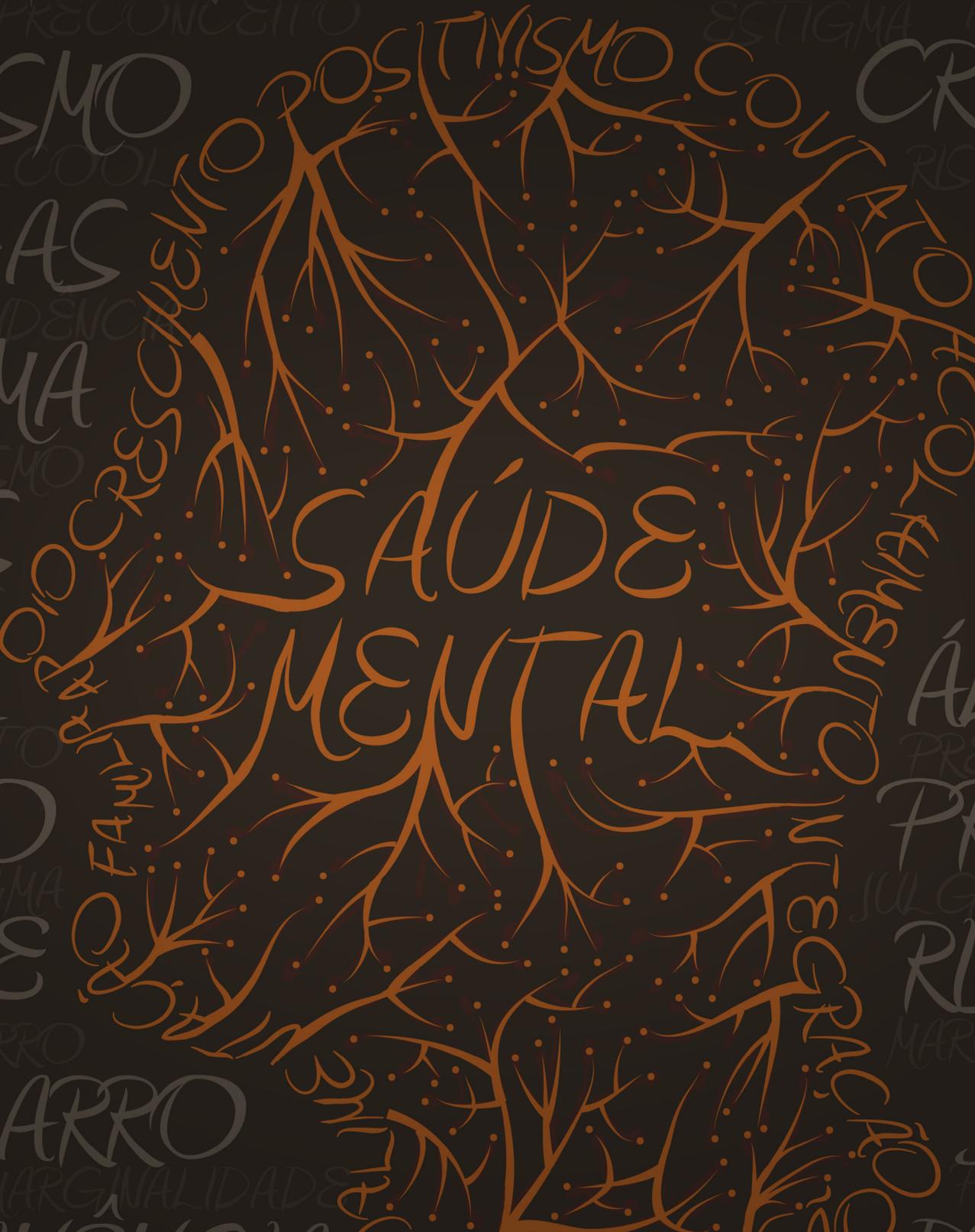




Telessaúde Informa

Boletim Informativo do Núcleo de Telessaúde SC

edição 32 | fevereiro de 2015



As novidades e os avanços da implantação do e-SUS em Santa Catarina

página 4



Como a Atenção Básica pode enfrentar os desafios da saúde mental

página 8



Conheça os benefícios da prática de exercícios físicos ao ar livre

página 6

Nesta edição

O início de um novo ano é uma época propícia para se incluir hábitos saudáveis na rotina, mas também para se discutir os desafios que virão. Por isso, a equipe de comunicação do Telessaúde SC se reuniu com profissionais de diferentes áreas da saúde em Santa Catarina e preparou uma edição especial sobre o papel da Atenção Básica na resolução de casos relacionados à **saúde mental**, considerando que este é um dos temas mais importantes e desafiadores para 2015. Como sempre, nossa proposta não é esgotar o assunto, mas oferecer um recorte baseado no ponto de vista e no olhar de alguns profissionais, a fim de enriquecer e estimular a discussão. Estamos abertos a ouvir e publicar suas críticas e sugestões!

Após conferir a reportagem principal na página 8, você poderá ler uma entrevista com a médica de família e comunidade Siegrid Kurzawa Zwiener sobre a abordagem e o cuidado aos pacientes dependentes químicos. Caso você necessite entrar em contato com a entrevistada para esclarecer outras dúvidas sobre o tema em seu cotidiano de trabalho, solicite hoje mesmo uma Teleconsultoria em nosso portal.

Esta edição do **Telessaúde Informa** apresenta ainda um importante relato sobre os avanços da implantação do e-SUS AB em Santa Catarina, e traz uma reportagem fotográfica sobre os benefícios das atividades físicas realizadas ao ar livre neste verão.

Boa leitura e um ótimo ano novo a todos!

| | |
|-----------------|----|
| Destaque | 3 |
| Cotidiano | 4 |
| Click! | 6 |
| Reportagem | 8 |
| Entrevista | 12 |
| Teleconsultoria | 14 |
| Dicas | 16 |
| Agenda | 17 |





NOVIDADES DO TELESSAÚDE

para o ano de 2015

Como você irá conferir nas nossas páginas de cotidiano, o Núcleo Telessaúde SC estabeleceu uma parceria com a Gerência de Coordenação da Atenção Básica (GEABS) e com o DATA-SUS em Santa Catarina para o apoio aos municípios e às equipes de saúde para instalação e uso do e-SUS/Atenção Básica. Um dos produtos dessa parceria foi uma série de **videoaulas** produzidas para auxiliar na compreensão da proposta e-SUS e também o preenchimento das fichas para a Coleta de Dados Simplificada. Para assistir às videoaulas, acesse nosso portal: telessaude.sc.gov.br ou o canal no www.youtube.com/TelessaudeSC.



Se você quiser receber **DICAS, CURIOSIDADES e INFORMAÇÕES ADICIONAIS** sobre **SAÚDE**, curta nossa **PÁGINA [facebook.com/TelessaudeSC](https://www.facebook.com/TelessaudeSC)** e fique por dentro de todas as **NOVIDADES!**

OUTROS DESTAQUES

- As **webconferências** do Telessaúde SC voltam a ser transmitidas em fevereiro, a partir do dia 19. Confira o cronograma na última página deste informativo.
- Como você já sabe, o Telessaúde SC está realizando a cobertura completa do curso "**Além do ABC do Câncer**", promovido pelo Centro de Pesquisas Oncológicas (Cepon). Já é possível assistir às palestras da primeira etapa do curso em nosso canal [youtube.com/TelessaudeSC](http://www.youtube.com/TelessaudeSC). Não deixe de conferir!
- Também faremos a cobertura da segunda parte do curso, que será realizada em março e abril deste ano. Da mesma forma, os vídeos serão disponibilizados em nosso canal no Youtube.



E-SUS ATENÇÃO BÁSICA

avanços e novidades sobre a implantação em SC

Por Cássia Magagnin Roczanski e Iraci Batista da Silva, técnicas da GEABS/SES/SC

O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica-DAB/MS para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade do atendimento à população.

A estratégia e-SUS faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico e irá substituir totalmente o SIAB até maio deste ano. O e-SUS AB é um software que alimenta o Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) e apresenta-se de duas formas: através da Coleta de Dados Simplificada (CDS) e do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

Em Santa Catarina, a 1ª capacitação ocorreu entre abril e julho de 2014 com participação de 277 municípios, o que corresponde a 94% do Estado. Cada região de saúde organizou sua capacitação em parceria com o DATASUS, Gerências Regionais de Saúde e municípios. Foram realizadas capacitações in loco nas regiões de saúde totalizando 655 profissionais capacitados. A 2ª ca-

pacitação ocorreu nos dias 11 e 12 de novembro de 2014, contando com a participação das Gerências Regionais de Saúde e municípios¹, totalizando 137 pessoas capacitadas. Esta capacitação contou com a presença de

A qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade do atendimento à população

Vanessa Lora, representante do DAB/MS, e teve como objetivo apresentar a nova versão do e-SUS AB – versão 1.3 – bem como as novas versões das fichas. Foram apresentadas também experiências de dois municípios que já estão com o e-SUS AB im-

plantado: Camboriú e Joinville.

Para encerrar as atividades de 2014, no mês de dezembro foi enviado a cada gestor um questionário online para verificar o andamento do processo de implantação do e-SUS AB nos municípios catarinenses.

Ao longo de janeiro de 2015 foram preparadas vídeo aulas, que estão sendo ofertadas aos municípios através do *Telessaúde SC*. Além disso, ficou pactuado na 2ª capacitação que as regionais de saúde multiplicarão as informações nas suas regiões no período entre janeiro e março de 2015.

A Secretaria de Estado da Saúde, através da Superintendência de Planejamento e Gestão, está verificando a possibilidade de estruturação de um servidor (datacenter) junto ao CIASC para armazenar as informações do e-SUS AB em SC.



A oficina realizada em novembro de 2014, capacitou 137 profissionais de Santa Catarina para o uso do e-SUS

¹ O Telessaúde SC também esteve presente nesta capacitação



Telessaúde estabelece parceria para auxiliar equipes e municípios em uso da estratégia

Por Luise Lüdke e Luana Gabriele Nilson do Núcleo Telessaúde SC

Atendendo ao pedido do Ministério da Saúde, o Núcleo Telessaúde SC estabeleceu parceria com a Gerência de Coordenação da Atenção Básica (GEABS) e com o DATA-SUS em Santa Catarina para o apoio aos municípios e às equipes de saúde para instalação e uso do e-SUS/AB. Desta forma, o Núcleo Telessaúde SC está apoiando os municípios da seguinte forma:



Apoio na Implantação do Sistema por meio de **Helpdesk** (das 13h às 18h):

Telefone: (48) 3212 1693

E-mail: esusab.sc@gmail.com

Skype: [esus.telessaude.sc](https://www.skype.com/people/esus.telessaude.sc)

Apoio ao Uso do Sistema por meio de acesso restrito ao portal do Núcleo **Telessaúde SC:**



a) Webconferências regionais: serão agendadas webconferências específicas com os municípios de cada regional para avaliar de que forma podemos apoiá-los

b) Teleconsultoria: os profissionais podem enviar perguntas assíncronas pelo portal ou agendar consultoria síncrona para tirar dúvidas sobre o e-SUS (confira na contracapa como solicitar uma teleconsultoria)



Recursos audiovisuais para esclarecimento de dúvidas sobre a implantação do sistema e sobre o preenchimento das fichas

Na página principal do **Sistema Catarinense de Telemedicina e Telessaúde** você pode acessar videoaulas sobre a implantação e sobre o uso do e-SUS, além de notícias e novidades sobre o sistema.

Acesse: <http://telessaude.sc.gov.br>





ATIVIDADE FÍSICA AO AR LIVRE

faz bem para o corpo e para a mente

Ao contrário do inverno, que costuma ser associado ao sedentarismo, o verão é a época do ano em que os brasileiros mais praticam atividades físicas. Este ano, porém, as altas temperaturas quebraram recordes, e muitas pessoas preferem passar o dia entre quatro paredes desfrutando dos benefícios do ar condicionado.

É função do profissional de saúde incentivar a prática de exercícios físicos e, principalmente, chamar a atenção para os benefícios das atividades realizadas ao ar livre. Também é fundamental explicar quais cuidados devem ser tomados ao iniciar uma nova atividade, como procurar o médico e realizar uma avaliação física, por exemplo.

Conversamos sobre o assunto com a profissional de educação física Katiucia Souza de Amorim, que possui mestrado na área de atividade física relacionada à saúde e atua em um dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Florianópolis. Ela nos deu importantes dicas que você confere agora ao longo da reportagem.



“Ter uma vida fisicamente ativa pode ajudar na manutenção e reabilitação da saúde em diversos aspectos de natureza biológica, psíquica ou social. Desse modo, a atividade física regular favorece um envelhecimento saudável, preservando a saúde e melhorando a qualidade de vida”

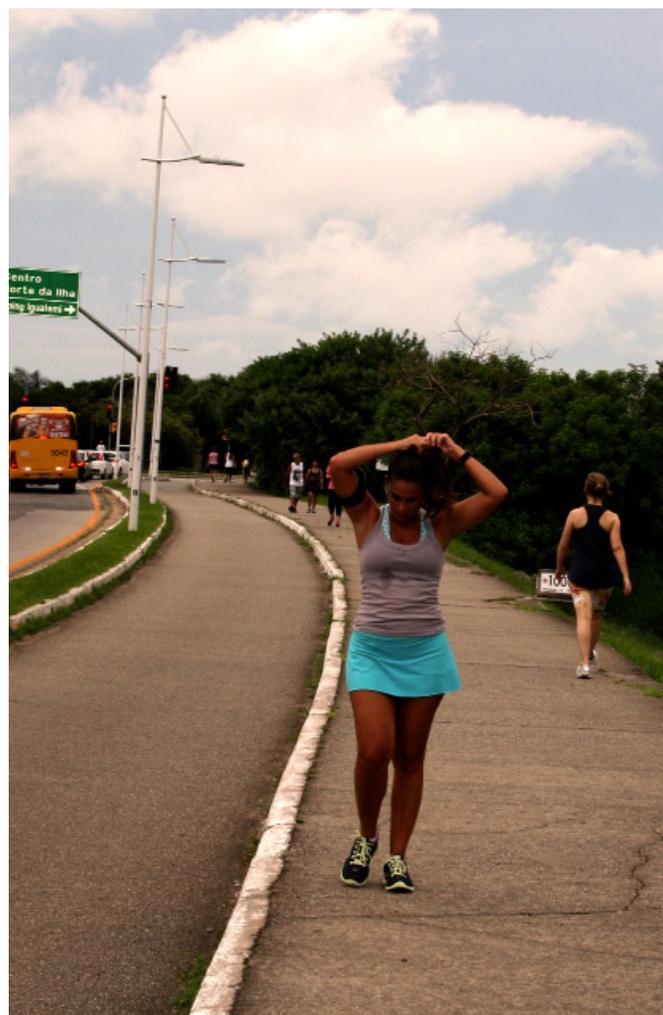


“A falta de atividade física está relacionada não só ao desenvolvimento de diversas doenças crônicas, mas também contribui para a redução na capacidade funcional do indivíduo, o que dificulta a realização das atividades da vida diária e gera afastamentos recorrentes no trabalho”

click!



“Atividades ao ar livre são ótimas alternativas, pois favorecem o contato com a natureza e a socialização, contribuindo para a nossa saúde mental. Mas é preciso tomar cuidados como: usar roupas claras e leves; evitar exercitar-se sob o sol das 10 às 16 horas e proteger-se utilizando filtro solar, chapéu e óculos escuros; não se exercitar em jejum nem alimentar-se em excesso; e levar uma garrafa d’água para hidratar-se regularmente”



“Todo exercício gera um estresse ao nosso organismo, necessitando assim, de um período de adaptação. Comece escolhendo uma atividade que lhe agrade e evolua de maneira lenta e gradual, aumentando a frequência e a intensidade do exercício com o passar do tempo. Trace metas possíveis de serem alcançadas, impedindo que você desista ao primeiro sinal de dificuldade”



Para ver mais fotos, acesse o álbum *Atividades ao ar livre na cidade de Florianópolis* em nossa fanpage

facebook.com/TelessaudeSC



SAÚDE MENTAL NA AB

desafios no cuidado e acompanhamento

Saúde física e mental não devem ser vistas como contrapontos, tampouco como situações independentes. A saúde do corpo está diretamente ligada à saúde da mente, e os males de ambos frequentemente possuem causas e consequências que se complementam e relacionam. Dessa forma, é importante compreender que as demandas de saúde mental estão presentes no cotidiano da Atenção Básica (AB) e não podem ser negligenciadas. O tema é complexo e possui uma grande carga de preconceito e estigmas, por isso o desafio de intervir sobre estas questões é ainda maior. Apesar das adversidades, é possível incorporar algumas práticas que podem fazer toda a diferença na atenção a esses usuários na sua unidade

A atual política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da saúde iniciada na década de 1980 com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais. Ao longo da década de 1990, a aprovação de leis alinhadas com esses princípios em muitos estados brasileiros refletiu o progresso desse processo político de mobilização social, não só no campo da saúde, mas também no conjunto da sociedade. Em 2001, após mais de dez anos de tramitação no Congresso Nacional, foi sancionada a Lei nº 10.216 que afirmou os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental. Os princípios do movimento iniciado na década de 1980 tornam-se uma política de estado. Na década de 2000 ampliou-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que passou a integrar o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde. Entre os equipamentos substitutivos ao modelo manicomial podemos citar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (Cecos), as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda, entre outros. As Unidades Básicas de Saúde cumprem uma importante função na composição dessa rede comunitária de assistência em saúde mental. Nascidas com a redemocratização, a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica são parte de um Brasil que escolheu garantir a todos os seus cidadãos o direito à saúde. Não é por acaso que, tanto no campo da Atenção Básica quanto da saúde mental, saúde e cidadania são indissociáveis.¹

Tem interesse em aprender mais sobre saúde mental e Atenção Básica?

Então não deixe de conferir as webconferências do Telessaúde SC!

Nossa primeira dica é a web *Cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica: revisitando teorias e partilhando experiências*, com a médica de família e comunidade, Cinara Zanuzo

Acesse preferencialmente em nosso portal: telessaude.sc.gov.br

ou em: [youtube.com/TelessaudeSC](https://www.youtube.com/TelessaudeSC)



¹ Fragmento extraído do Caderno de Atenção Básica n. 34 (Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013). Acesse em: <http://migre.me/otibN>



POR QUE DISCUTIR SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA?

O conceito de cidadania está relacionado ao pertencimento de um indivíduo a uma comunidade, o que lhe atribui um conjunto de direitos e obrigações. Considerada a relação entre saúde mental e cidadania, podemos compreender melhor as mudanças do modelo de cuidado, que passou de manicomial – com total isolamento – a uma rede que permite que os/as pessoas que demandam cuidados de saúde mental continuem participando do convívio social. O assistente social do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), Deivid de Abreu, destaca a importância de dispositivos como os CAPS como alternativa à internação compulsória. “As pessoas podem fazer o tratamento durante o dia e voltar para casa depois. Elas podem ficar com as suas famílias e com as suas comunidades, porque é lá que o sujeito precisa viver a sua vida, em contato com a sociedade, com as pessoas de quem ele gosta. Assim, ele pode reaver esses laços.”

Você pode se perguntar: Com a existência da RAPS e de instituições como o CAPS, porque precisamos falar em saúde mental na AB? O primeiro motivo diz respeito à integralidade da atenção. Pensando na relação direta entre saúde mental e saúde geral, o cuidado integral à saúde será efetivo somente se abranger práticas e intervenções de saúde mental. Outra questão de extrema importância é o acesso que a AB pode oferecer. O psicólogo Carlos Alberto Severo Garcia Júnior argumenta que “quando não se tem acesso, não se tem o que oferecer”. Ele lembra que, apesar de possuírem uma cobertura expressiva, os CAPS não estão presentes em municípios com menos de 10 mil habitantes, ou seja, quase metade dos municípios do país. Nesses casos, os cuidados à população são responsabilidade exclusiva das equipes de Saúde da Família, sem o apoio de uma rede de atenção.

“Geralmente, as equipes possuem profissionais como médico, enfermeiro, técnico de higiene bucal, dentista, etc., mas não têm um profissional com a especificidade de cuidar da saúde mental. Em um primeiro momento, esses profissionais ficam impactados com as demandas de saúde mental, afinal não foram até lá para prestar esse tipo de atendimento. Mas, aos poucos, ao acessar esses usuários, eles trabalham seu olhar para cuidar deles dentro da própria AB”. Carlos elogia estratégias como o NASF, por exemplo, que estão ajudando a expandir esse acesso e permitindo

“Quando se cria um rótulo, é muito difícil desmontá-lo. Ficar preso a um diagnóstico faz com que a pessoa fique em segundo plano”

que as pessoas possam ser cuidadas dentro do seu território. “Afinal, do que adianta para alguém que mora lá no Rio Vermelho (região Norte do município de Florianópolis) fazer tratamento em Coqueiros (região continental da cidade)? A pessoa não sabe nem que ônibus tomar, ou tem medo de sair de casa. Tem casos de pessoas que não buscam cuidado porque ficam em casa.” A atuação dentro do território dos usuários também é fundamental para a detecção precoce de sofrimentos psíquicos e abuso de álcool e drogas, casos mais prevalentes na saúde mental. “Trabalhei durante muito tempo em CAPS e pude perceber que muitos que chegavam lá já tinham passado várias vezes

Confira também o workshop *Saúde Mental na APS: situações de tristeza e ansiedade na prática do MFC e da ESF*, realizado pelo Médico de Família e Comunidade Ronaldo Zonta. Acesse preferencialmente em nosso portal: telessaude.sc.gov.br ou em: youtube.com/TelessaudeSC





pela AB, mas não havia nenhum relato sobre a identificação do uso de drogas, por exemplo. As pessoas tem muita dificuldade em trabalhar esses temas porque muitas vezes não sabem o que fazer”, analisa Deidvid.

Carlos explica que geralmente esses casos surgem na AB em segundo plano, o que dificulta a identificação. “Às vezes o usuário acumula lixo em casa, o vizinho não entende o que está acontecendo, e quando vai fazer uma intervenção o usuário reage de uma maneira inesperada... O que muitas vezes é visto como uma excentricidade pode ter relação com algum caso de saúde mental. As pessoas chegam com demandas específicas, mas quando começamos a desvendá-las, entendemos que aquele fator inicial é só a ponta do iceberg... o resto é a base”.

Quando se fala em saúde mental, principalmente em dependência química, outra dificuldade é o preconceito que envolve o tema. Comumente sujeitos em situação de dependência são considerados cidadãos “de segunda classe”, segundo Deidvid. “É o estigma do sujeito que adentrou no ‘mundo das drogas’”, explica. Carlos lembra que a associação comum que se faz entre drogas e violência também contribui muito para o preconceito. “Essa ideia deve ser combatida. Às vezes, as pessoas buscam a droga como uma forma de prazer, o que é natural, porque ela realmente dá prazer, assim como o café e o açúcar, por exemplo. Muita gente acaba encontrando nas drogas uma forma de alívio, e esse alívio não necessariamente vai desdobrar em violência”.

É importante que, ao ter contato com o usuário “diagnosticado” como dependente químico, o profissional não deixe de levar em conta as singularidades e visões de mundo daquele sujeito. “Quando se cria um rótulo, é muito difícil desmontá-lo. Ficar preso a um diagnóstico faz com que a pessoa fique em segundo plano. Então, em vez de ver o ‘fulano artista plástico’, você vai ver apenas o ‘fulano usuário de drogas’, defende Carlos. Deidvid acrescenta que a Política Nacional de Saúde Mental preconiza que se compreenda e respeite o usuário como sujeito de sua história. “É nessas histórias singulares que você encontra o momento em que o sujeito teve acesso à droga, o lugar que ela ocupa em sua vida.”

Sobre os aspectos culturais, Carlos defende que a maioria dos comportamentos e estilos de vida possuem um contexto que deve ser considerado. “Por exemplo, se eu, que sou gaúcho, for ao Rio Grande do Norte e tomar um chimarrão na beira da praia com uma temperatura de 40 graus, vai passar um potiguar e me chamar de louco. Mas essa é a minha cultura, ele não entende. Sempre temos que pensar que cada história está carregada de questões culturais e familiares, que marcam não só a vida daquele sujeito, mas toda a família ou comunidade. Tem elementos ali que dizem muito da subjetividade do outro, e que o primeiro passo é respeitar”.



Confira também o workshop *Abordagem de Dependentes de Drogas na Atenção Primária (Parte 1)*, com a médica de família Siegrid Kurzawa Zwiener dos Santos

Acesse preferencialmente em nosso portal: telessaude.sc.gov.br ou em: [youtube.com/TelessaudeSC](https://www.youtube.com/TelessaudeSC)



O respeito às diferenças ajuda a evitar o pré-julgamento, o que é fundamental para realizar a abordagem de uma pessoa que demanda cuidado em saúde mental. Carlos defende que não existe uma fórmula para realizar esse tipo de intervenção, porque cada situação tem características diferentes. Ele considera que o mais importante, independentemente da formação do profissional que for realizar a tarefa, é ouvir com atenção. “O primeiro passo, por mais óbvio que pareça, é ouvir. Depois, deve-se tentar abrir para o diálogo. Se eu não fizer isso, que é escutar, olhar e tentar dialogar, eu vou estar de certa forma deixando que o outro não apareça.” Apesar de não haver uma fórmula pronta a ser seguida, alguns dispositivos podem ajudar o profissional em sua prática cotidiana, entre eles estão o Acolhimento, a Clínica Ampliada e o Projeto Terapêutico Singular (ver sugestão de webconferência abaixo). “Essas são construções nossas que não precisam de um equipamento nem de uma estrutura para acontecer, e que podem ser desenvolvidas através de experimentações próprias e trocas de experiência entre profissionais”, analisa. Na AB, o diálogo é favorecido por um de seus



princípios fundamentais, a longitudinalidade, ou seja, a oportunidade de ter um maior tempo de acompanhamento de cada história. Isso faz com que a pessoa atendida mantenha seu vínculo com o serviço ao longo do tempo. Dessa forma, as novas demandas que surgem são atendidas de forma mais eficiente. “A cada encontro, cada conversa, o profissional deixa algum tipo de marca, de intervenção, que podem mudar o cotidiano do paciente”, explica Carlos.

Sobre essa possibilidade de intervir, Deidvid acredita que um dos principais objetivos da saúde mental é fazer com que a pessoa que está sendo atendida consiga entrar em ‘um estágio de equilíbrio’, ou seja, consiga lidar com questões da vida como o sofrimento, a tristeza e a rejeição. “O tempo todo nós, seres humanos, temos nossas tristezas e sofrimentos. A grande questão é conseguir equilibrar isso para que não se torne um problema maior, que nos impeça de vivermos nossas vidas em comunidade”. Ele defende que esse trabalho de equilíbrio seja realizado em conjunto com o sujeito, sempre levando em conta suas opiniões e particularidades. “Alguns autores defendem que a ‘loucura’ não deve ser retirada a qualquer custo. Isso porque ela faz parte do sujeito, e, portanto, é patrimônio inalienável dele. Devemos aceitá-lo dessa forma”. Ele também explica que no cuidado à saúde mental a ‘loucura’ ou o sofrimento devem ser incorporados como parte do sujeito, não como algo externo à ele. “Se você incorpora aquilo como algo que faz parte, que não precisa ser retirado, você considera o sujeito na sua integralidade. A ideia do profissional deve ser de ajudá-lo a conviver com isso. A tristeza não é algo que se retira, como uma doença biológica, por exemplo, onde se toma a medicação e melhora. A saúde mental é diferente.”

AB pode contribuir para o controle do tabagismo

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo. Nas últimas décadas, um forte movimento de conscientização sobre os males do tabaco tem levado à diminuição do seu consumo em todo o mundo. Uma das medidas propostas pela OMS para o controle do tabagismo é o apoio da rede pública aos fumantes que desejam abandoná-lo. Entretanto, nem todos os fumantes estão cientes desse direito.

A AB, como porta de entrada do SUS, pode ter uma atuação fundamental ao proporcionar esse acesso. De acordo com a médica e professora do curso de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Sílvia Cardoso Bittencourt, qualquer profissional da AB, capacitado ou não, pode contribuir para a redução da incidência do tabagismo através de uma simples abordagem. Ela defende que toda pessoa que chega a uma unidade de saúde deveria ser questionada sobre o hábito de fumar. “Em caso de fumantes, o profissional deve perguntar se há intenção de parar e, quando a resposta for afirmativa, encaminhar essa pessoa a um acompanhamento especializado. Mesmo nos casos em que a pessoa não demonstrar interesse em parar, é importante falar sobre esse apoio profissional existente, pois ela sempre pode mudar de ideia”, explica. Sílvia lembra que juntamente com o hábito de fumar existe uma dependência química pela nicotina, que provoca sintomas físicos durante a abstinência. “Algumas pessoas que tentam parar por conta própria conseguem lidar com esses sintomas, mas outras encontram grandes dificuldades, por isso o apoio é tão importante.” Ela conta que apenas a abordagem mínima, por si só, já contribui para o abandono. “Às vezes, um paciente que nunca tinha refletido sobre o hábito de fumar começa a pensar a respeito após ser questionado por alguém.”



Tem interesse em aprender mais sobre saúde mental e Atenção Básica?
Então não deixe de conferir as webconferências do Telessaúde SC!

- ▷ *Tabagismo: as dificuldades na abordagem do fumante que deseja abandonar o cigarro*, com a médica Sílvia Bittencourt
- ▷ *Projeto Terapêutico Singular*, com o psicólogo Carlos Alberto Severo Garcia Júnior
- ▷ *Manejo de álcool e outras drogas na ABS Parte II: Dependência e Abstinência*, com Andrea Cunha de Mendonça
- ▷ *Experiência em matriciamento de saúde mental junto às equipes de ESF*, com a psicóloga Fernanda Duarte da Luz

Acesse preferencialmente em nosso portal: telessaude.sc.gov.br
ou em: youtube.com/TelessaudeSC





O PROFISSIONAL DA AB

e o cuidado ao dependente químico

Médica de família e comunidade, Siegrid Kurzawa Zwiener dos Santos discute os desafios da abordagem e do acompanhamento e cita os principais equívocos cometidos pelos profissionais de saúde

Para que o profissional da AB possa oferecer apoio ao dependente de drogas é necessário, primeiramente, perceber que existe essa dependência. Como identificá-la no cotidiano de trabalho?

Siegrid Kurzawa Zwiener - Na maioria das vezes, o profissional só percebe quando a pessoa já está em um estado bem complicado, quando ela vem etilizada ou depois de utilizar alguma droga, por exemplo, e somente a partir daí começa a abordar para fazer o tratamento. O ideal é que o profissional perceba antes. Na consulta, ele pode perguntar ao paciente, entre outras questões na consulta, se ele fuma, consome álcool ou outras drogas. Todas as vezes que tiver oportunidade, deve aproveitar para questionar. Também pode fazer perguntas sobre problemas na escola, no trabalho, com relacionamentos familiares, queda de rendimento em geral, etc. Tudo isso pode ser sinal de dependência. Sintomas físicos como tremores, convulsão, ansiedade e taquicardia também são indícios, mas nós não queremos que chegue nesse ponto. Outra possibilidade é quando a família relata que o paciente está fazendo uso

de alguma substância, então sempre devemos estar dispostos a ouvir.

O que deve ser levado em conta ao fazer a abordagem de um dependente químico? Existe um momento ideal para realizá-la?

S.K.Z - A gente nunca deve fazer a abordagem de um paciente quando ele está alcoolizado ou sob efeito de drogas. Naquele momento, só devemos fazer o necessário para retirá-lo daquela situação. Depois, deve-se marcar uma consulta para reavaliá-lo quando estiver sóbrio. O ideal é que a família também seja avisada sobre a consulta. O profissional de saúde tem que ter uma ideia geral da situação do paciente para saber como pode abordá-lo de acordo com o seu caso. Cada pessoa está em um estágio diferente de aceitação da dependência química. Às vezes, ela já entende que precisa de ajuda, mas também é possível que ela ainda nem saiba disso. Dependendo da fase em que ela está, se aborda de uma maneira diferente. Se o paciente está na fase da negação (“não, eu não tenho dependência nenhuma, não preciso de ajuda”), o profissional deve tentar sensibilizá-lo para



Siegrid Kurzawa Zwiener dos Santos é médica de família e comunidade e atua como teleconsultora no Núcleo *Telessaúde* SC

que ele entenda a necessidade de procurar ajuda e perceba que sua situação é complicada. Então, a primeira fase é sensibilizar a pessoa. Pode-se perguntar: “Tem tido algum tipo de problema? Tem chegado tarde ao trabalho? Diminuiu o rendimento? Como está a relação familiar?” Então, se o paciente começa a perceber que está tendo problema na relação familiar, no trabalho, ele começa a perceber que a droga, o álcool, ou o cigarro, enfim, estão trazendo algum prejuízo para ele no dia a dia. Ele começa a perceber que existe o problema, e aí vem



a vontade de parar. A partir daí inicia-se a segunda abordagem com o paciente: “Então, quando a gente vai parar?” Ou seja, você já sensibiliza para a parada mesmo, até que ele decida parar. “Ah, então vamos parar com isso, não vamos ir mais nesse ou aquele local!... são orientações que você dá, de acordo com a pessoa. Você também pode fazer perguntas sobre as situações em que ele tem mais vontade de fumar ou de beber, assim estará mais apto a orientá-lo sobre como evitar esse consumo.

Qual é o profissional mais capacitado para fazer o primeiro contato com um paciente dependente químico em uma Unidade de Saúde?

S.K.Z - A primeira abordagem pode ser feita por qualquer profissional que tiver contato com esse usuário. Uma pessoa que tenha um pouco de sensibilidade, de carinho pelo outro, vai saber abordar de forma adequada através de uma pergunta, de uma conversa. Também é possível oferecer consultas no momento em que o usuário procurar atendimento, e para isso não é necessário ter uma capacitação específica. Mas o profissional especializado vai ser indispensável quando a pessoa precisar de um medicamento ou de terapia, algo contínuo.

Quais são as principais dificuldades que o profissional pode encontrar no cuidado ao dependente químico?

S.K.Z - A primeira dificuldade é o silêncio dos pacientes, que deixam de falar sobre o que estão passando por medo de julgamento. A segunda é o próprio julgamento, que muitas vezes

parte dos profissionais da saúde, o que justifica o medo que o paciente tem de falar. A falta de apoio familiar também é um problema, além da dificuldade em encaminhar os casos para acompanhamento com especialista. Isso deveria ser para ontem, e com um acesso fácil à Atenção Secundária. Se o paciente está sóbrio, se ele vem pedir uma consulta porque quer parar, você não pode deixar para amanhã. Afinal, amanhã pode ser que ele não esteja mais sóbrio.

A AB se restringe à abordagem inicial, ou acompanha os pacientes encaminhados à Atenção Secundária?

S.K.Z - A AB nunca dá alta para ninguém. Então, mesmo que o paciente esteja numa terapia, na Atenção Secundária, ou recebendo acompanhamento do CAPS – o Centro de Atenção Psicossocial –, a Unidade de Saúde deve manter sempre a vigilância do paciente: ver se ele está bem, se precisa de alguma coisa, se está indo nas consultas, etc. É justamente a AB quem vai nortear, organizando o atendimento dele.

Considerando essa necessidade de acompanhamento contínuo, como é a relação entre o

atendimento especializado e a Atenção Básica?

S.K.Z - O CAPS é a atenção especializada, responsável por fazer o acompanhamento com o psiquiatra, com o psicólogo, o atendimento medicamentoso, a terapia de grupos, enfim, todo esse acompanhamento que não é oferecido pela AB, por isso ele é importante. Já a AB vai acompanhar o paciente para verificar se ele está indo ao CAPS, fornecer a medicação, organizar o atendimento dele, acompanhar a família... é como se fosse a vizinha do paciente. Então, se ele tiver algum problema com o CAPS, que é lá do outro lado da cidade, ele pode procurar a vizinha, que pode resolver também. E é ela que está sempre de olho na situação. Se o paciente precisar de transporte até o CAPS, por exemplo, é a AB quem resolve. Então, deve existir uma comunicação constante e bem aberta entre os dois para dar conta do atendimento. Certas dependências como o alcoolismo leve e o tabagismo às vezes podem ser resolvidas apenas pela AB. No caso de drogas mais pesadas torna-se muito mais difícil. Os medicamentos, por sua vez, podem ser fornecidos por algumas Unidades da Saúde capacitadas, ou Centros de Referência.

Gostou da entrevista? Se surgirem dúvidas sobre o tema, solicite uma teleconsultoria! Veja abaixo algumas sugestões de perguntas sobre acompanhamento de dependentes químicos que podem ser enviadas para o Telessaúde SC:

- Como tratar uma síndrome de abstinência?
- Que práticas integrativas podem ser utilizadas?
- Como tratar o paciente que chega a unidade de saúde etilizado?
- Como articular redes de apoio para tratamento de dependentes químicos?
 - Como criar grupos de apoio para familiares?
- Como abordar o dependente químico que não deseja tratamento?
 - Como o agente comunitário poderia abordar uma família que possui um membro usuário de droga?
 - Como realizar uma abordagem rápida para dependência química no acolhimento?
- Quais os sinais de alerta para síndrome de abstinência?



PERGUNTA DESTAQUE:

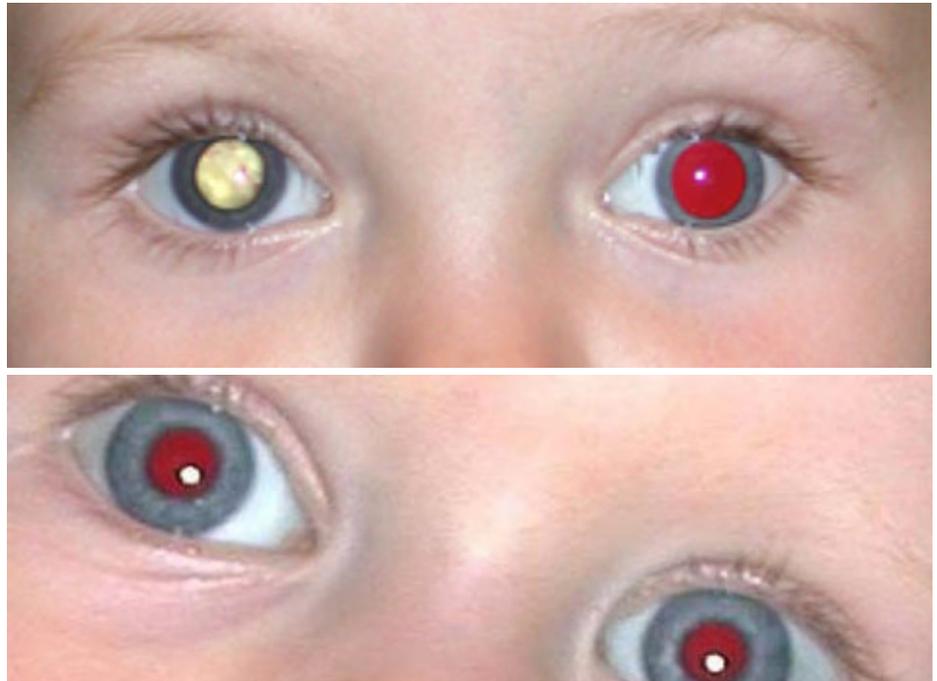
teste do olhinho

Porque, como e quando devo realizar o teste do olhinho?

O Teste do Reflexo Vermelho (TRV), também conhecido como “Teste do Olhinho”, é um exame capaz de: identificar a presença de enfermidades visuais como catarata congênita e retinoblastoma; e triar algumas doenças confirmadas através de diagnóstico diferencial de leucocorias como Retinopatia da Prematuridade, Glaucoma Congênito, Retinoblastoma, Doença de Coats, Persistência Primária do Vítreo Hiperplásico - PVPH, Descolamento de Retina, Hemorragia Vítrea, Uveíte (Toxoplasmose, Toxocaríase), Leucoma e até mesmo Altas Ametropias¹.

É um método não invasivo, realizado com o uso de um oftalmoscópio direto, equipamento portátil e de baixo custo; sendo um procedimento extremamente barato, de fácil realização, e rápido¹. Deve ser realizado na primeira consulta do recém-nascido na Atenção Básica/ Atenção Primária à Saúde (APS) e repetido aos 4, 6 e 12 meses e aos 2 anos de idade^{2,3} [D].

O teste consiste na emissão de luz, através do oftalmoscópio, nos olhos do recém-nascido; o reflexo desta luz incidida sobre os olhos da criança produz uma cor avermelhada e contínua nos olhos saudáveis, que consideramos reflexo vermelho normal (em tons de vermelho, laranja ou amarelo) e significa que as principais estruturas internas



do olho (córnea, câmara anterior, íris, pupila, cristalino, humor vítreo e retina) estão transparentes, permitindo que a retina seja atingida de forma normal. Na presença de alguma anomalia que impeça a chegada da luz à retina e a sua reflexão característica, o reflexo luminoso sofre alterações que interferem em sua coloração, homogeneidade e simetria binocular¹.

Além do reflexo vermelho, é recomendado o rastreamento da acuidade visual da criança menor de 5 anos em consultas de rotina por meio de exames de avaliação, como inspeção externa do olho e das pálpebras, verificação da mobilidade ocular, pupilas, avaliação de estrabismo por meio do teste de Hirschberg e do teste de cobertura alternada e a avaliação da acuidade visual por meio do Snellen⁴.

Percebendo alguma alteração nos resultados dos exames, a equipe de APS deverá encaminhar para avaliação em consulta especializada com oftalmologista, garantindo os princípios do acesso e longitudinalidade.

Referências e Evidências

- 1- BRASIL, M dos como estratégia política em defesa da saúde ocular infantil no Ceará (Autores vinculados à Universidade Federal do Ceará). 2009; 24 pp. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2009/pedro_magalhaes.pdf. Acessado dia 11/04/2014, às 15h40min.
- 2 - BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 650, de 05 de outubro de 2011. Disponível em: <http://brasilsus.com.br/legislacoes/sas/109933-650.html>. Acessado dia 11/04/2014, às 15h48min.
- 3 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica. n.33; 2012; 65pp. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf. Acessado dia 11/04/2014, às 13h:56min.
- 4 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Primária. n.29; 2010; 60pp. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf. Acessado dia 11/04/2014, às 13h57min.



PERGUNTA DESTAQUE:

teste da orelhinha

O que é o teste da orelhinha e de quem é a responsabilidade de sua realização? O Teste da Orelhinha ou Triagem Auditiva Neonatal é um exame recomendado para todos os recém-nascidos [B] que objetiva detectar, o mais precocemente possível, a perda auditiva congênita e/ou adquirida no período neonatal, preferencialmente realizada na própria maternidade, antes da alta¹. A realização do exame é obrigatória e gratuita em todos os hospitais e maternidades de acordo com a Lei Federal nº 12.303/2010².

É altamente preciso e conduz à identificação precoce e tratamento da perda auditiva nas crianças¹. Justifica-se pelo fato de as crianças com perdas auditivas terem maiores dificuldades para desenvolvimento das habilidades de comunicação verbal e não verbal, aumento de problemas comportamentais e redução de bem-estar psicossocial, e menor nível de aprendizado quando comparadas às crianças com audição normal¹.

De acordo com o Ministério da Saúde, a Atenção Básica/ Atenção Primária à Saúde (APS) deve garantir acesso ao teste a todas as crianças de sua área. Para aquelas nascidas em casa, em casas de parto e/ou hospitais sem os recursos do rastreamento, o município deve ter algum mecanismo de referência para o rastreamento da perda auditiva

do recém-nascido. Cabe ao profissional da APS verificar se foi ou não realizado o teste. Caso não tenha sido feito, encaminhar para serviço de referência. Caso o teste tenha sido positivo, verificar se as consultas subsequentes estão agendadas para que seja feito o seguimento da criança¹.

Também, no sentido de detectar alterações auditivas, o profissional da APS deverá orientar as mães para acompanhar os marcos do desenvolvimento de seus filhos até os 12 meses de vida, de acordo com a Caderneta de Saúde da Criança³.

Todos os infantes devem ser rastreados antes de completar o primeiro mês de vida¹; quando realizado neste prazo, possibilita um diagnóstico mais definitivo por volta do 4º e 5º mês, bem como o início da reabilitação até os 6 meses de idade. Dessa forma, maiores serão as possibilidades de diagnóstico e intervenção adequados e menores as sequelas decorrentes da privação auditiva [B]³. Os recém-nascidos

cujos testes forem positivos por meio do rastreamento devem passar por avaliação médica e fonoaudiológica antes dos três meses de idade para confirmação diagnóstica. A todo infante com teste positivo para perda auditiva deve ser assegurada avaliação fonoaudiológica e acompanhamento¹.

A principal medida de efetividade em longo prazo dos programas de triagem auditiva é a possibilidade da intervenção precoce e dos recursos adequados para otimizar cada tratamento e definir a melhor intervenção [A]³.

Referências e Evidências

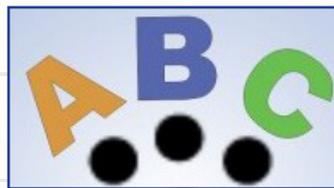
1 – BRASIL. Ministério da Saúde. Rastreamento. Cadernos de Atenção Primária. Brasília: Ministério da Saúde. N.29; 2010. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf. Acessado dia 09/05/2014, às 16h02min.

2 – Brasil. LEI Nº 12.303, DE 2 DE AGOSTO DE 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas. 2010. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12303.htm. Acessado dia 09/05/2014, às 16h04min.

3 – BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. n.33; 2012. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_33.pdf. Acessado dia 09/05/2014, às 16h03min.



Eventos

**2ª etapa do curso “Além do ABC do Câncer”**

O evento, promovido pelo Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), reúne estudantes de graduação, pesquisadores e profissionais de diversas especialidades para a divulgação de avanços científicos, estatísticas e compartilhamento de dúvidas e pontos de vista sobre os desafios do combate ao câncer. Durante a segunda etapa serão discutidos temas como rastreamento de câncer, nutrição, cuidados paliativos, práticas integrativas, redes de atenção, entre outros. O Telessaúde SC realizará novamente a cobertura do evento. **Quando:** 27 de março e 24 de abril **Onde:** Auditório da UNISUL: Rua Trajano, 219, 1º andar, Centro – Florianópolis/SC
Mais informações: Página do CEPON: <http://zip.net/bsqHT8>

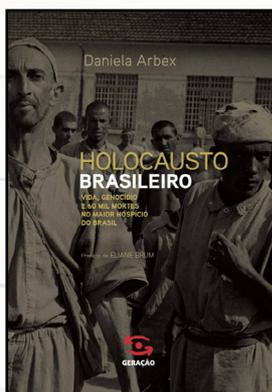
Filmes

**Clube de Compras Dallas (2013)**

O filme conta a história de Ron Woodroof, um electricista de Dallas (EUA) que foi diagnosticado com AIDS em 1985. Naquela época, ser contaminado com o vírus era sinônimo de sentença de morte e exílio social. O estigma e a desinformação envolviam a doença, e dificultavam a vida daqueles que buscavam a cura – ou ao menos uma extensão do seu tempo de vida. Lutando

contra uma sociedade preconceituosa e batendo de frente com o poder da indústria farmacêutica, o ambicioso Woodroof viajou o mundo atrás do que havia de melhor no tratamento da AIDS. Tudo o que conseguia repassava aos seus compradores, o que deu origem ao Clube de Compras Dallas. Baseado em uma história real, o filme é importante por mostrar os efeitos devastadores da AIDS, e também as consequências geradas pela ignorância. Vale a pena conferir!

Publicações

**Holocausto Brasileiro: Vida, Genocídio e 60 Mil Mortes no Maior Hospício do Brasil**

O hospício conhecido por Colônia, em Barbacena (MG), foi palco de uma das maiores atrocidades contra a humanidade cometidas no Brasil. Lá, com a conivência de médicos e funcionários, o Estado violou, matou e mutilou dezenas de milhares de internos. Em “Holocausto Brasileiro: Vida, Genocídio e 60 Mil Mortes no Maior Hospício do Brasil”, a jornalista Daniela Arbex conta a história entre os muros da Colônia para evitar que atrocidades assim voltem a acontecer. A obra é fundamental para discutir importantes questões relacionadas à saúde mental, como reforma psiquiátrica e luta antimanicomial.



PROGRAMAÇÃO DE WEBS

de fevereiro e março

19/02**Atenção Básica na Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal - 16h****25/02****Geoterapia aplicada à APS - 15h****26/02****e-SUS em Santa Catarina: Diagnóstico de implantação - 16h****04/03****Dengue: Armadilhas e pontos estratégicos - 15h****05/03****Segurança alimentar e nutricional - 16h****11/03****Vitamina A - 15h****12/03****Plantas medicinais no tratamento da dor aguda e crônica - 16h****18/03****Automassagem para dor crônica - 15h****19/03****SISAN-CAISAN-COMSEA: Espaços de decisão da Política da Segurança Alimentar e Nutricional - 16h****25/03****Manejo do paciente portador de diabetes: uso de insulina - 15h****26/03****Doenças transmitidas por alimentos: infecção por salmonellas - 16h***** Cronograma sujeito a alterações**

Expediente: **Jornalista Responsável:** Daniel Giovanaz **Texto, redação, diagramação e edição:** Bruna Carolina, Camila Hammes e Daniel Giovanaz **Reportagem fotográfica:** Camila Hammes **Design e ilustração:** Vanessa de Luca **Orientação:** Luana Gabriele Nilson, Luíse Lüdke e Thaís Titon de Souza **Revisão:** Camila Hammes e Daniel Giovanaz



COMO SOLICITAR UMA TELECONSULTORIA?



Ainda não tem cadastro?

Solicite seu login e senha enviando um e-mail para telessaude.sc@saude.sc.gov.br

1º

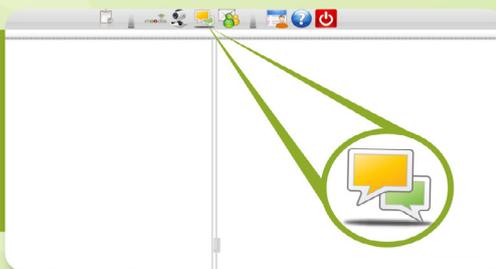
Acesse o site
<http://telessaude.sc.gov.br>

Preencha seu nome de Usuário e sua Senha, e clique em Entrar.



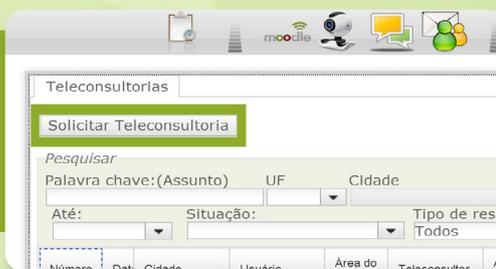
2º

Assim que você entrar, a janela do sistema abrirá automaticamente como pop-up. Para utilizar o serviço, clique no ícone teleconsultoria no menu superior



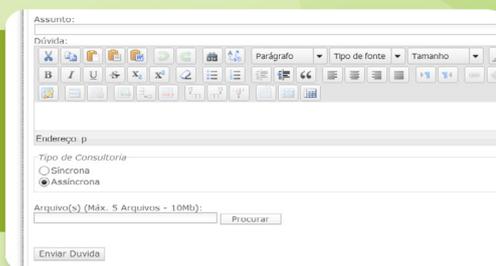
3º

Essa é a sua página geral da **Teleconsultoria**. Para cadastrar uma nova pergunta, clique em **Solicitar Teleconsultoria**.



4º

Preencha todos os campos para escrever sua dúvida completa. Depois, selecione o tipo de Teleconsultoria. Você pode também adicionar anexos. Ao final, clique em **Enviar Dúvida**.



Então, é só aguardar!

Se sua dúvida for respondida de maneira assíncrona, em até 72h úteis você receberá um e-mail notificando. Acesse o portal para fazer a leitura da resposta.