dos técnicos. "Eles complementam essa equipe multiprofissional da AB, participam das visitas domiciliares, são responsáveis pelas ações educativas dentro de programas da estratégia, fazem parte de todo esse planejamento e são o elo entre comunidade e equipe de saúde", afirma Maristela Castro Claubeck, coordenadora técnica da Escola de Formação em Saúde (Efos), que faz parte da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS) do Ministério da Saúde.

Reconhecimento e formação

Apesar da abrangência e da diversidade de atuação, em alguns casos a contribuição desses profissionais ainda precisa de maior reconhecimento, comenta a técnica em enfermagem Marciane Daíse Wuaden, que trabalha desde 2008 na Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Peritiba. "Somos profissionais capacitados a prestar assistência à população, muitas vezes nosso trabalho não é tão divulgado, com isso os demais profissionais da enfermagem ficam escondidos atrás do profissional enfermeiro", afirma Marciane.

80% dos quase 1,5 milhões de profissionais de enfermagem de todo o Brasil correspondem à categoria de técnicos (43%) e de auxiliares (36, 8%), segundo o Conselho Federal de Enfermagem.

O reconhecimento da atuação desses profissionais teve um grande impulso com a regularização das profissões e a exigência de formação técnica para o exercício das atividades. As profissões de Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e de Técnico em Saúde Bucal (TSB), por exemplo, foram regulamentadas a partir da lei nº 11.889, de dezembro de 2008. "Eu observei um olhar diferenciado da equipe, na ótica do reconhecimento e valorização do trabalhador ASB e TSB, e o que mais notei foi o quanto os próprios ASB e TSB se sentiram importantes", afirma Kátia Brasil, cirurgiã dentista docente da Escola Técnica de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau, que também faz parte do RET-SUS.

Teoria e prática

Além do reconhecimento, a regularização da formação também contribuiu de maneira efetiva para aprimorar o exercício do profissional. Para Silvana Dalmarco, que trabalhou nove anos como auxiliar em Saúde Bucal e já atuou em todas as unidades de saúde do município de Rio do Sul, a formação técnica ajudou na mudança de hábitos relacionados ao seu cotidiano de trabalho, como o cuidado com os itens de segurança e higiene. "Quando eu comecei a trabalhar,

os profissionais não tinham muito o costume de usar o gorro ou o óculos de proteção, mas hoje eu não fico sem!", comenta.

A formação de Silvana dialogou com o que ela vivenciava na prática, ajudando a superar alguns desafios presentes em sua rotina, como a dificuldade em compreender a linguagem técnica. "No dia a dia você vê, mas não entende muito o vocabulário técnico, a linguagem, o nome dos instrumentais e, às vezes, a gente acaba trabalhando com vários materiais que nem sabe o nome, daí damos apelidos, e com a formação eu pude aprender da forma correta".

O aprendizado de Suzana, assim como o de muitos auxiliares e técnicos, não veio apenas com a formação, mas também com o trabalho diário em uma equipe multiprofissional, compartilhando experiências com seus colegas. "Aprendi muitas coisas na prática, com o próprio dentista me orientando e ensinando, e todos os profissionais, desde que eu comecei a trabalhar com saúde, me ajudaram muito", afirma ela.

O trabalho dos auxiliares e técnicos na Estratégia de Saúde da Família

Técnico de Enfermagem

– Assistir ao Enfermeiro:
. No planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de Enfermagem;
. Na prestação de cuidados diretos de Enfermagem aos pacientes em estado grave;
. Na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica;
. Na prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de danos físicos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de saúde.
– Executar atividades de assistência de Enfermagem, excetuadas as privativas do Enfermeiro.

Auxiliar de Enfermagem

– Preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos e reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;
– Executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, como ministrar medicamentos por via oral e parenteral, fazer curativo, efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis, colher material para exames laboratoriais, prestar cuidados de Enfermagem pré e pós-operatórios, etc;
– Prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança;
– Participar de atividades de educação;
– Executar os trabalhos de rotina vinculados à alta dos paciente;
– Participar dos procedimentos pós-morte.

Técnico em Saúde Bucal

Competem ao profissional, sempre sob a supervisão do cirurgião-dentista, as seguintes atividades (além das estabelecidas para os ASBs):
– Participar do treinamento/capacitação de ASB e de ações educativas de promoção da saúde ;
– Proceder à limpeza e à anti-sepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;
– Ensinar técnicas de higiene bucal e realizar a prevenção das doenças bucais por meio da aplicação tópica do flúor, conforme orientação do cirurgião-dentista;
– Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
– Supervisionar, sob delegação do cirurgião-dentista, o trabalho dos ASB;

Auxiliar em Saúde Bucal

O auxiliar trabalha sob a supervisão do cirurgião-dentista ou do TSB, realizando as atividades de:
– Organizar e executar atividades de higiene bucal;
– Preparar o paciente para o atendimento e auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas;
– Manipular materiais de uso odontológico;
– Registrar dados e participar da análise das informaçõesrelacionadas ao controle administrativo em saúde bucal;
– Executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental; administrativo em saúde bucal;
– Aplicar medidas de biossegurança visando ao controle de infecção.

Quer saber mais sobre as atribuições de cada profissional?

Nós citamos apenas algumas atividades, mas você encontra todas as informações no **decreto nº 94.406/87** e na **Lei 7.498/86**, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e na **Lei nº 11.889**, que regulamenta o exercício das profissões de Técnico e Auxiliar em Saúde Bucal.

Os desafios para implantação das Redes de Atenção à Saúde

Em 2010, a portaria nº 4.279 do Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, uma nova estratégia na busca da garantia do direito à atenção integral, resolutiva e de qualidade a todos os brasileiros. Segundo o Ministério, as redes são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. A implantação das RASs significa repensar e promover mudanças fundamentais no nosso modelo de atenção à saúde. Para falar sobre os desafios da organização do trabalho em rede, convidamos o professor e pesquisador da Universidade Federal Fluminense, Túlio Batista Franco.

Em que consistem as Redes de Atenção à Saúde do SUS?

Túlio Batista Franco - Para falar de redes vou partir de uma cena muito comum nos serviços de saúde: um usuário chega em estado grave em uma unidade de urgência e emergência, a regulação não consegue dar resposta para uma remoção imediata, o que fazem os profissionais? Estes pedem ajuda à sua rede de contatos para acolher o usuário. Começa aí a formação de uma rede, que possibilita a remoção do paciente, acolhimento em outra unidade, cuidado. Isto demonstra para nós que há um tipo de rede, não formal, constituída pelos próprios trabalhadores na saúde, que funciona por conexão e fluxos entre as próprias equipes. No entanto como estas redes não constam nos protocolos, elas não têm visibilidade e nem o reconhecimento da gestão dos serviços. Mas são redes e operam com muita intensidade. Por outro lado, há as redes formais, protocolares, que também funcionam para o cuidado aos usuários, mas ao se instituírem no cotidiano dos serviços, estão sujeitas a novas modulações, ou, modificações que são próprias das condições reais às quais se instalam, e à atividade dos próprios trabalhadores. Olhando o cotidiano dos serviços de saúde podemos afirmar que as redes se produzem em ato, no exercício cotidiano, na conexão entre os trabalhadores, e os fluxos que são feitos entre eles para o cuidado aos usuários. Estamos, portanto, considerando que o modo de funcionamento dos serviços é mais importante do que simplesmente as estruturas dos equipamentos, a atividade dos trabalhadores, mais fundamental do que as normas, quando se trata da formação das redes de cuidado à saúde.

> *"As redes se produzem em ato, no exercício cotidiano, na conexão entre os trabalhadores"*

Túlio Batista é Doutor em Saúde Coletiva pela Unicamp e Pós-doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de Bolonha-Itália. Atualmente é professor associado da Universidade Federal Fluminense, onde é Pró-Reitor de Gestão de Pessoas. Também é Líder do Grupo de Pesquisa Laboratório de Estudos do Trabalho e Subjetividade em Saúde-LETRASS/CNPq-UFF. Colabora com o Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale - CSI na Universidade de Bolonha-Itália e com o Doctorado en Salud Colectiva do Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús , na Argentina.

Quais os principais desafios e entraves para a implantação das redes no SUS?

T.B.F - O principal desafio é os gestores e os trabalhadores compreenderem que as redes podem se formar tanto segundo o protocolo, quanto de forma espontânea, respondendo à necessidade do usuário no exato momento em que ele surge nos serviços de saúde. Ou seja, o que define a rede é o processo de trabalho empregado para cuidar, reduzir o sofrimento, salvar a vida, e isto se dá na relação direta com o usuário e entre os próprios trabalhadores. Ao entender isso, é importante haver o reconhecimento destas redes, que podem se formar entre serviços, mas também dentro de uma mesma equipe. Você já reparou que dentro de uma Unidade de Saúde, os trabalhadores no exercício do seu trabalho conversam uns com os outros o tempo todo? E são temas relacionados ao próprio trabalho, ou seja, o processo de trabalho em saúde requer a constituição de uma rede entre os próprios trabalhadores, olhando de perto, a micropolítica do trabalho. Os atos de fala e escuta entre os profissionais constituem um fluxo de informações e práticas, que garante a produção do cuidado. Enfim, podemos dizer que há uma rede que se forma entre os trabalhadores de uma mesma unidade, e aqueles de unidades diferentes. Eu tenho dito que as redes são inerentes ao processo de trabalho em saúde, o que fica para nossa análise, portanto, é a qualidade destas redes, até que ponto são harmônicas e garantem o cuidado ao usuário, ou, são fraturadas e, portanto, dificultam este cuidado.

Quais os pontos que o senhor avalia como positivos e quais os negativos no processo de implementação das redes à nível nacional?

"O que define a rede é o processo de trabalho empregado para cuidar, reduzir o sofrimento, salvar a vida, e isto se dá na relação direta com o usuário e entre os próprios trabalhadores"

T.B.F - Foi muito positivo o Ministério da Saúde ter proposto a organização do serviço de saúde em redes. Isto fortalece a integralidade das ações, estimula as equipes a conversarem entre si para organização do seu trabalho, e forçam um pacto de gestão interna, isto é, para que os gestores discutam um funcionamento conjunto dos serviços. Isto já produz uma ruptura no modo convencional de fazer a gestão, onde cada um delimita um território de suposto poder, e pouco discute com os parceiros para pactuar um modo conjunto de trabalho. Então o que o Ministério propõe é altamente relevante, mas precisa ao mesmo tempo integrar as áreas técnicas junto à Secretaria de Atenção à Saúde, constituindo a integração entre as diversas áreas em todos os níveis de gestão do SUS. Apenas advirto que embora seja fundamental, esta integração entre os serviços ainda é insuficiente, pois é necessário organizar a conexão e os fluxos assistenciais em nível das equipes e do processo de trabalho dos profissionais do SUS. Não vejo ponto negativo propriamente dito, mas dificuldades em operacionalizar as redes com esta lógica dos fluxos assistenciais, conexão entre equipes e pacto interno de gestão. Isto porque ainda é muito presente uma certa "demarcação de território" que os gestores insistem em fazer, e as redes pressupõem quebrar as caixinhas de pretenso poder, e deixar que cada serviço seja invadido pelo outro, no sentido

das trocas de saberes e fazeres. Então para formar as redes realmente é preciso quebrar as caixinhas existentes nos serviços, desterritorializar, o que significa articular menos o EU e substituí-lo por um NÓS.

O que muda na gestão do cuidado com a organização a partir de Redes de Saúde e quais os benefícios dessa nova forma de organização a médio e longo prazo?

T.B.F - Eu não diria o que muda porque não é imperativo, não é possível haver certeza no cenário de construção do SUS. Isto é um princípio do planejamento estratégico que gosto muito, ou seja, o futuro é sempre incerto, por isto precisamos de ferramentas de gestão para reduzir esta incerteza, e construir um futuro conforme pretendemos que ele se apresente. Então eu diria o que "pode mudar". Coloco no condicional porque depende de como as redes estão sendo formadas. E o ponto de partida é o reconhecimento de que não há serviço de saúde autossuficiente, todos precisam de todos para o cuidado em saúde, assim como aqueles que estão na cena de cuidado, podem ter protagonismo na construção das redes, ou seja, isto não é apenas a normativa pensada para sua organização. Portanto, reconhecemos que para além dos serviços de saúde, os trabalhadores e usuários também fabricam suas redes. Os trabalhadores, como eu já disse na resposta acima, e os usuários também, quando buscam os vários serviços do SUS de forma espontânea ou modos alternativos de cuidado vinculadas a crenças, pessoas da comunidade, grupos, cuidadores, etc., estão também fazendo conexão e fluxos e estas relações fazem parte da sua rede de cuidado, porque de alguma forma corroboram para seu conforto, bem estar, cuidado. Enfim, havendo esse reconhecimento os trabalhadores na saúde podem aumentar o alcance das redes, conectando seus serviços e os vários modos de cuidado que já dominam, as redes formadas pelos próprios usuários, integrando um sistema que vai muito além do que o pensado inicialmente. Pensando assim a rede não representa um fim em si mesma, mas ela é um dispositivo, uma ferramenta, que melhora as condições para a produção do cuidado. Os benefícios então são enormes neste conceito de redes, porque flexibiliza as relações, fortalece usuários e trabalhadores, aproveita os recursos que estes têm, principalmente de conhecimento e capacidade de se mobilizar. Tudo isto fortalece a ideia de cuidado integral, o que só é possível se for em rede.

> *"A estruturação das Redes Temáticas colocou na agenda do SUS, em todo o país, a questão do trabalho integrado das equipes, da necessidade de integração das áreas técnicas em todas as esferas da gestão e a integralidade das práticas da atenção"*

Qual a sua opinião sobre a estruturação por Redes Temáticas?

T.B.F - A estruturação das Redes Temáticas colocou na agenda do SUS em todo país a questão do trabalho integrado das equipes,

Dicas

Fique por dentro do assunto!

Assista a webconferência "A Potencialidade da Rede de Saúde", com o psicólogo e consultor da Política Nacional de Humanização (PNH), pelo Ministério da Saúde em Santa Catarina, Carlos Alberto Severo Garcia Jr. (disponível em https://goo.gl/Uecngg).

da necessidade de integração das áreas técnicas em todas esferas de gestão, e a integralidade das práticas de atenção. Trazer este tema para o centro da agenda de construção do SUS já foi extremamente importante. A partir daí é muito trabalho e especialmente muita discussão para que de fato ocorra a formação das redes, sempre atentos a que elas ocorram no plano do processo de trabalho, do cotidiano das equipes. A definição das sete redes prioritárias - Rede Cegonha, Viver sem Limites, Urgência e Emergência, Câncer de Colo, Crônicas, Atenção Psicossocial, Atenção Domiciliar - foi muito bem pensada. Sobre a prática, tudo vai depender do modo de organização das redes e da capacidade dos serviços de flexibilizarem a sua montagem, dar protagonismo aos trabalhadores e usuários, não se apegar apenas aos protocolos, efetuar um pacto interno de gestão que quebre as caixinhas e criem canais de comunicação direta entre serviços e as equipes dos mesmos. Essas para mim são as diretrizes de formação de uma rede, que nunca vai estar pronta, ela vai necessitar sempre de acompanhamento, avaliações, aperfeiçoamentos, fazer e refazer as relações de trabalho, para que seja harmônica, e represente conforto e segurança ao usuário na busca ao atendimento das suas necessidades.

"A Rede Cegonha é fantástica porque ela vem da rede materno-infantil e é uma das que tem maior tradição de serviços organizados como programa"

O que você avalia como diferencial da Rede Cegonha?

T.B.F - A Rede Cegonha é fantástica porque ela vem da rede materno-infantil e é uma das que tem maior tradição de serviços organizados como programa. Se instituí em todo país, dado uma dimensão exata da diversidade com que pode se organizar, e a diferença é a riqueza e a potência para o cuidado, pois se se pretender fazer da mesma forma em todo país, seria um fracasso retumbante. Por exemplo, a Rede Cegonha, se você vai para o norte do país, vai ver que em muitos lugares, a pessoa fundamental para a rede cegonha é a doula, cujo trabalho tem sido fundamental na assistência ao parto. Mas o trabalho da doula conta ao mesmo tempo com uma grande interação e participação da própria gestante/parturiente, ou seja, não há um suposto saber técnico que se coloca hierarquicamente acima do saber da usuária, há uma interação entre eles, uma equivalência, e o trabalho ocorre no ponto de interseção entre doula e usuária. Há uma predominância das tecnologias relacionais na assistência ao parto. Isso não dispensa o trabalho de outros profissionais em caso de alto risco, mas demonstra que pode haver uma forte interação. Acredito que o mesmo se repete em muitas regiões do país. Utilizo este exemplo apenas para fortalecer meus argumentos de que as redes podem assumir diferentes configurações, se formar a partir do protagonismo de todos, sem exceção, e está na diversidade e flexibilidade a sua grande potência para o cuidado. Usar os protocolos como referência, mas nunca como a verdade absoluta, porque mesmo sendo um suporte importante, nunca vão retratar a realidade tal como ela se apresenta no cotidiano.

Por último deixo aqui minha mensagem de esperança e entusiasmo com a proposta de organização de serviços em rede, o caminho do cuidado é por aí.

Saiba mais!

Dicas

Se você quer conhecer mais sobre as Redes de Atenção à Saúde, dê uma olhadinha nessas dicas:

- A publicação da Organização Pan-Americana de Saúde, elaborado por Eugênio Vilaça Mendes, intitulada "As redes de Atenção à Saúde". (Clique **aqui**);
- A publicação "Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS, elaborada pelo Ministério da Saúde em 2014. (Clique **aqui**)

Prevenção Quaternária

na Atenção Básica

A campanha Novembro Azul surgiu como um movimento internacional realizado por diversas entidades, visando potencializar diferentes estratégias de promoção da saúde do homem, principalmente através da conscientização sobre a importância da prevenção e do diagnóstico precoce de doenças que atingem o público masculino. O movimento, que começou em 2003 na Austrália, é encabeçado no Brasil pelo Instituto *Lado a Lado pela Vida* e pela *Sociedade Brasileira de Urologia*. O Ministério da Saúde (MS), que é a favor da abordagem integral da saúde do homem, recomenda que, embora novembro seja um mês simbólico, as ações de promoção da saúde do público masculino devem ocorrer durante todo o ano e, por isso, instituiu em 2009 a **Política Nacional de Saúde do Homem**. Porém, apesar da abrangência da campanha Novembro Azul, o seu foco prioritário no rastreamento do câncer de próstata é bastante questionado pelo MS e por profissionais e instituições respeitáveis da área da saúde, por entenderem que as evidências científicas apontam que o rastreamento do câncer de próstata (através da substância Antígeno Prostático Específico - PSA - e do exame de toque) mais prejudica do que traz benefícios aos homens.

Um exemplo disso foi um **estudo** realizado pelo centro de pesquisa *Harding Center for Risk Literacy* em 2013, que acompanhou dois mil homens e apresentou resultados importantes sobre o rastreamento do câncer de próstata. Durante onze anos de monitoramento, metade dos pesquisados não realizaram qualquer tipo de exame para detecção do câncer, enquanto os demais realizaram PSA e toque retal sistematicamente. A partir dos resultados, percebeu-se que o número de pessoas que morreram do câncer era o mesmo para ambos os grupos. Além disso, dos homens que passaram por rastreamento, 20 foram diagnosticados e receberam tratamento desnecessário e 160 tiveram resultados falso-positivos, o que significa que se tornaram suspeitos de câncer quando não o tinham e realizaram procedimentos invasivos sem necessidade. Ao final, a pesquisa revelou que 783 homens estavam bem no grupo sem rastreamento, enquanto no grupo oposto apenas 603 encontravam-se na mesma situação.

São por evidências assim que o rastreamento de câncer de próstata, que só se mostra necessário em casos específicos de sintomatologia ou histórico familiar, é contraindicado pelo MS, pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca), pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Estudos de instituições científicas respeitáveis levam essas organizações a debater a validade e os riscos que campanhas de rastreamento podem acarretar e aproveitam o momento de discussão para redirecionar o Novembro Azul para outras ações que valorizam a saúde do homem. Um exemplo disso é a estratégia utilizada pela Prefeitura de Florianópolis, que se valeu do mês de mobilização para focar na conscientização sobre o teste da sífilis.

Mas você deve estar se perguntando o que isso tem a ver com Prevenção Quaternária (P4)? A negativa ao rastreamento do câncer de próstata é um excelente exemplo de uma reflexão sobre os excessos de intervencionismo da prática dos profissionais da saúde e os danos que podem gerar: justamente o questionamento que fez surgir e sustenta toda a lógica da P4, que você conhecerá mais nessa reportagem.

O conceito de P4 foi criado pelo médico de família belga Marc Jamoulle (saiba como ele teve essa ideia **aqui**) e em 2003 foi inserido no dicionário da Organização Mundial de Medicina Familiar (*WONCA - World Organization of Family Doctors*, sigla em inglês) com a definição de "ação tomada para identificar um paciente sob o risco de medicalização excessiva, para protegê-lo de novas invasões médicas, e para sugerir intervenções eticamente aceitáveis".

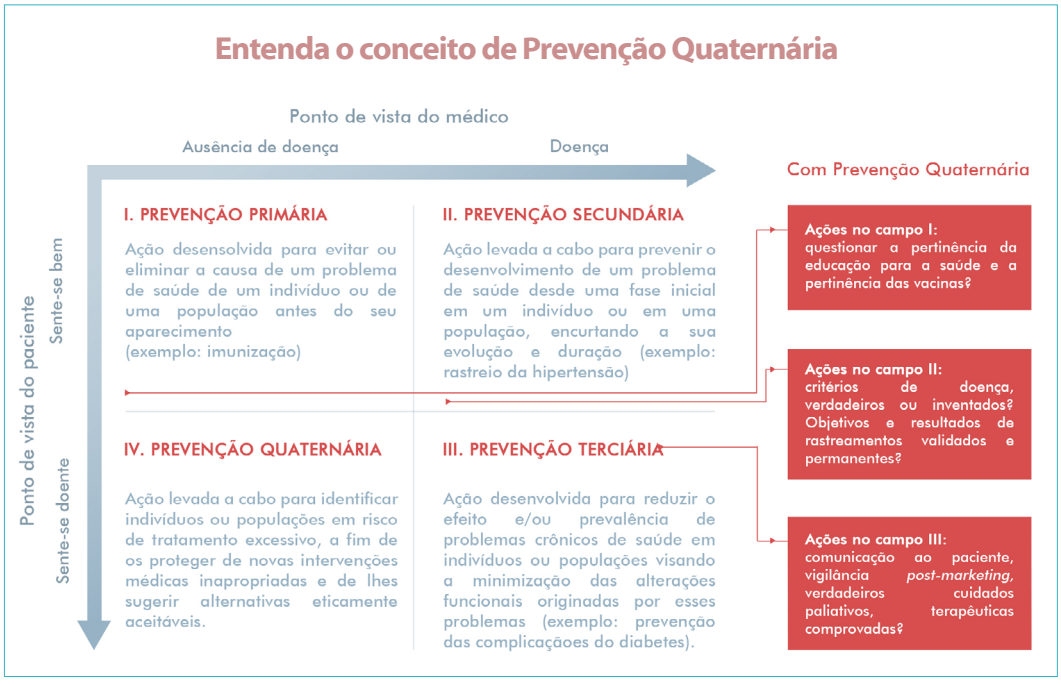
Para se ter uma ideia da abrangência e da necessidade dessa reflexão, a iatrogenia clínica (que corresponde aos danos originados por intervenções médicas ou de qualquer profissional de saúde no indivíduo) cresceu tanto, que ganhou dimensão populacional, tornando-se recentemente a terceira maior causa de morte nos Estados Unidos da América, de acordo com um estudo divulgado no *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, periódico de maior circulação no mundo médico. A P4 surgiu como resposta a essas situações de adoecimento iatrogênico e consiste no último tipo de prevenção à saúde: combater e atenuar as consequências do excessivo intervencionismo diagnóstico e terapêutico.

Assim, começou-se a questionar o caráter medicalizador e intervencionista da prática médica e a considerar as limitações e malefícios desta. Segundo o médico de família Armando Henrique Norman, existe certa ingenuidade da população e de alguns profissionais da área da saúde de que a biomedicina é inócua. "Eles tem um olhar muito positivo, e não um olhar mais pragmático, de considerar os prós e contras de cada intervenção", afirma.

Sendo um dos fundamentos da medicina o *primum non nocere* ("primeiro não prejudicar"), os profissionais devem refletir sobre o conceito da P4 diante de qualquer opção preventiva ou curativa, a invenção de doenças, o uso irracional de antibióticos, enfim, uma lista imensa de exemplos. Por isso há a necessidade de os profissionais se apropriarem e terem uma leitura reflexiva das melhores evidências científicas, se valerem de uma medicina protetora e promoverem um atendimento centrado no indivíduo. Para o médico de família, Ronaldo Zonta, que trabalhou por oito anos com a mesma população no Centro de Saúde do Saco Grande, em Florianópolis, e hoje atua no Departamento de Atenção Primária do mesmo município, a P4 é uma ferramenta e um modo de exercer a medicina. "Quando você se aproxima do conceito de P4 na sua prática, ela traz um olhar diferente para o seu modo de atuação clínica e também para a atuação dos outros profissionais", conclui.

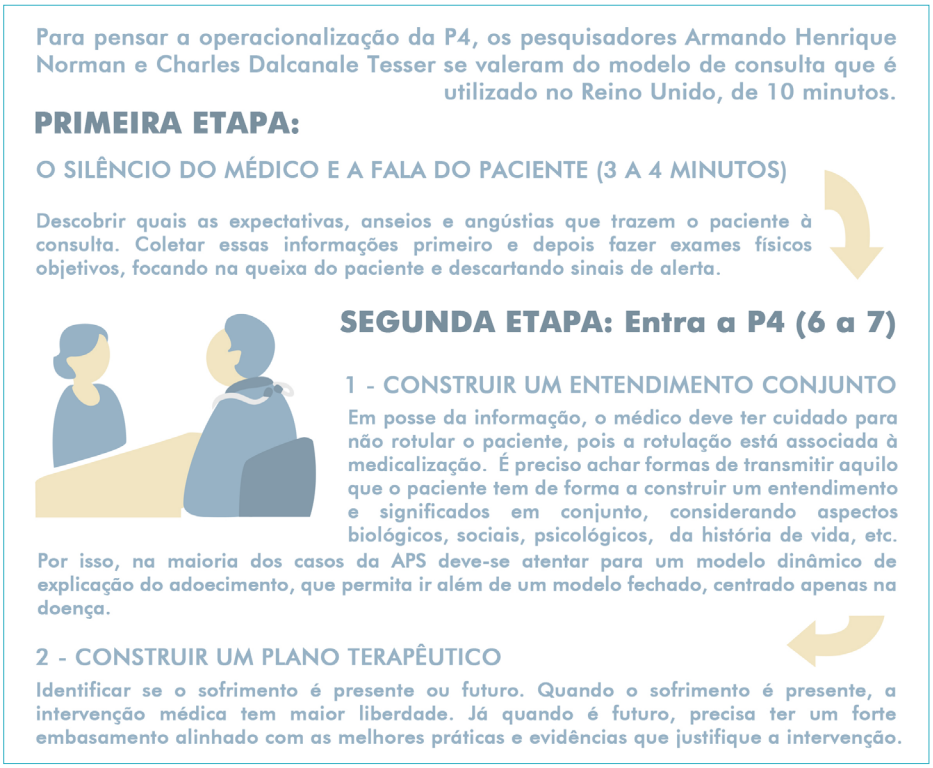
Mudanças na prática

A primeira percepção do médico Ronaldo quando se aproximou do conceito da P4 foi que muito da sua prática podia ser mais danosa do que benéfica, mesmo muitas vezes sendo respaldada por recomendações de sociedades médicas, de protocolos clínicos, etc. O que implica em resistir a consensos e guias práticos sem fundamento científico, questionar a comercialização da saúde e as estratégias de incorporação utilizadas pela indústria farmacêutica para impregnar-se na rotina dos profissionais e na formação da opinião pública, que acaba influenciando na condução dos atendimentos. A partir dessa reflexão, diversas situações comuns no cotidiano do profissional da Atenção Primária à Saúde (APS) são colocadas em cheque por seus prejuízos significativos: excesso de programas de rastreamento, muitos com fraco



embasamento científico ou mesmo sem resultados satisfatórios, exagero na solicitação de exames complementares e diagnósticos, abusiva medicalização de fatores de risco, entre outros (veja o artigo **Prevenção quaternária na atenção primária à saúde**).

Pensando em dar fundamentação aos conceitos da P4 na prática, Armando Henrique Norman e Charles Dalcanele Tesser, médico e professor do Departamento de Saúde Pública da UFSC, especialista em medicina preventiva e social, idealizaram um modelo de atendimento no artigo **P4 na Consulta Médica** no qual esse tipo de prevenção é inserido (ver ilustração acima). De maneira resumida, a primeira etapa do atendimento consiste na escuta do paciente, momento em que o profissional busca entender as expectativas e anseios que trazem a pessoa à consulta e, a partir disso, realiza o exame físico objetivo. Após isso, na segunda etapa, é onde entra a P4: será construído um entendimento conjunto sobre o que o paciente tem. "O exemplo simples é o paciente que entrou na consulta, medimos sua pressão, e ao invés de falarmos que ele está hipertenso, o que já implica em um rótulo, podemos falar que ele está com uma variação na pressão arterial, que será observada e acompanhada, ou seja, tentarmos construir em conjunto um significado do que esse paciente está vivenciando", explica Armando. Assim, o plano terapêutico deve levar em consideração se o sofrimento do paciente é presente ou futuro, o que justifica uma postura mais intervencionista ou mais conservadora por parte do profissional. No caso específico da pressão arterial, estamos lidando com um fator de risco. Essa distinção entre sofrimento presente e preocupação com o futuro é fundamental na contextualização da P4 na prática. Isso também se aplica ao tema do Rastreamento.



Rastreamento

Além dessa nova leitura da consulta, outros procedimentos podem ser repensados no sentido de causar o mínimo de intervenções no paciente, especialmente naqueles em que há pouco embasamento científico e muitos interesses, principalmente da indústria farmacêutica, como o caso de alguns programas de rastreamento.

A prática do rastreamento consiste na realização de testes ou exames diagnósticos em populações e pessoas sadias (assintomáticas) visando o diagnóstico precoce, a identificação e controle de riscos. O médico de Família e Comunidade Charles Dalcanele Tesser afirma que a mamografia é um exemplo atual e polêmico da promoção de rastreamentos com fraca evidência científica. Segundo ele, que também é professor UFSC e atualmente faz pós-doutorado na Universidade de Coimbra em Portugal, quase todas as instituições no Brasil e na maior parte do mundo recomendam rastreamento de câncer de mama por mamografia até hoje, apesar de haver um acúmulo nos últimos quatro anos de boas evidências que põem em dúvida esse procedimento, que implica em recursos públicos. "No caso da prevenção, se você está com uma dúvida consistente, você está autorizado, ou mais, você deve ter uma conduta conservadora de não fazer o procedimento. Então, analisando assim, já há motivo suficiente para não se realizar mamografia, mas ninguém conversa sobre isso no Brasil, enquanto no mundo existe toda uma polêmica na literatura científica", problematiza.

Como consequência de campanhas de rastreamento sem eficácia comprovada, nas quais

podem ocorrer identificação de alterações sem relevância clínica, se criam situações de estresse e efeitos psicológicos danosos para a população atingida por essas ações. No caso da mamografia, adverte Armando, estamos colocando mulheres saudáveis com medo de algo no futuro. "Dependendo dos riscos e da experiência de vida da paciente, podemos solicitar a mamografia. O que não deveria ocorrer são programas de rastreamento generalizado (populacionais), ou seja, são coisas diferentes: não é negar a tecnologia, o que a P4 promove é uma construção coletiva, do profissional de saúde e do paciente na busca de uma alternativa eticamente responsável", explica Armando, que atualmente faz Doutorado pela Durham University, no Reino Unido, na área de Antropologia Médica, trabalhando entre outros temas com a P4.

Excesso de exames complementares e sobrediagnósticos

Outra conduta comum entre os profissionais, já enraizada na população, é solicitar exames complementares desnecessários, que contribuem para uma situação de sobrediagnósticos (excesso de novos diagnósticos sem nenhum impacto na mortalidade). É o que ocorre em relação à epidemia de casos de câncer de tireoide na cidade de Florianópolis, como relatado pelo membro da Coordenação de Prevenção e Vigilância do Câncer no INCA, Ronaldo Corrêa Ferreira da Silva, em entrevista ao Telessaúde em abril de 2015 (veja a entrevista completa **aqui**).

Para Charles, nesse caso em específico, primeiro é preciso retomar uma discussão muito importante para a P4: a diferença entre a clínica de adoecidos e a prevenção, cuidados bastante distintos que estão se aproximando cada vez mais na prática. "No caso do câncer de tireoide, você tem um exemplo típico de um excesso de solicitação de exames complementares, que em geral é um cuidado clínico a alguém adoecido em investigação, não é um exame preventivo, pois não há base alguma para fazer exame da tireoide como prevenção ou rastreamento", explica.

Essa epidemia de diagnósticos implica em novas intervenções que não tem impacto na mortalidade e acabam revelando anomalias clinicamente insignificantes. Segundo Charles, a detecção de um reservatório de doenças que não teriam consequências clínicas na vida da pessoa, mas que quando aparecem reveladas por exames, desencadeiam uma cascata de práticas diagnósticas e terapêuticas, pois não há como saber quais terão ou não efeitos no futuro. A maioria das pessoas nessa situação acaba sendo tratada, o que as tornam instantaneamente doentes, embora não possuam nada clinicamente relevante.

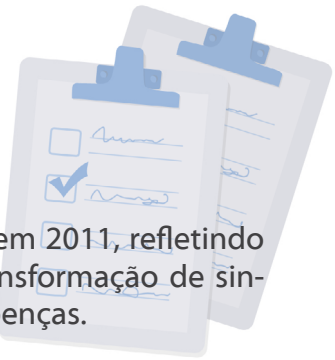
Os fatores que contribuem para a detecção dessas mínimas alterações são a crescente sofisticação da tecnologia utilizada na área da saúde e a postura dos profissionais ligada a uma infeliz tendência, que vem de muitas décadas, de desvalorizar a clínica desarmada e generalista. O que significa seguir uma tradição de primeiro praticar as intervenções, causando muitos danos desnecessários, para depois descobrir sua ineficácia. "Infelizmente isso ainda não é uma consciência disseminada nos profissionais, porque nisso talvez a maioria deles ainda seja parecida com a população: têm uma fé ingênua na ciência e na tecnologia", argumenta Charles.

> *"Não é negar a tecnologia, o que a P4 promove é uma construção coletiva, do profissional de saúde e do paciente na busca de uma alternativa eticamente responsável"*

Ele explica que "a anamnese resolve cerca de 60 a 70% dos diagnósticos, mais 10% que se resolve com o exame físico dirigido, e só uma menor parte, de 15 a 20%, no máximo 30% (variando conforme o tipo de problema), aproximadamente, vai precisar de exame complementar. Só que muitos médicos e a população adoram os exames".

Medicalização

O excesso de diagnósticos tem como consequência direta outro fator constantemente questionado pela P4, a medicalização excessiva. Um debate bastante atual levado pelos profissionais que trabalham respeitando a lógica da P4 é a transformação de fatores de risco e eventos fisiológicos em doenças, ou seja, a medicalização das características associadas ao



risco de desenvolvimento de uma doença. Uma prova disso é que fatores de risco, como a hipertensão arterial, agora estão sendo considerados, quase que instantaneamente, como patologias.

O tratamento de pessoas com hipertensão leve, público que mais frequenta os centros de saúde de Florianópolis de acordo com dados da Coordenadoria do Curso de Medicina da UFSC informados pela Secretaria Municipal de Saúde, é um bom exemplo para pensar a tradição intervencionista da clínica que preza pela medicalização. Para Charles, muitos hipertensos leves (que consistem em aproximadamente 70% dos hipertensos) não precisariam ser atendidos como se fossem doentes prioritários, e sim necessitam mais de orientações para promoção da saúde. "Não quero dizer que se deve parar de tratar os hipertensos leves, deve tratar, mas não necessariamente com medicação, pois poderia se investir em outras formas de abordagem que incluíssem intervenções coletivas, sociais, culturais, conforme a cultura local de cada comunidade, explorando lazer, esporte, cultura, práticas integrativas e complementares, etc", problematiza o médico. Isso significa construir com o paciente um sentido, uma explicação do motivo porque ele tem pressão alta, o que possibilita outras formas de trabalhar esse diagnóstico.

Charles também cita outro caso significativo de estímulo à medicalização que ocorreu há alguns meses no Reino Unido, quando o instituto NICE (National Institute for Health and Care Excellence), órgão famoso no mundo pela produção dos guias clínicos para a atenção primária inglesa, decidiu indicar estatina (uma droga que diminui o colesterol) para as pessoas com risco cardiovascular a partir de 10%, como forma de prevenção primária. De acordo com o médico, "isso significa a produção de milhões de pessoas que ficam doentes de um dia para o outro, por decreto, e que passam a tomar uma droga cujo efeito colateral não é desprezível e cujo benefício é quase que desprezível". Um **artigo** lançado recentemente apenas reafirma o efeito insignificante do uso de estatina como prevenção primária, pois aumenta apenas três dias de vida nas pessoas que a usam, ou seja: quase não gera impacto, mas cria um mercado imenso para a indústria farmacêutica.

Criar tratamentos que rotulam as pessoas como doentes de um momento para outro está diretamente relacionado com a modificação do conceito de doença ao longo do tempo. Com os limites da intervenção médica gradativamente reduzidos, a medicalização de estados pré-doença e dos fatores de risco são exemplos evidentes de que a margem de diferenciação entre o que é ser doente e ser saudável está cada vez menor, justificando intervenções precoces que geram danos desnecessários. Como afirmou Juan Gérvas em **entrevista** ao site El Correo, "como há cada vez mais medicamentos para tudo, cada vez é mais difícil estar saudável". O médico não estava errado, pois, para se ter uma ideia, a Classificação Internacional das Doenças (CID) viu o seu número de itens passar de trezentos para 15.000 em 2011, refletindo a intensa transformação de sintomas em doenças.

Como mudar

A solução para contrariar essa tendência exagerada de medicalização, além da prática excessiva de rastreamentos e de exames complementares que acarretam em sobrediagnósticos, está na mudança da prática clínica, principalmente quando centrada na AB. A abordagem focada na pessoa, a longitudinalidade e a medicina baseada em evidências são alguns caminhos que conduzem os profissionais a repensarem criticamente suas ações, independente do nível de atenção em que atuam.

Essas mudanças na prática implicam diretamente na relação do profissional com o paciente e se tornam um desafio a ser vencido através da comunicação, prezando por empoderar a população com as informações confiáveis para a tomada de decisão. A partir do momento que o médico, por exemplo, deixa de indicar alguma intervenção que fazia parte da sua rotina, é preciso dialogar para construir uma nova alternativa em consenso com o paciente, em que este seja protagonista do seu cuidado. O profissional precisa estar seguro e seguir as melhores evidências científicas, isentas de interesses, para transferir essa confiança à pessoa que atende. "Temos que fazer indicações individualizadas, então há uma maior personificação da relação médico-paciente, na qual você tem que aprender a explicar as evidências da forma mais objetiva e que faça sentido para a pessoa", explica Ronaldo.

Dessa forma, é possível explorar diferentes formas de construir estratégias com o paciente, levando em consideração seu contexto e sua bagagem sociocultural na elaboração do seu plano terapêutico. O médico Armando afirma que alguns profissionais culpam seus pacientes por não mudarem seus estilos de vida. Esse ideal de responsabilizar somente o paciente por essas mudanças, geralmente desconsidera os fatores socioeconômicos limitantes que afetam o estado de saúde das pessoas. Por exemplo, costuma-se culpar os pacientes por não conseguirem baixar o nível de colesterol ou por não pararem de fumar, muitas vezes refletindo mais uma preocupação do médico para com a saúde futura desses pacientes, do que um cuidado atento para com as demandas reais de saúde das pessoas. Por isso, conclui ele, "é preciso respeitar as escolhas que os pacientes fizeram na vida, porque estas decorrem das condições em que eles vivem, o que não significa desistir de implementar mudanças, mas, significa ter sensibilidade".

Longitudinalidade

Durante esse processo de mudança, o tempo é um grande aliado e consiste numa das vantagens dos médicos de Família e Comunidade, por terem um trabalho contínuo nas localidades e se valerem disso para construir uma relação de credibilidade com os pacientes. "Você não vai conseguir fazer todas as mudanças no primeiro encontro, é um trabalho de formiguinha, e é esse processo de ir e voltar que refina o entendimento da pessoa, a necessidade dela e faz com que o médico se sinta mais seguro", explica Armando.

Um dos princípios para a longitudinalidade funcionar é a garantia do acesso fácil aos serviços de saúde, ou seja, a possibilidade do paciente voltar à unidade para dizer se piorou ou melhorou e, assim, mudar de estratégia. Isso significa monitorar os indivíduos, principalmente aqueles que apresentam sintomas inespecíficos, não possuem necessidade de intervenção imediata para conter algum tipo de sofrimento e que o embasamento científico para adotar procedimentos é fraco. Nesses casos, durante a chamada "demora assistida" ou "demora permitida", estima-se que na APS 40% dos pacientes que trazem um novo problema ao médico de família melhoram sem que seja estabelecido um diagnóstico específico. Infelizmente um complicador para essa prática é o fato de que as pessoas ficam pouco tempo assistidas por um mesmo médico ou uma mesma equipe.

Uma lógica para todos

Apesar dos médicos serem muito citados, não se pode limitar a eles a prática iatrogênica, pois o trabalho em saúde é realizado em equipe por diversas profissões, todas com potencial de gerar danos. "Um fonoaudiólogo pode indicar exames desnecessários que causam falsos dilemas para o paciente; um enfermeiro pode ter algo de uma visão formatada pela medicina intervencionista e pela cultura do medo que resulte numa indicação errônea de exames; um psicólogo mal indicado pode não trazer benefícios; uma nutricionista pode influenciar no diagnóstico de doenças imaginárias ou, sobretudo no segmento da nutrição fitness, promover uma série de intervenções e restrições alimentares duvidosas, enfim, os prejuízos estão presentes no trabalho de todos os profissionais da saúde", argumenta Ronaldo.

A receita é simples: avaliar danos versus benefícios. Como se viu até aqui, entretanto, muitos fatores influenciam nesse cálculo, como o uso de evidências científicas isentas, a abordagem centrada na pessoa, a valorização da relação profissional-paciente. Significa investir no olhar generalista, resistir a abusos e modismos presentes na prática e buscar recursos até mesmo em outras áreas do conhecimento, que possam potencializar o atendimento. "É necessário fazer um movimento de orientação da população e de reforma dos profissionais, para esses promoverem uma clínica melhor, que dá mais trabalho, mas é muito mais efetiva, resolutiva e mais protetora do paciente", afirma Charles. Parece novidade, acrescenta ele, mas esse é o grande ponto da P4: "ela sempre se baseou nos valores implícitos e discursivos da medicina, como o *primum non nocere* ("primeiro não prejudicar"), mas que precisam ser retomados e de fato postos em prática".

É hora de sorrir!

Conheça o trabalho dos "Terapeutas da Alegria", voluntários que levam diversão aos pacientes do Hospital Universitário em Florianópolis

O jaleco branco ganha detalhes coloridos. No rosto, o nariz vermelho chama a atenção. O silêncio dos corredores do hospital é quebrado pelas gargalhadas. Os pacientes sabem: toda segunda-feira é dia de consulta com os Terapeutas da Alegria!

Por onde eles passam, a receita é a mesma: felicidade. Para despertar o sorriso dos pacientes, o tratamento é intenso: piadas, danças, imitações. Assim, um a um, os quartos do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU) se tornam ambientes mais divertidos. Não se pode fugir do clichê, o riso é realmente o melhor remédio.

Nesta reportagem fotográfica, você conhecerá um pouco do trabalho dos Terapeutas da Alegria, um projeto desenvolvido pelo **Núcleo de Humanização, Arte e Saúde (NuHAS)**, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que reúne voluntários empenhados em distribuir muitos sorrisos.

A preparação dos voluntários, em sua maioria estudantes da universidade, começa em uma sala do NuHAS, no Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSC. Lá, as mochilas e livros dão lugar à maquiagem e às roupas extravagantes. No dia dessa reportagem fotográfica, acompanhamos sete voluntários, ou melhor, tivemos o prazer de conhecer sete divertidos personagens: Dra. Boneca, com seus olhos reluzentes e sua coroa de princesa; Esbornia Florentina Dejesus, com seus lindos cabelos coloridos; Felina, dona de orelhas de gata e laço no pescoço; Florinda, "Flô", com sua abundante flor no cabelo e suas bochechas rosadas; Docinho, a menina dos óculos de bolinhas coloridas e de tranças arrepiadas; e Sidó Rémi, que vai remando pelos corredores do hospital com seu ukulele. Sem esquecer o futuro Dr. Kurakuka, que por enquanto é um palhaço estagiário, pois ainda está fazendo sua formação em "besteirologia".

Esses são alguns dos mais de cem personagens que já passaram pelos Terapeutas da Alegria nos últimos dez anos. O processo de construção de cada um leva cerca de um ano. Os jovens precisam desenvolver habilidades corporais e linguísticas e construir seus personagens atentando para todas as características físicas e psicológicas. Na parte final desse processo, os voluntários começam a visitar o hospital e entrar em contato com os pacientes. Quando isso acontece, uma vez caracterizado para entrar em ação, o voluntário dá lugar ao seu personagem e não sai dele enquanto estiver com o nariz vermelho. Por isso, o caminho que percorremos até o HU foi repleto de piadas e gargalhadas compartilhadas com as pessoas que passavam pela rua.

Dica!

Gostou do projeto e quer ser um terapeuta da alegria também? As inscrições para participar abrem todo início de semestre. Acompanhe o **site** e a **fanpage** do projeto e fique de olho na data para inscrição!

Já no hospital, os terapeutas recebem as boas-vindas carinhosas dos funcionários da instituição. Eles se dividem em duplas ou trios, pedem autorização e conversam com as enfermeiras sobre os quartos a serem visitados, e começam a diversão!
A personagem Dra. Boneca (na foto acima) caminha sorridente pelos corredores do hospital com seu violão roxo, batendo de porta em porta e arrancando sorrisos dos pacientes em conversas que duram cerca de dez minutos.

click!

De quarto em quarto, os Terapeutas da Alegria visitam quase todas as pessoas hospitalizadas no HU. Crianças, jovens, adultos e idosos, alguns participativos e outros mais tímidos, logo todos acabam entrando na brincadeira e terminam agradecendo a visita.

Dica!

Como você e sua equipe praticam a humanização na sua unidade de saúde? Não é preciso fantasia, às vezes pequenas mudanças nas atitudes rotineiras contribuem para que os usuários se sintam mais acolhidos!

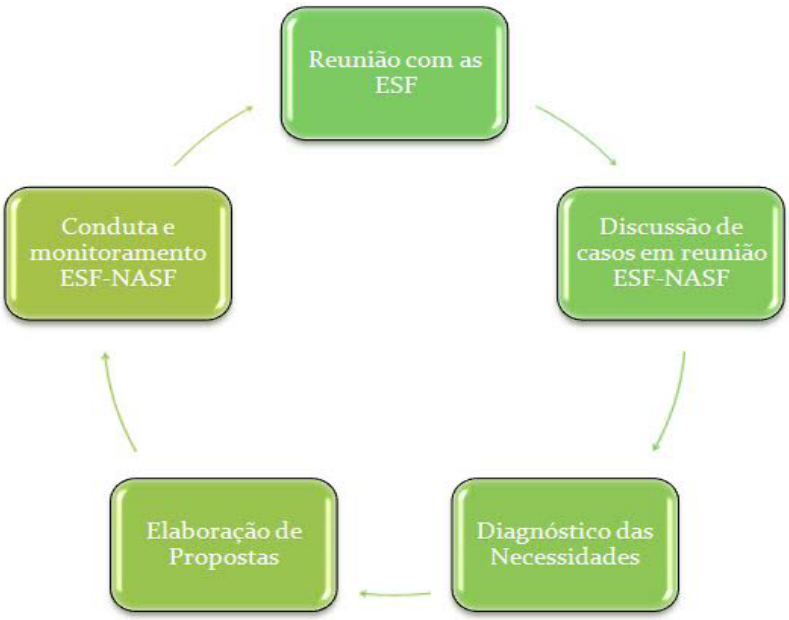
No final das visitas, é hora de retirar o nariz de palhaço e sair do personagem, deixando toda a carga emocional das experiências vividas. Assim, Dra. Boneca volta a ser Monique Rocha, servidora da UFSC; por baixo dos cabelos longos de Florentina, surge a fotógrafa Clara Fernandes; Docinho sem seus óculos coloridos é a graduanda de química Cristina Favaretto; Felina volta a ser a mestranda em filosofia Felini de Souza; Flô é a graduanda de medicina Gabriela Moura da Silva; Sidó Remí deixa o ukulele e vira César Otávio Bertoncini, graduando em farmárica; e o estagiário e futuro Dr. Kurakuka é mais conhecido como o recepcionista Bruno Hissashi Moriwaki. As fantasias são guardadas, mas os sorrisos que eles espalharam vão continuar ecoando pelo HU e dando um pouco de leveza à quem passa por momentos difíceis. Afinal, para se ter saúde, também é preciso ser feliz.

PERGUNTA DESTAQUE:
saiba mais sobre a reunião de matriciamento

Como estruturar uma reunião de matriciamento?

O apoio matricial, ou matriciamento, é uma estratégia de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração entre equipes consideradas referências para o cuidado de uma determinada população com equipes ou profissionais com outros núcleos de conhecimento, considerados necessários e importantes para a qualificação do cuidado e o aumento de sua resolubilidade em uma determinada realidade[1]. Essa relação pode se dar, por exemplo, entre profissionais responsáveis por uma enfermaria hospitalar e equipes de um ambulatório especializado ou entre as equipes de Saúde da Família (eSF) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Nessa resposta, especificaremos como pode se estruturar uma reunião de matriciamento entre as duas equipes de Atenção Básica anteriormente citadas.

Nesse contexto, recomenda-se que as reuniões de matriciamento entre profissionais que compõem o NASF e as eSF vinculadas ocorram no mínimo mensalmente (ressaltando-se que a periodicidade das reuniões depende da modalidade de NASF implantada)[1]. Sua estruturação pode variar de acordo com as necessidades e experiências vivenciadas em cada local. Em alguns municípios, a melhor



configuração é aquela em que não participam da mesma reunião mais do que dois profissionais do NASF para possibilitar que todos os casos e demandas para as diferentes categorias profissionais possam ser discutidas com mais profundidade; em outros, prefere-se que a reunião de matriciamento das eSF aconteça com a presença de toda a equipe NASF concomitantemente, de maneira a possibilitar a maior integração interdisciplinar possível nas discussões de casos e/ou temas realizados. Além disso, podem ser utilizados espaços de reuniões já existentes das próprias eSF apoiadas ou serem criados novos espaços de matriciamento, a depender da realidade local (no caso da criação de novos espaços, sugere-se a participação do maior número possível de profissionais do NASF em cada reunião)[1].

> *"Recomenda-se que as reuniões de matriciamento entre profissionais que compõem o NASF e as eSF vinculadas ocorram no mínimo mensalmente"*

Nas reuniões, pode-se seguir o seguinte esquema de organização: a) Discussão de casos ou temas levantados

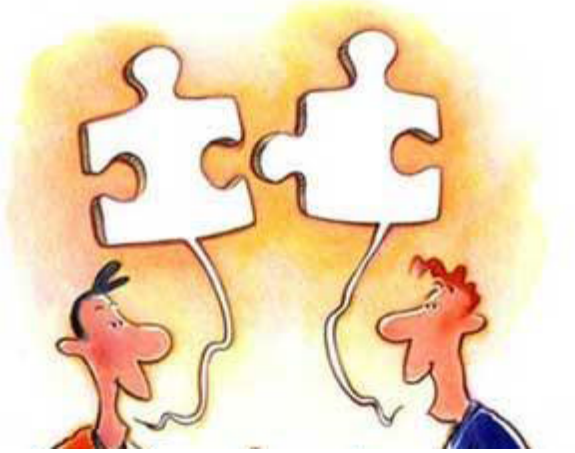
pelos profissionais das eSF ou do NASF a partir das necessidades vivenciadas localmente; b) Diagnóstico das necessidades referentes aos casos ou temas discutidos; c) Levantamento de ações já realizadas pela eSF/NASF/outros serviços de saúde ou setores da sociedade e resultados alcançados; d) Elaboração de propostas entre NASF e eSF; e) Pactuação de ações entre profissionais do NASF e eSF; f) Monitoramento e avaliação das ações realizadas e repactuação de ações (momento de devolutiva sobre as ações realizadas anteriormente e de realização de novas pactuações necessárias)[1].

As reuniões de matriciamento devem ser pautadas em uma relação dialógica e horizontal entre os profissionais que compõem as equipes envolvidas e estar baseadas em uma abordagem centrada na pessoa e com enfoque intersubjetivo e interdisciplinar[1]. Para isso, a postura do profissional que realiza o matriciamento deve ser a de estimular a troca de conhecimentos com os profissionais das eSF, favorecendo a educação permanente desses profissionais e o aumento de sua capacidade de resolução na Atenção Básica[2].

" As reuniões de matriciamento devem ser pautadas em uma relação dialógica e horizontal entre os profissionais que compõem as equipes envolvidas e estar baseadas em uma abordagem centrada na pessoa e com enfoque intersubjetivo e interdisciplinar"

Além disso, para a realização de reuniões de matriciamento, é necessário: uma sala que comporte todos os integrantes da eSF e profissionais do NASF presentes; prontuário dos usuários cujos casos serão discutidos; recursos audiovisuais e outros materiais necessários para a discussão de temas; ata das reuniões ou outra forma de registro das pactuações realizadas; dados concernentes às discussões a serem realizadas[1]. Ainda, sua realização depende de horário protegido na agenda dos profissionais envolvidos, organização inicial das eSF para definição de casos, demandas e propostas para matriciamento e do próprio NASF para devolutivas de casos acompanhados ou cumprimento de ações previamente pactuadas[1].

A organização das reuniões de matriciamento, por fim, deve favorecer sua implantação nos municípios de maneira a tornar-se um importante dispositivo para o trabalho integrado. Dessa forma, deve se configurar como um espaço de ocorrência periódica destinado à problematização, ao planejamento, à programação e à execução de ações colaborativas entre NASF e eSF[1].



Evidências e referências

1 - Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica – Núcleo de Apoio à Saúde da Família/ Volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf [acesso em 19 fevereiro 2015].

2 - Brasil. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Chiaverini, DH org. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3231.pdf [acesso em 19 fevereiro 2015].

Profissional solicitante: Fisioterapeuta
Categoria da Evidência: D
Descritores DeCS: Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família
Descritores CIAP2: A62
Responsabilidade/Autor: Equipe Telessaúde SC

PERGUNTA DESTAQUE:
atendimentos individuais específicos do NASF

Quais as recomendações para a realização de atendimentos individuais específicos pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família?

Para a realização de atendimentos individuais específicos pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) deve-se considerar que seu processo de trabalho deve estar pautado no apoio matricial às equipes de Saúde da Família (eSF) vinculadas[1,2]. Considerando que os atendimentos individuais específicos desses profissionais são aqueles realizados apenas pelo profissional do NASF, na lógica do apoio matricial essas ações devem ocorrer após regulação e pactuação com as eSF, atrelado a um projeto terapêutico produzido conjuntamente.

Por conseguinte, para atendimentos individuais específicos, os profissionais do NASF devem dispor de momentos em sua agenda para realizá-los considerando-os como parte de um conjunto de ofertas de ações que devem ser disponibilizadas e não sua única e exclusiva forma de atuação na Atenção Básica/Atenção Primária (AB/APS)[2]. A periodicidade de realização dos atendimentos de cada categoria que compõe o NASF pode variar, conforme a necessidade local e as especificidades de cada profissão, mas sua disposição na agenda não deve prejudicar a realização de outras ações previstas dentro do escopo de atuação desses profissionais na AB/APS[2]. Em geral, quando o número de equipes vinculadas é menor e/ou quando a rede de saúde se demonstra insuficiente, a possibilidade de realizar tais atendimentos é maior[2].

O acesso dos usuários aos atendimentos específicos dos profissionais do NASF deve ser regulado pela eSF, ou seja, o NASF não é porta de entrada na AB/APS. Dessa forma, essas ações devem ocorrer preferencialmente a partir de discussões de caso, o que deve promover uma ampliação das possibilidades de atuação para além do atendimento do NASF e, inclusive, a educação permanente da eSF[2,3].

> *" A negociação, o diálogo contínuo, a postura ética e a corresponsabilização por parte dos envolvidos se torna primordial"*

A existência de critérios para acesso aos atendimentos específicos dos profissionais do NASF é recomendada, devendo servir como facilitador do diálogo e das pactuações entre as eSF e profissionais do NASF[2]. Importante ressaltar que devem ser flexíveis por se tratar de uma lógica em que os casos podem apresentar singularidades que vão além do que foi definido previamente[2]. Além disso, indica-se o uso de mecanismos de devolutiva dos casos atendidos exclusivamente pelo NASF às equipes apoiadas (através de prontuários, listas de pessoas em acompanhamento, discussão em reuniões de matriciamento ou outros meios)[2], de maneira a fomentar a coordenação do cuidado pelas eSF.

A discussão e a pactuação das ações a serem realizadas conjuntamente com as eSF, consideradas referência para o cuidado da população na AB/APS, deve possibilitar, ainda, a ampliação de ações tendo como base a integração entre NASF e equipes apoiadas[2]. Nessa lógica, a negociação, o diálogo contínuo, a postura ética e a corresponsabilização por parte de todos os envolvidos se torna primordial para buscar responder às necessidades e aos problemas de saúde dos usuários com base no compartilhamento do cuidado e no fomento à integralidade da atenção[2].

Evidências e referências

1 - Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Caderno de Atenção Básica n. 27. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf [acesso em 16 setembro 2015].
2 - Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica n. 39: Núcleos de Apoio à Saúde da Família – volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf [acesso em 16 setembro 2015].
3 - Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde: Brasília; 2012. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf [acesso em 11 outubro 2015].

Caracterização da pergunta
Categoria da Evidência: D
Profissional solicitante: Farmacêutico
Descritores DeCS: Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família
Descritores ICPC2: A46, A62
Teleconsultor: Equipe Telessaúde SC.

PERGUNTA DESTAQUE:
função do NASF no Programa Saúde na Escola

Qual o papel do NASF no Programa Saúde na Escola?

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial entre educação e saúde que compreende a escola como espaço privilegiado de práticas de promoção de saúde e prevenção de agravos e doenças, por meio de ações compartilhadas que têm como corresponsáveis atores de ambos os setores[1]. Nesse contexto, o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) pode atuar com as equipes de Saúde da Família (eSF), de maneira integrada e apoiando-as com base nas diretrizes do apoio matricial, compondo ações para faixas etárias e necessidades em saúde variadas. Portanto, no PSE a atuação dos profissionais do NASF deve se dar de maneira colaborativa com as eSF, dividindo a responsabilidade sobre a situação de saúde de seu território[2]. São consideradas atribuições dos profissionais do NASF nesse âmbito[2]:

• "Apoiar os profissionais das eSF a exercerem a coordenação do cuidado do escolar em todas as ações previstas no PSE;

• Participar da construção de planos e abordagens terapêuticas em comum com os profissionais das eSF, de acordo com as necessidades evidenciadas pela equipe;

• Realizar com as eSF discussões e condutas terapêuticas integrativas e complementares;

• Estimular e acompanhar as ações de controle social em conjunto com as eSF;

• Identificar e articular conjuntamente com as eSF e professores uma rede de proteção social com foco nos escolares;

• Discutir e refletir permanentemente com as eSF a realidade social e as formas de organização dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com adversidades e potencialidades;

• Exercer as atribuições que lhes são conferidas em documentos específicos que tratam sobre o NASF".

Para a realização dessas atribuições, o NASF deve lançar mão das diferentes ações que pode executar na Atenção Básica, pactuando as estratégias que serão utilizadas em conjunto com as equipes apoiadas, visando alcançar o melhor resultado possível no cuidado oferecido aos escolares[1].

Entre estas ações podemos citar: atendimentos individuais, grupos, visitas domiciliares, ações de articulação intersetorial e discussão de casos.

Os assuntos abordados podem variar, podendo, por exemplo, abarcar temas estratégicos com pais, estudantes e professores das escolas, nos vários ciclos do Ensino Fundamental[1]:

• 1º ciclo (6 aos 9 anos): saúde bucal, promoção da saúde fonoaudiológica, problemas de aprendizagem e desenvolvimento, acompanhamento vacinal, doenças comuns da infância, alimentação e nutrição, entre outros;

• 2º ciclo (10 aos 15 anos): sexualidade, Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, gravidez, álcool e outras drogas, violência, alimentação e nutrição, problemas de pele e outras questões de saúde características na adolescência.

Outra possibilidade de organização do PSE é a composição de grupos regulares de escuta de problemas do cotidiano escolar[1]. Tais grupos são formados por profissionais da Atenção Básica (eSF e NASF) e da creche ou escola para debater as problemáticas e definir os encaminhamentos conjuntamente[1]. Nesses espaços, os profissionais do NASF devem apoiar as equipes de saúde e educação a partir de problemas ou demandas e pactuações conjuntas, em sintonia com as diretrizes estabelecidas para sua atuação na AB[1].

Evidências e referências

1 - Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família Volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Cadernos de Atenção Básica no 39. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf [acesso em 08 novembro 2014].

2 - Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica no 24 – Saúde na Escola. Brasília: da Saúde; 2009. Disponível em http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad24.pdf [acesso em 08 novembro 2014].

Caracterização da pergunta
Categoria da Evidência: D
Profissional solicitante: Farmacêutico
Descritores DeCS: Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família
Descritores ICPC2: A62
Teleconsultor: Equipe Telessaúde SC.

Dicas

Feliz Natal e Ano Novo!

A equipe do Núcleo Telessaúde de Santa Catariana deseja a todos um ótimo Natal e um Ano Novo cheio de realizações! Aproveitamos para reforçar nosso compromisso com você e contamos com a sua participação para continuar melhorando nossos serviços no próximo ano!

Parabéns!

Os profissionais da equipe de Saúde da Família de Presidente Castello Branco foram os que mais participaram dos serviços do Telessaúde no último ano! A equipe foi premiada, juntamente com os municípios de Vargem Bonita (2º lugar) e São Miguel da Boa Vista (3º), no dia 20/11, em Florianópolis. A participação foi contabilizada a partir do número de teleconsultorias realizadas de setembro de 2014 até setembro de 2015. Na próxima edição do Telessaúde Informa, você conhecerá como os serviços do Telessaúde ajudam a potencializar e qualificar o trabalho da equipe de saúde de Presidente Castello Branco. Parabéns a esses profissionais que se esforçam para promover um atendimento com cada vez mais qualidade!

Publicação

Abrasco lança nova revista "Ensaios e Diálogos em Saúde Coletiva"
Diante dos dilemas contemporâneos brasileiros, que envolvem crise de representatividade, concentração de riqueza, entre outros, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva lança uma nova revista intitulada "Ensaios e Diálogos em Saúde Coletiva". A proposta da publicação é estimular um engajamento reflexivo, pois acreditam que essa seja a única saída para superarmos o momento. Um espaço para ser ocupado por pesquisadores, por profissionais de saúde e por todas as pessoas preocupadas com a saúde e com outras áreas, que promovam reflexões e colaborações para repensar o papel da Saúde Coletiva no atual contexto brasileiro. Nesta primeira edição, confira entrevistas com Guilherme Werneck e Arthur Chioro, além de contribuições de peso, como Luis Eugenio Souza, Tatiana Vargas, Maria Lúcia Werneck e outros grandes nomes. Leia **aqui**!

PROGRAMAÇÃO
WEBs de DEZEMBRO

QUARTAS-FEIRAS 15H

02 DEZEMBRO
Como ter acesso aos dados do PMAQ

09 DEZEMBRO
PMAQ 3º Ciclo: Fase 2: Certificação e Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento

16 DEZEMBRO
Panorama e perspectivas da dengue, febre de chikungunya e febre do zika vírus em Santa Catarina.

QUINTAS-FEIRAS 15H

Interface Atenção Básica e Vigilância Epidemiológica no Processo de Investigação da Dengue **03** DEZEMBRO

Saúde e Educação: uma perspectiva de integração a partir da AB pelos programas PNAE e PSE **10** DEZEMBRO

A confirmar **17** DEZEMBRO

Expediente: Jornalista Responsável: Thaine Machado **Texto, redação, diagramação e edição:** Thaine Machado **Reportagem fotográfica:** José Djalma da Silva Júnior e Thaine Machado **Teleconsultorias:** Thaís Titon de Souza **Design e ilustração:** Vanessa de Luca **Orientação:** Josimari Telino de Lacerda, Luana Gabriele Nilson, Luíse Lüdke Dolny e Thaís Titon de Souza **Revisão:** Bárbara Telino, Gabriela Bankhardt, Josimari Telino de Lacerda, Juliana Casagrande, Luana Gabriele Nilson, Luíse Lüdke Dolny, Thaine Machado e Thaís Titon de Souza.

SUS Sistema Único de Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde

Telessaúde SC Informa

acesse todas as edições no nosso site
http://telessaude.sc.gov.br

Ministério da Saúde
GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

COSEMS SC

ACMFC
Associação Catarinense de Medicina de Família e Comunidade

0 800 643 5252
CIT SC