



Telessaúde Informa

Boletim Informativo do Núcleo de Telessaúde SC

edição 29 | julho de 2014



Remuneração por desempenho: a decisão cabe aos municípios

página 3



Um ano do programa Mais Médicos e os resultados em SC

página 6



Entrevista sobre a distribuição de alimentos em nosso estado

página 4



Novidades nos serviços de Tele-educação!

Nesta edição...

Para comemorar o primeiro ano do lançamento do *Mais Médicos*, produzimos uma reportagem especial sobre o acolhimento dos profissionais em Santa Catarina. Viajamos até a cidade de Navegantes para conhecer o trabalho dos médicos estrangeiros, e lá também produzimos a reportagem fotográfica (que, desta vez, está incorporada ao longo da matéria principal, junto com outros elementos gráficos). O informativo também traz discussões sobre a remuneração por desempenho e uma entrevista com o Secretário Executivo de Combate à Fome sobre a distribuição de água e alimentos como fator condicionante de promoção da saúde. Boa leitura! Contamos com a sua participação através das nossas redes sociais!

No mês de junho foi lançada a reedição do minicurso sobre “Introdução ao Acolhimento” e também o novo minicurso sobre “Classificação de Risco”. Para esses cursos, foram preparados materiais didáticos mais interativos, e você poderá fazer o download do conteúdo em PDF e ainda acessar o conteúdo on-line. A metodologia continua sendo autoinstrucional, ou seja, o aluno pode organizar o seu tempo de estudo da forma que lhe for mais conveniente, dentro do prazo de 30 dias, contados a partir da data de início do curso. Para se inscrever, fique atento às notícias do Telessaúde SC no Portal e no Facebook, pois serão ofertadas diversas turmas até o fim do ano. Além disso, estão sendo preparados os seguintes minicursos, que serão lançados em breve:

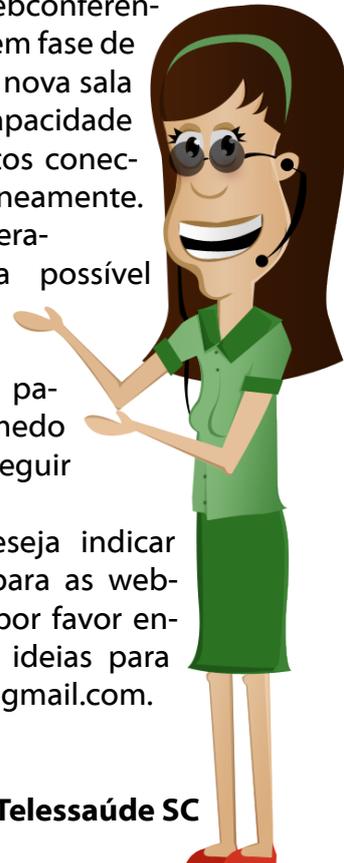
1. Reedição do minicurso de “Agentes Comunitários de Saúde”;
2. Reedição do minicurso “Trabalho com Grupos na ABS”;

3. Novo curso “Núcleo de Apoio à Saúde da Família”.

Também temos outra novidade, agora para as pessoas que participam das webconferências: estamos em fase de testes de uma nova sala virtual, com capacidade para 300 pontos conectados simultaneamente. Assim nós esperamos que seja possível que mais pessoas acompanhem nossas palestras, sem medo de não conseguir lugar na sala.

Se você deseja indicar algum tema para as webconferências, por favor encaminhe suas ideias para telessaudesc@gmail.com.

Equipe Telessaúde SC



Parabéns!

O Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina (CIT/SC) comemorou, no último mês de maio, 30 anos de serviços prestados à comunidade. O Centro é referência estadual na área de Toxicologia Clínica, funcionando em regime de plantões 24h para atender a todos os casos de envenenamentos e intoxicações. O Telessaúde SC parabeniza todos os profissionais que fazem parte desta equipe pela qualidade e importância de seus serviços, contribuindo há anos para reduzir danos.



Remuneração por desempenho: uma decisão das gestões

Diferentes modelos de remuneração variável na Atenção Básica são discutidos e colocados em prática em todo o Brasil. O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB), lançado em 2011, é apenas uma entre as muitas experiências de remuneração variável. “Entendemos que remunerar por desempenho qualifica a Atenção Básica, mas isso não é obrigatório: é o município que decide ou não aderir”, explica Francly Webster Pereira, representante do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde. “Há, inclusive, em cidades como Curitiba, por exemplo, experiências anteriores ao PMAQ”, acrescenta.

Embora a gestão municipal tenha autonomia para escolher se irá ou não remunerar as equipes por desempenho, e de que maneira será feita a bonificação, o Ministério da Saúde reconhece a complexidade da decisão. Por isso, desde 2011 são realizados diálogos on-line para debater o tema, tirar dúvidas, dar segurança jurídica para os municípios e esclarecer os trâmites legais.

Segundo Francly Webster Pereira, a maioria dos municípios brasileiros que atualmente premia equipes não diferencia o valor da bonificação por categoria profissional. No entanto, ele ratifica que tudo depende da negociação da gestão com as equipes. “O tema é realmente complexo porque há ainda muita diversidade de vínculos empregatícios

em algumas cidades”, pondera.

Em Florianópolis, o benefício é pago por categoria, e não por equipe. Edenice Reis da Silveira, diretora de planejamento da Secretaria de Saúde do município, admite que não há consenso sobre a melhor forma de remuneração. “Há muita discordância interna no que diz respeito ao pagamento dos benefícios. Afinal, hoje, quando a equipe atinge a meta estipulada, a remuneração do médico é maior que a de um enfermeiro, por exemplo”, reconhece. “Entendemos que o Ministério elabora suas avaliações nacionalmente, mas, ao tomar nossas decisões, sempre vamos levar em conta as particularidades do município”, finaliza Edenice.

O MS promove diálogos on-line para debater o tema e dar segurança jurídica aos municípios

O Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (NESCON/UFMG) é responsável por identificar os municípios que possuem alguma forma de remuneração por desempenho na AB, realizar diálogos on-line e entrevistas telefônicas, além de visitar os representantes para discutir o tema. As conversas são divididas por região, e os municípios que participaram da primeira etapa no Sul fo-



ram Bom Princípio, Nova Prata e Tupanci do Sul, no Rio Grande do Sul; Metalândia, Paraíso do Norte e Pato Branco, no Paraná; e São Bento do Sul, em Santa Catarina. “Também estamos produzindo um manual, que vai conter informações básicas sobre o processo de implantação de remuneração por desempenho”, acrescenta Ana Cristina van Stralen, membro do NESCON/UFMG. Os resultados destes trabalhos serão divulgados no site do DAB.

O Ministério recomenda que os municípios estejam conscientes da complexidade e da importância do tema, e mantenham-se atentos aos estudos e diálogos realizados nacionalmente, para que tomem a melhor decisão possível, de acordo com suas particularidades. “Há um fórum aberto na Comunidade de Práticas da Atenção Básica que pode ser muito útil para os profissionais e as gestões municipais se informarem e tirarem eventuais dúvidas”, recomenda Francly Pereira, representante do DAB. Ele anuncia que estão previstos novos diálogos on-line ainda este ano, cujas datas ainda não foram definidas.



O desafio de distribuir alimentos para todas as regiões do estado

O artigo 3º da Lei N.º 8.080/90, que dispõe sobre a implementação do SUS, define que a alimentação constitui um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde da população, cujos níveis expressam “a organização social e econômica do país”. Considerando que o próprio conceito de saúde integral pressupõe uma alimentação adequada, o Secretário Executivo de Políticas Sociais de Combate à Fome, **Rodrigo Mello da Rosa**, comenta as estratégias e os obstáculos para a distribuição de água e alimentos em Santa Catarina

Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, estamos vivendo “a primeira geração de crianças sem fome” no Brasil. O senhor considera essa expressão adequada? Em que medida é possível estabelecer relações entre essa “primeira geração sem fome” e os programas de assistência do governo, como o Bolsa Família?

Eu considero que sim: as crianças que estão nascendo hoje fazem parte da primeira geração que não vai passar fome no país¹, e nos últimos anos temos trabalhado de forma intensa e coletiva para atingir esse objetivo. O programa Bolsa Família, por exemplo, é importantíssimo, porque garante o repasse de um valor mensal a muitas famílias para que possam comprar seus alimentos mais básicos. No estado, o governo inclusive compra dessas famílias o alimento que elas produzem em suas residências, o que resulta em quase R\$ 5.500,00 para cada agricultor ao final do ano. Também posso mencionar como algo importantíssimo o nosso Plano Estadual de Segurança Alimentar, que tem previsão



para lançamento em novembro, e irá conter todas as metas e diretrizes do governo até 2019.

Entre 2000 e 2012, Santa Catarina reduziu a pobreza absoluta de 37% para 17% e, segundo dados do IBGE de 2012, somos o estado com menor desigualdade social. Em contrapartida, qual o perfil das comunidades mais carentes de Santa Catarina? Através de quais políticas vocês pretendem atender às necessidades desse público?

A insegurança alimentar está, quase sempre, relacionada ao campo e à agricultura². Entendemos que o êxodo dos trabalhadores rurais para a cidade tem efeitos muito negativos. Por isso, nossos maiores investimen-

tos concentram-se na tentativa de manter o agricultor no campo, através de benefícios e estímulos à produção. Uma ideia, que já tem beneficiado muitas famílias, é a seguinte: o agricultor recebe um cartão [através do Programa de Aquisição de Alimentos (PAA)], vende os alimentos que produz para núcleos escolares, redes de equipamentos e famílias em situação de insegurança alimentar, e recebe os benefícios do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) diretamente através do cartão, garantindo renda para o ano todo.

Em abril, foi assinada uma ordem de serviço de R\$ 235 mil para a construção de equipamentos públicos de segurança alimentar. Quais cidades receberão esse projeto? Qual são os pré-requisitos para seleção dessas cidades?

São dez equipamentos: um restaurante popular em Xanxerê, cozinhas comunitárias em Xaxerê, São Bento do Sul e Itajaí, unidades de apoio à distribuição de alimentos em Guaramirim, Rio do Sul, São Bento do Sul e Xanxerê, e bancos de alimentos em Xanxerê e Itajaí. Primeiramente,

1 - O Telessaúde SC entende o conceito de alimentação de uma forma mais ampla, na qual não passar fome significa ter o seu direito humano à alimentação adequada garantido, englobando ainda a qualidade nutricional, sanitária, etc.

2 - A insegurança alimentar também pode estar relacionada com inúmeros outros fatores, como o subemprego, por exemplo.



foi realizado um estudo para localizar quais as necessidades de cada município, e quais estavam realmente precisando, e então chegamos a de nominadores comuns. Levamos em conta, por exemplo, o fato de serem municípios que não têm atuação da Companhia Nacional de Abastecimento (Conab), e consideramos, é claro, que são regiões com grande produção rural.

Como funcionam os Bancos de Alimentos, e de que forma eles ajudam a reduzir o desperdício de comida nos municípios? O Ministério da Saúde considera como beneficiários desse projeto, os municípios com população acima de cem mil habitantes, mas Santa Catarina é formada principalmente por municípios pequenos. Qual é a estratégia para essas cidades?

Os bancos de alimentos recebem muitas doações de indústrias e supermercados. Em geral, são

Plano Estadual de Segurança Alimentar será lançado em novembro e definirá diretrizes até 2019

produtos que não vão ser comercializados, mas são adequados ao consumo humano. Assim, os bancos recebem e depois redistribuem para diversas entidades, inclusive para os próprios restaurantes populares e cozinhas comunitárias. Como foi mencionado, Santa Catarina possui poucos municípios com população acima de cem mil habitantes,

e por isso pensamos muito na regionalização. Ou seja, nossa proposta é que os municípios vizinhos também sejam beneficiados por esses equipamentos, e viabilizem formas de levar seus cidadãos para fazerem uso deles. Então, é preciso deixar claro que, mesmo que o equipamento esteja instalado em um município x, sua utilização não é exclusiva dos habitantes desse município.

Os restaurantes populares e as cozinhas comunitárias têm se mostrado uma estratégia eficiente para proporcionar aos trabalhadores o acesso a refeições mais nutritivas e diversificadas a preços acessíveis? Quantas refeições são servidas em média por dia nestes restaurantes populares em Santa Catarina, e qual o valor cobrado dos cidadãos?

O restaurante popular garante, no mínimo, mil refeições por dia. Em relação ao cardápio, sugerimos que se respeite sempre os hábitos culturais e alimentares de cada região. A cozinha comunitária, por outro lado, é um equipamento menor: ela é responsável por cem refeições diárias, gratuitas ou não, mas também inclui o fortalecimento de ações coletivas e da identidade comunitária. Apesar das diferenças, são dois equipamentos consolidados em relação à segurança alimentar, que beneficiam diariamente os trabalhadores. O governo estadual, é preciso dizer, investe na construção desses equipamentos, mas a gestão é dos municípios. São as prefeituras e as secretarias municipais que definem quanto vai ser cobrado por refeição, por exemplo.

Em países de 1º mundo, assim que a luta contra a desnutrição é superada, logo começa uma preocupação com a obesidade. Pode-se dizer que Santa Catarina já está diante desse problema, ou o desafio ainda é proporcionar o acesso dos cidadãos à quantidade mínima de calorias por dia?

A obesidade, na minha visão, já deve ser uma preocupação no Brasil inteiro, não só em Santa Catarina. Temos o exemplo dos Estados Unidos e de alguns países da Europa, e por isso estamos muito preocupados com esse tema aqui na Secretaria. Inclusive, é muito importante mencionar isso porque no Plano Estadual de Segurança Alimentar haverá muitas metas relacionadas diretamente à prevenção da obesidade.

Em relação ao acesso à água potável no estado, quais foram os principais avanços conquistados nos últimos anos, e quais as dificuldades?

Através de um convênio com o MDS, estamos construindo 4.908 cisternas de 16 mil litros. Para se ter noção, essa capacidade é suficiente para atender a uma família de seis pessoas por oito meses, em média. A maioria das cisternas será localizada nas regiões oeste e extremo-oeste, e pelo menos 200 já estão prontas. A principal dificuldade que enfrentamos é logística: é complicado chegar a alguns locais, porque estão muito isolados, e o acesso é bastante difícil. Contudo, existe um esforço enorme da Secretaria, e acreditamos que todas as cisternas estarão funcionando em breve.



Em um ano, Mais Médicos supera polêmicas e faz a diferença no SUS

Julho de 2013 ficou marcado na história do Brasil não apenas devido às manifestações populares que tomaram conta das ruas do país: também foi o mês de lançamento do programa Mais Médicos. A medida provisória nº 621, que instituiu o programa, foi publicada no Diário Oficial da União no dia 8 de julho, e logo tornou-se alvo de ataques por parte dos principais jornais brasileiros e do Conselho Federal de Medicina (CFM). O assunto foi debatido exaustivamente, e em qualquer roda de conversa era comum ouvir a seguinte pergunta: **Você é a favor ou contra a vinda dos médicos cubanos?** Um ano depois, a polêmica começa a ser deixada de lado, e basta olhar o mapa de distribuição dos profissionais para perceber os benefícios do Mais Médicos para a ampliação do alcance da Atenção Básica

O programa Mais Médicos foi anunciado pelo governo federal como uma medida emergencial para solucionar a carência de profissionais no serviço de Atenção Básica (AB), principalmente em municípios do interior do país, ou em regiões periféricas das grandes cidades.

Inicialmente, o edital é aberto para que os municípios se cadastrem e solicitem participar do programa. Em seguida, os médicos brasileiros vinculados aos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) têm a chance de se inscrever via internet e selecionar o município em que desejam atuar - só é possível escolher localidades com situação mais emergencial do que aquela onde eles já atuam. Em segundo lugar na ordem de escolha estão os intercambistas individuais, que podem ser estrangeiros ou brasileiros graduados no exterior. As vagas remanescentes são preenchidas através de um acordo de cooperação com o governo cubano, que se compromete a enviar médicos desde a ilha caribenha conforme a demanda solicitada pelo Ministério da Saúde. Os profissionais vinculados ao

Mais Médicos são autorizados a trabalhar no Brasil por três anos.

Desde 2013, o país recebeu 11,1 mil cubanos através do Mais Médicos, dentre os quais 14 (0,1%) abandonaram o programa. O maior índice de desistência proporcional encontra-se, curiosamente, entre médicos brasileiros: dos 1,5 mil, pelo menos 130 profissionais (8,4%) deixaram o programa, segundo o Ministro da Saúde, Arthur Chioro.

Atualmente, atuam em Santa Catarina 438 profissionais vinculados ao Mais Médicos: são 37 médicos brasileiros, 85 intercambistas individuais com registro profissional em outro país, e 316 médicos que vieram através do acordo de cooperação entre os governos Dilma Rousseff e Raul Castro.

Nesta reportagem especial você irá conferir depoimentos de quem atua na educação permanente dos profissionais estrangeiros, de gestores e dos próprios médicos, que expõem suas impressões sobre o acolhimento e sobre os primeiros meses de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS).

Santa Catarina recebeu 438 profissionais vinculados ao Mais Médicos. Além do acordo de cooperação com Cuba e dos médicos brasileiros, há intercambistas de 14 países

Navegantes: exemplo de acolhimento

O Vale do Itajaí é a região de Santa Catarina que mais recebeu profissionais através do programa Mais Médicos (ver mapa na página 9). Com 68 mil habitantes, o município de Navegantes foi um dos primeiros a aderir ao programa, e passou a ter 11 novos profissionais no SUS: seis cubanos, um mexicano, um argentino e três brasileiros que fizeram sua graduação em Cuba. Eles começaram a chegar em setembro do ano passado, quando cinco das 18 unidades estavam sem profissionais, mesmo após concurso.

“Sempre ouvíamos falar que Cuba era uma referência na medicina, mas não sabíamos como esse intercâmbio se daria na prática”, lembra o secretário municipal de saúde Samuel Paganelli, admitindo que tinha poucas informações sobre os médicos. Ele foi o principal responsável por acolher os dois primeiros profissionais cubanos, que chegaram em setembro. “Acompanhamos e inicialmente fizemos capacitações com relação ao receituário. Praticamente adotamos eles”, revela.

“Duas profissionais que estão em Navegantes têm filhos muito



“Queríamos o médico brasileiro, mas ninguém apareceu e aderimos ao programa”

pequenos. Imagina você ir sozinho para outro país e não saber como vai ser?”. O relato de Samuel evidencia a importância de se acolher os estrangeiros levando em conta aspectos pessoais da vida de cada médico. O secretário também recorda que alguns profissionais chegaram no final de dezembro e foram recebidos com festa de natal e de final de ano. “Demos todo apoio a eles”, ratifica.

Outro foco do acolhimento foi promover boas condições para a instalação dos médicos, já que habitação e alimentação são responsabilidades do município. Em Navegantes, houve um grande esforço para proporcionar moradia confortável. “Buscamos um

imóvel bom. Três médicos moram em uma casa de frente para o mar, toda mobiliada, com internet”, conta Samuel. E o problema foi além da hospedagem, pois a maioria dos médicos não sabiam, por exemplo, em qual região do Brasil iriam atuar. “Muitos pensavam que talvez

fossem à Amazônia, e não trouxeram roupas de frio. Por isso, fomos com eles para Brusque fazer compras”, relata o secretário.

A importância do apoio da gestão também se mostrou fundamental na mediação de pequenos conflitos no ambiente de trabalho, influenciados pelo contexto nacional de resistência à chegada dos estrangeiros. Samuel disse que alguns médicos brasileiros questionaram o programa, como aconteceu no país inteiro. “A gente procurou mostrar que não excluímos o profissional brasileiro para empregar o de outro país. Queríamos que o brasileiro viesse, mas ninguém apareceu e nos vimos obrigados a optar pelo programa”, explica.

Para Porfírio Rafael Guillen Duardo e Yurisel Stewart Cano, médicos cubanos que atuam no município, o acolhimento diferenciado e integral que receberam foi fundamental para uma adaptação tranquila, que os incentivou a realizar um trabalho com mais dedicação, e se concretizou com a resposta positiva da comunidade.



Porfírio e Yurisel são dois dos seis cubanos em Navegantes

Os laços com a comunidade

Quando chegou a Navegantes, em setembro do ano passado, o médico cubano Porfírio Guillen temia as manifestações contra os profissionais estrangeiros que acompanhava pela imprensa brasileira. “Eu achava que seria difícil, pelos infelizes acontecimentos que ocorreram quando os primeiros cubanos desembarcaram no Brasil. Mas isso foi uma porcentagem muito pequena da população, e o mais importante para nós é a população”.

Para Porfírio, a boa aceitação da comunidade onde atua foi construída com base em laços de confiança e amizade. O médico hoje está bastante inserido no cotidiano da cidade, participando, inclusive, de festas de igreja. “Eles ganham presentes (um peixe, um pão de queijo), agrados que demonstram que a comunidade está satisfeita”, comenta o secretário de saúde Samuel Paganelli.

O gestor acredita que o acolhimento da população aos médicos estrangeiros justifica-se principalmente pela forma de atendimento, que valoriza o diálogo e a atenção ao paciente: “Eles conversam mais, parecem até mais humanos, se preocupam e se envolvem com os problemas das pessoas, e a comunidade reconhece isso”. Samuel ainda analisa que não existe um endeuamento da profissão de médico em Cuba, o que contribui para aproximar o profissional do público.

O legado possível

“Eu gosto de trabalhar com gente simples”, afirma Porfírio, satisfeito com a receptividade de seu trabalho. O clínico-geral, com 18 anos de experiência na área, revela que participar do programa Mais Médicos e conhecer o Brasil é a realização de um sonho. “Muitos de nós sempre tivemos vontade de visitar o país, por sua população, cultura, mas também porque Brasil e Cuba tem sido países amigos por muitos anos, tanto na esfera política e cultural, como na esfera médica”.

Por sua vez, o que motivou a Dra. Yurisel Stewart Cano a deixar a filha pequena em Cuba e vir prestar ajuda médica foi a curiosidade de aprender mais sobre doenças que não existem em seu país de origem. A profissional, que também trabalhou na Venezuela, destaca que os médicos cubanos são preparados para prestar ajuda humanitária: “Quase todos aqueles que estão aqui no Brasil já têm, ao menos, uma missão em outra nação”. No final de três anos, período em que trabalharão no programa, Yurisel e Porfírio acreditam que o Mais Médicos poderá marcar uma diferença na

Países de origem dos intercambistas estrangeiros em Santa Catarina*



Argentina - 20



Venezuela - 8



Bolívia - 6



Espanha - 6



México - 6



Uruguai - 3



Colômbia - 2



Portugal - 2



Cazaquistão - 1



Guiné-Bissau - 1



Honduras - 1



Nicarágua - 1



Peru - 1



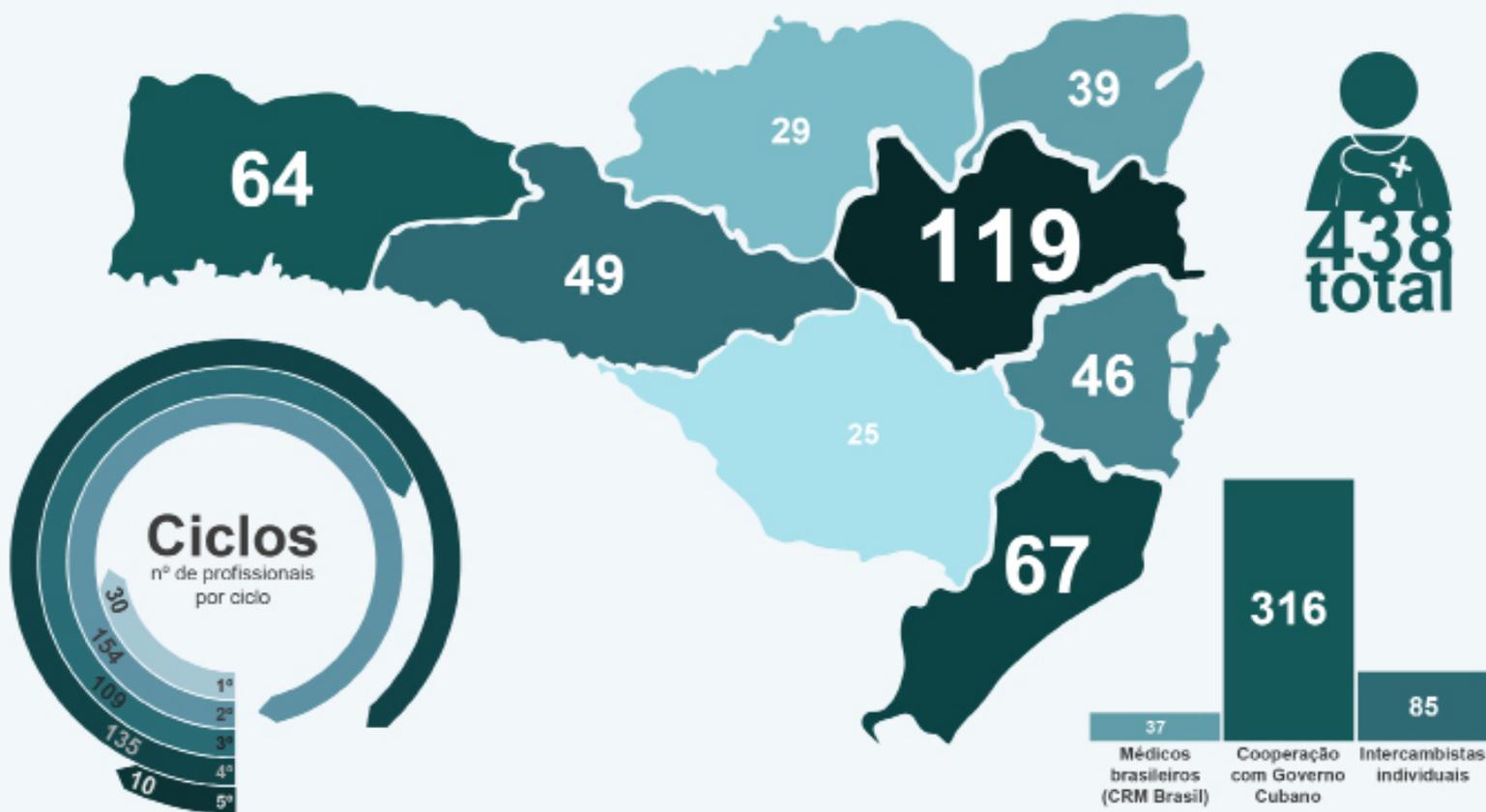
Síria - 1

*Este quadro refere-se somente aos intercambistas individuais.

Atenção Básica brasileira. Ambos ressaltam a necessidade de se melhorar em alguns aspectos, - como agilizar a entrega dos resultados de exames complementares -, e acreditam que sua principal contribuição para o desenvolvimento do SUS é a noção de que o mais importante é sempre o cidadão. Porfírio reforça a ideia de criar uma cultura de atendimento que priorize o usuário: “Nós temos como pressuposto que a saúde não é um mercado, portanto os usuários não são clientes”. Segundo ele, se os médicos cubanos conseguirem deixar esse legado, a própria sociedade civil passará a promover o controle social e a exigir a mesma postura dos demais profissionais.



Distribuição dos profissionais vinculados ao programa Mais Médicos em Santa Catarina*



* Dados informados pelo Ministério da Saúde em maio de 2014. Há margem de erro devido às frequentes transferências de profissionais estrangeiros

“Os cubanos têm plena consciência de que vieram em missão humanitária”

Coordenadora das tutorias da UNASUS para o Programa Mais Médicos enaltece interesse por cursos de capacitação

A educação permanente através da UNA-SUS é obrigatória para os profissionais estrangeiros vinculados ao Mais Médicos, e eles têm demonstrado muito interesse em aprender a lidar com as ferramentas nos cursos. É o que sinaliza Deise Warmling, coordenadora das tutorias UNA-SUS para o Programa Mais Médicos em Santa Catarina e no Paraná. “Os resultados são bastante satisfatórios. Antes, eles respondiam quase todas as avaliações em *portunhol*, ou usavam tradutores on-line; hoje, muitos já respondem tudo em português”, relata satisfeita. Cada profissional recebe um *tablet*, com

o qual realiza uma avaliação via internet ao final de cada mês. As provas presenciais acontecem a cada três meses.

A primeira turma, composta por profissionais do 1º e do 2º ciclo do programa Mais Médicos, tem 430 alunos e começou em novembro. Neste grupo, 85% são cubanos, 5% são brasileiros, e os demais são intercambistas individuais. A segunda turma começou no dia 31 de março e tem cerca de 800 alunos do Mais Médicos, quase o dobro da turma anterior. “Percebemos um interesse grande dos médicos em contribuir para suprir carências do sistema de saúde brasi-

leiro. Os cubanos, principalmente, têm plena consciência de que vieram em missão humanitária. Através dos fóruns, percebemos que eles estão curiosos para conhecer cada vez melhor o sistema brasileiro, suas semelhanças e diferenças de legislação e funcionamento em relação ao sistema cubano”, comenta Deise. “Eles são otimistas, também. Quando discutimos algumas diretrizes, percebemos que eles não desvinculam as ideias da realidade; eles consideram que é realmente possível aplicar na prática todo o projeto do SUS, e melhorar cada vez mais a Atenção Básica”, finaliza.



O melhor momento para fazer o teste do pezinho

O teste do pezinho deverá ser realizado preferencialmente a partir do 3º até o 7º dia de vida [1,2], e nunca antes de 48 horas de vida, pois os resultados podem não ser confiáveis. Se, por algum motivo especial, o exame não puder ser realizado no período recomendado, deve ser feito em até 30 dias após o nascimento, para se minimizar possíveis prejuízos no atraso do início do tratamento.

No Brasil, a triagem neonatal inclui o rastreamento para anemia falciforme, hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria e fibrose cística [3].

A realização do teste dá-se a partir do 3º dia porque nesta fase do desenvolvimento da criança já ocorreu ingestão adequada de proteínas, sendo então possível analisar com mais segurança o metabolismo da fenilalanina, evitando-se resultados falsos negativos para fenilcetonúria [2].

A idade ideal para coleta da primeira amostra de sangue para o rastreamento com hormônio estimulante da tireoide (TSH) é entre o 3º e o 5º dia de vida, quando já ocorreu a diminuição do pico pós-natal de elevação fisiológica do TSH [5]. A dosagem de TSH nas primeiras 24 horas de vida pode acarretar um aumento de falsos positivos para hipotireoidismo congênito [2].

Para a triagem de fibrose cística, é utilizada a medida da Tripsina Imunoreativa (IRT); em crianças acima de 30 dias de vida, os níveis sanguíneos de IRT podem se apresentar com valores reduzidos mesmo em portadores da



patologia, gerando assim maior número de resultados falsos negativos, fator que deve ser lembrado nos casos em que há necessidade de repetição da dosagem [4].

Desde 2001, a triagem neonatal é prática obrigatória no Brasil, como uma ação preventiva que permite fazer o diagnóstico de doenças congênitas, assintomáticas no período neonatal, a tempo de se interferir no curso da doença. Dessa forma, é possível realizar o tratamento precoce específico, bem como a diminuição ou eliminação das sequelas associadas a cada doença [3].

Evidências e Referências:

1 - Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 822, de 06 de junho de 2001. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal / PNTN. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0822_06_06_2001.html.

2 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Depar-

tamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica. 2012; (33): 54-5. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab33>.

3 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Primária. 2010; (29): 55-7. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf.

4 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do programa nacional de triagem. 2. ed. ampl. Brasília. 2004; pp. 26 e 45. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/04_0808_M1.pdf.

5 - Magalhaes PKR, Turcato MF, Ângulo IL, Macie LM. Programa de Triagem Neonatal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Cad. Saúde Pública. 2009; 25 (2): 445-454. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000200023.



Pergunta destaque do mês: uso prolongado do funcho

Qual a indicação, contra-indicação e efeitos adversos do uso prolongado do funcho (*Foeniculum vulgare*) com gestantes, lactantes e menores de 12 anos?

A espécie *Foeniculum vulgare*, chamada popularmente de funcho, muitas vezes é confundida com erva-doce. Ela tem indicação como antiflatulento, antidispéptico, antiespasmódico [1], usado no alívio de dor em dismenorrea primária [2], síndrome pré-menstrual moderada e leve [7] e tratamento de cólica infantil [3,4,5,6].

Uso na gestação e durante a amamentação: o uso do funcho não é recomendado no primeiro trimestre de gestação devido à atividade estrogênica da planta [5]. Caso haja necessidade de administrá-lo, usar com cautela, e não ultrapassar sete dias [8].

Uso em crianças: há evidências de seu uso para tratamento de cólica infantil para menores de doze anos [3,4,5,6], devido a sua ação na redução dos espasmos intestinais e ao aumento da motilidade intestinal delgada [4]. Em crianças em aleitamento exclusivo, recomenda-se o uso tópico do óleo essencial de funcho.

Posologia (acima de doze anos): o infuso (1 colher chá de frutos esmagados para 150mL de água fervente, tomar 3x ao dia) [8] ou tintura (50 gotas, ou 2,5 mL, da tintura em 75 mL de água uma a três vezes ao dia), por 7 dias, para alívio da cólica infantil [1]. Menores de doze anos, usar 1/4 da dose, de acor-

do com a idade.

Precauções na manutenção da terapia: O uso consecutivo do funcho (para eliminar ou prevenir gases e regular a função intestinal) em crianças, gestantes e lactantes não deve ser maior que uma semana, pois a planta apresenta atividade estrogênica, aumentando o risco de reações indesejadas, por exemplo, a telarca prematura em meninas e fertilidade masculina [5,6].

Caracterização da pergunta

Profissional solicitante: Nutricionista/Fisioterapeuta

Descritores DeCS: *Foeniculum vulgare*, planta medicinal, reações adversas, uso gestação, uso crianças

Descritores ICPC2: W50, X20

Telec.: Equipe Telessaúde SC

Referências e evidências:

1- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira, Tintura de Funcho. 2011; pp 78. Disponível em: <http://goo.gl/OWW19P>. [Acessado em 28 de março, 2014].

2- Akhavan AM et al. Efficacy of *Foeniculum vulgare* mill extract on menstrual bleeding over the students of Shahid Beheshti. Scientific Information Database. 2013; 117-123 Disponível em: <http://http://goo.gl/oCMvV9>. [Acessado em 28 de março, 2014].

3- Savino F et al. A randomized double-blind placebo-controlled trial of a standardized extract of *Matricariae recutita*, *Foeniculum vulgare* and *Melissa officinalis* (ColiMil) in the treatment of breastfed colicky infants. *Phytother*



Res. 2005; 19 (4):335-40. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/16041731>. [Acessado em 1 de abril, 2014].

4- Alexandrovich I et al. The effect of fennel (*Foeniculum Vulgare*) seed oil emulsion in infantile colic: a randomized, placebo-controlled study. *ALTERNATIVE THERAPIES*. 2003; 9 (4):58-61. Disponível em: http://www.aromamd.net/edu_colic_fennel.pdf. [Acessado em 28 de março, 2014].

5- Rahimi R, Ardekan MRS. Medicinal properties of *Foeniculum vulgare* Mill. in traditional Iranian medicine and modern phytotherapy. *Chinese Journal of Integrative Medicine*. 2013; 19 (1): 73-79. Disponível em: <http://goo.gl/NPa0bV>. [Acessado em 28 de março, 2014].

6- Turkyilmaz Z et al. A striking and frequent cause of premature thelarche in children: *Foeniculum vulgare*. *Journal of Pediatric Surgery*. 2008;43 (11): 2109-20111. Disponível em <http://goo.gl/7LPuL0>. [Acessado em 15 de março, 2014].

7- Delaram M, Heydarnejad MS. Herbal remedy for premenstrual syndrome with fennel (*Foeniculum vulgare*) - Randomized, placebo-controlled study. *AdvClinExp Med*. 2011; 20 (4): 509-512. Disponível em: <http://goo.gl/e0mfEL>. [Acessado em 28 de março, 2014].

8- Universidade Federal de Santa Catarina. Hospital Universitário. Horto didático de plantas medicinais. Funcho. Disponível em: <http://goo.gl/5w87Md>. [Acessado em 28 de março, 2014].



Dicas

Evento



Estão abertas as inscrições para o 2º Congresso Brasileiro de Medicina Legal e Perícias Médicas, que será realizado simultaneamente ao XII Congresso Brasileiro de Odontologia Legal. O evento será na cidade de Florianópolis e contará com palestrantes nacionais e

internacionais, com foco na ampla capacitação técnica dos profissionais da área.

Quando: 03 a 06 de setembro

Onde: Florianópolis/SC

Mais informações: <http://www.abmlpm2014.com.br/>

Filme



O menino e o mundo (2014)

Qual a imagem deste mundo frenético através do olhar de uma criança? Sofrendo com a falta do pai, um menino deixa a sua aldeia e viaja para descobrir um fantástico mundo novo, com máquinas-bichos e estranhos seres. Um longa de animação brasileiro que está ganhando o público e a crítica internacional ao abordar as questões do cotidiano moderno pela visão de um menino. A animação, apontada como favorita ao Oscar 2015, também poderá conquistar você.

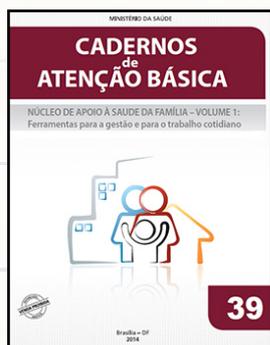
Viagem



São Thomé das Letras (MG)

Recheado de montanhas, cachoeiras e cavernas, este é um excelente destino para os fãs de ecoturismo. A cidade localiza-se a 350 km de Belo Horizonte, tem apenas sete mil habitantes e encontra-se cercada pela Serra da Mantiqueira. Suas construções são repletas de blocos de quartzito, o que confere ao local um inusitado clima medieval. A Igreja Matriz, de estilo barroco, foi construída em 1785 e é um dos principais cartões postais da região. Vale a pena conhecer!

Publicações



Está disponível o primeiro volume do Caderno de Atenção Básica do NASF (<http://goo.gl/gl-QR3Q>). A publicação foi elaborada com foco nas ferramentas para gestão e para o trabalho cotidiano do núcleo.

Cursos

Confira os cursos à distância da Comunidade de Práticas da Atenção Básica, disponíveis no site <http://atencaobasica.org.br/courses>. São variados temas como doenças crônicas, uso de plantas medicinais e outros. Participe!





Programação de webs de Julho

09/07

Reprise: Programa Saúde na Escola no e-SUS

Palestrante: Jane Laner Cardoso / Coordenadora Estadual do Programa Saúde na Escola

Resumo: O objetivo do uso do e-SUS no PSE é a redução do retrabalho da coleta de dados e também individualizar o registro e produzir informação integrada de cada criança a todos os profissionais de saúde, ampliando o cuidado.

23/07

Cefaléia - 15h

Palestrante: Pedro Henrique Albino / Neurologista

16/07

Tratamento periodontal em cardiopatas- 15h

Palestrante: Marcos Vinicius Zendron / Prof. do Depto. de Odontologia da UFSC

30/07

Afasia - 15h

Palestrante: Aline Megumi Arakawa / Doutoranda em Odontologia em Saúde Coletiva e Prof. da UFSC

Resumo: Informações sobre a afasia são fundamentais e a Fonoaudiologia pode oferecer ferramentas à Atenção Básica para proporcionar uma melhor qualidade de vida a esses indivíduos.

WORKSHOPS

01/07 - médicos

Abordagem da esquizofrenia e das síndromes psicóticas na APS - 16h

Palestrante: Siegrid Kurzawa Zwiener dos Santos / Médica e teleconsultora clínica do Telessaúde SC

Resumo: A esquizofrenia tem sido relatada em estudos recentes na América Latina e no Brasil com taxas de prevalência próximas a 1%. Torna-se, portanto, fundamental, em algumas circunstâncias, que a atenção primária saiba manejar esses pacientes.

10/07 - Médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas

Prescrição de Plantas Medicinais e Fitoterápicos na ABS - 16h

Palestrante: Gisele Damian Antonio / Teleconsultora Telessaúde SC

Resumo: Compreendendo como os profissionais de saúde podem prescrever ou recomendar plantas medicinais e fitoterápicos na ABS de acordo com as legislações vigentes.

17/07 - médicos e enfermeiros

Cuidadores Terapêuticos - 16h

Palestrante: Camille Macedo Nunes / Terapeuta ocupacional

24/07 - médicos e enfermeiros

Sinais e sintomas das recaídas no câncer de mama - 16h

Palestrante: Carlos Gustavo Crippa / Médico

Participe!

Envie suas ideias para o próximo informativo e siga nossas redes sociais:



facebook.com/Telessaudesc



youtube.com/telessaudesc



telessaudesc@gmail.com



telessaude.sc.gov.br

Expediente: **Jornalista Responsável:** Daniel Giovanaz **Texto, redação, diagramação e edição:** Beatriz Carrer, Camila Peixer, Daniel Giovanaz e Thaine Machado **Fotografia:** Marcelo Marques de Melo **Design e ilustração:** Vanessa de Luca **Orientação:** Luana Gabriele Nilson, Luíse Lüdke e Thaís Titon de Souza **Revisão:** Beatriz Carrer, Camila Peixer, Daniel Giovanaz e Thaine Machado



Telessaúde SC Informa

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