



Telessaúde Informa

Boletim Informativo do Núcleo de Telessaúde SC

edição 34 | junho de 2015



A experiência de uma equipe
que trabalham com
pessoas em situação de rua

página 4



Os desafios contra o
tabagismo que repercutem
na saúde pública

página 8



Profissionais reúnem-se em
Florianópolis para trocar
experiências de Humanização

página 12

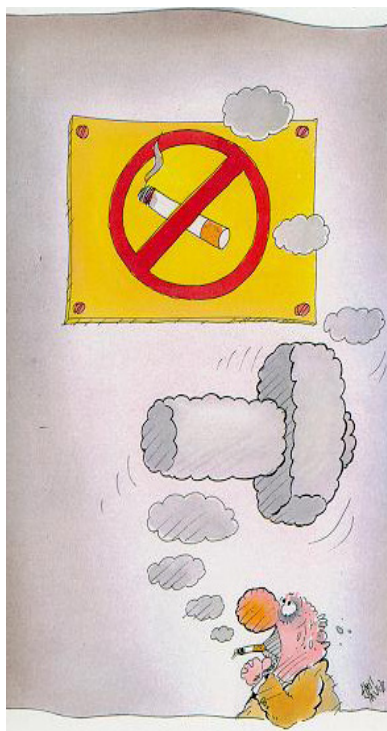
Nesta edição

Gostaríamos de não falar mais sobre tabagismo. Gostaríamos que o assunto estivesse esgotado, que fosse desnecessário reforçar os prejuízos causados pelo cigarro, tanto para o organismo dos indivíduos quanto para os cofres públicos. Mas, infelizmente, a indústria do tabaco não poupa esforços para popularizar ainda mais o hábito de fumar, e cabe a nós propagar informações para enfrentar esse inimigo. A reportagem principal deste número, portanto, traz informações relevantes e valiosas sobre o tema e pretende estimular os profissionais de saúde do estado a solicitar mais e mais teleconsultorias sobre o controle do tabagismo na Atenção Básica. A batalha não está perdida!

Esta edição do **Telessaúde Informa** ainda apresenta na sessão Click a cobertura de um dos mais importantes eventos relacionados à Política Nacional de Humanização (PNH) em Santa Catarina. Não deixe de conferir também a sessão Cotidiano: nossa reportagem acompanhou um dia de trabalho da equipe do Consultório na Rua em Florianópolis e fez um relato muito interessante sobre o potencial e os desafios desse programa.

Agradecemos as sugestões de pauta sempre pertinentes. Continue colaborando conosco! Envie suas ideias para: telessaude.sc@saude.sc.gov.br.

Boa leitura!



As charges sobre os males do tabagismo fazem parte do trabalho do artista turco Kamil Yavuz

Destaque	3
Cotidiano	4
Entrevista	6
Reportagem	8
Click!	12
Teleconsultoria	14
Dicas	18
Agenda	19



ACOLHIMENTO EM PAUTA:

produção do Telessaúde SC reúne diversas abordagens

O **acolhimento** é alicerce para o alcance dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Básica (AB) e, por isso, merece ser pauta de nossas reflexões. Pensando nisso, o *Núcleo Telessaúde SC* se dedica a apoiar os profissionais de saúde e gestores na organização do processo de trabalho e ações em saúde relacionadas ao acolhimento.

Desde o final de 2014, parte da nossa equipe de Teleconsultoria vem elaborando, com o apoio da equipe de Tele-educação, um material sobre as diversas abordagens do acolhimento no contexto das equipes de AB. Essa produção é resultado das principais demandas sobre o tema em teleconsultorias, e estará disponível a partir da **segunda quinzena de junho**. Confira, e saiba mais sobre essa prática fundamental!



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!**

Novo curso: Consulta de Enfermagem

Será lançado em breve o novo curso do Telessaúde SC: Consulta de Enfermagem na Atenção Básica!

O objetivo geral é apresentar a Sistematização da Assistência de Enfermagem e sua importância para a atenção em saúde na AB. Com carga horária de 50h, o curso é voltado exclusivamente para os profissionais enfermeiros. Com uma dedicação diária de 2h horas de estudo é possível concluir o curso em 25 dias. O prazo máximo de conclusão do curso será de 40 dias corridos. O modelo adotado para os minicursos é autoinstrucional, ou seja, você pode planejar da melhor forma o seu tempo de estudo. Em princípio serão ofertadas 60 vagas e outras turmas serão abertas ao longo do ano.

Fique atento para mais notícias!



CONSULTÓRIO NA RUA:

desafios e potenciais do projeto em Florianópolis

O carro branco plotado se desloca vagarosamente sobre o chão de paralelepípedos nos arredores do Largo da Alfândega, no Centro de Florianópolis. Seus passageiros olham em volta, atentos, em busca de rostos conhecidos. Após alguns minutos de procura, o carro estaciona. Dele saem a assistente social Aline Marisa de Souza, a técnica de enfermagem Delita Mendes Spindola e o motorista Thiago Alves da Silva. Os três caminham em direção a um grupo que lhes parece familiar, e perguntam sobre um conhecido em comum.

Eles procuram por Marcos*, homem em situação de rua diagnosticado com tuberculose. Foi Marcos quem havia pedido para encontrá-los: ele havia sido internado após o diagnóstico da doença, mas não conseguiu permanecer no hospital por mais de três dias, e acabou voltando para as ruas. Agora eles estavam ali para ajudá-lo a retomar o tratamento.

Situações como essa são comuns no cotidiano de Aline, Delita e Thiago. Eles fazem parte da equipe do Consultório na Rua** (eCR) - uma equipe de Atenção Básica voltada para uma população específica: os moradores em situação de rua. O Consultório na Rua foi criado na Bahia, inicialmente com o nome de "Consultório de Rua", e se

tratava de uma equipe do CAPS que fazia alguns atendimentos nas ruas. Quando o Ministério da Saúde (MS) aderiu à ideia, realizou algumas alterações na proposta original. A partir de uma portaria instituída em outubro de 2012, o projeto, já com o nome de Consultório na Rua, passou a ser uma atribuição das equipes de Atenção Básica

As equipes do Consultório na Rua consideram o indivíduo como um todo: nem só a saúde mental, nem só a biológica

(AB). Além das eCR, existem outras equipes de AB para populações específicas, como as que atendem populações ribeirinhas e fluviais, por exemplo.

A assistente social Aline Souza explica que as equipes de Consultório na Rua atuam seguindo as diretrizes da AB principalmente porque consideram o indivíduo como um todo: nem só a saúde mental, nem só a biológica. "Trabalhamos todos os aspectos, de uma forma ampla, vendo as necessidades específicas de cada um. É um olhar integral".

Nem todas as pessoas em situação de rua diagnosticadas

com tuberculose precisam ser internadas. Na verdade, o caso de Marcos é exceção: por ser multirresistente e reagir à medicação, precisa ficar internado para acompanhamento. Em grande parte dos casos, porém, esses homens e mulheres realizam o tratamento da doença na rua mesmo, lugar onde passam seus dias e noites. Aline explica que é o médico da Unidade Básica de Saúde quem faz a prescrição dos medicamentos, levando em conta questões como o peso dos pacientes, por exemplo. O tempo médio de tratamento é de seis meses, mas pode se estender de acordo com a necessidade. Ao longo desse período, a equipe cuida para que seja feito um controle, através de exames periódicos, para verificar se a pessoa está reagindo ao tratamento. Os pacientes precisam tomar os comprimidos todos os dias. Os remédios são entregues semanalmente a eles pela eCR. A entrega de medicação e acompanhamento dos casos de tuberculose estão entre as principais atividades desenvolvidas pela eCR de Florianópolis, mas a demanda é muito variada.

Naquela manhã, enquanto perguntava por Marcos, a equipe foi abordada por outras pessoas em situação de rua, que conhecem e contam com o seu trabalho. "Será que você pode

falar com o José*? Ele não está mais tomando os remédios e anda bebendo de novo”, pede uma mulher, preocupada com o companheiro que teve princípio de cirrose. Joana*, que dormia em uma barraca montada abaixo de algumas árvores da praça, já aproveita para pedir auxílio para outro colega: “Olha essas feridas do Flavio!* Será que não tem como fazer outro curativo não?”. Aline e Delita ouvem as demandas com paciência e atenção, tirando dúvidas e oferecendo soluções aos problemas relatados.

A assistente social explica que, quando os problemas de saúde chegam à equipe, geralmente já estão em uma situação agravada. “Nunca vai ser algo tão simples, porque eles esperam ficar grave para nos procurar. Não importa se é um machucado, se é uma gripe que virou pneumonia, se é tuberculose... qualquer que seja o problema, tem grandes chances de já estar avançado”. Ela conta que a vida levada por essas pessoas também dificulta os tratamentos de saúde, que precisam ser adaptados para atender às suas necessidades. “Eles têm uma vida muito dinâmica, então não é só o processo de tratamento de uma tuberculose, por exemplo. Há vários fatores que determinam. Às vezes aquela pessoa está avançando no tratamento da tuberculose, mas está decaindo por causa do uso de álcool, então precisamos estar atentos a tudo isso”.

A eCR possui um espaço físico próprio no Centro de Saúde da Prainha, na região central de Florianópolis, mas, como a demanda é grande - são cerca de 400 pessoas registradas em um cadastro da Unidade destinado a essa população - todos os Centros de Saúde têm que se responsabilizar pelos moradores de rua que estão no seu território. Aline conta que muitas vezes o papel da equipe é muito mais o de fazer articulações para que os Centros de Saúde atendam essa



Parte dos profissionais de Saúde da Família que integram a equipe de Consultório na Rua de Florianópolis

população, do que realmente prestar o atendimento em si. “É basicamente o vínculo entre a rua e os serviços de saúde.” Ela ressalta a importância de fazer as pessoas confiarem no serviço, entenderem como ele é importante e o buscarem quando for necessário. “A gente não chega dizendo: ‘Vimos te tirar da rua!’, mas sim: ‘Como é que está a sua saúde? Do que é que você precisa? Você sabe que mesmo estando na rua você pode estar bem de saúde?’ Nós não vamos para a rua com o intuito de tirar eles de lá, mas é claro que isso pode ser fruto do nosso trabalho, do vínculo que a gente criou, do processo de conscientização que aquela pessoa desenvolve”.

Vínculo é uma palavra importante na rotina da equipe. Atentos às diferentes histórias, necessidades e situações de vida de cada uma dessas pessoas, esses profissionais fazem o possível para melhorar a qualidade de vida delas, apesar do meio em que vivem. Para uma equipe

de Consultório na Rua, mais importante do que o atendimento clínico que oferecem é o vínculo que criam e o tratamento humano e igualitário que oferecem a pessoas acostumadas a serem invisíveis.

* Os nomes das pessoas atendidas foram alterados para preservar sua integridade

** A eCR de Florianópolis conta com uma assistente social, uma psicóloga, duas técnicas em enfermagem, uma enfermeira e um motorista.

“Nós não vamos para a rua com o intuito de tirar eles de lá, mas é claro que isso pode ser fruto do nosso trabalho”



O LEGADO DE PAULO FREIRE

para os defensores da participação popular em saúde

Paulo Freire foi o principal educador brasileiro e defendia, sobretudo, uma educação emancipadora, na qual professor e estudante fossem capazes de construir juntos. Sua obra mais conhecida, “A pedagogia do oprimido”, é referência não somente para educadores, mas para profissionais de todas as áreas. A enfermeira e mestre em Promoção da Saúde, Fabiana Peroni, defende que é preciso valorizar esse legado quando se trabalha com saúde coletiva. Ela questiona o modelo de ensino reproduzido nas universidades brasileiras, e relembra os choques culturais que vivenciou quando trabalhava com indígenas no Pará

Como o legado multidisciplinar de Paulo Freire pode ser apropriado no aperfeiçoamento da educação permanente em saúde?

Fabiana Peroni - Eu costumo dizer que o Paulo Freire, principalmente para nós que trabalhamos em saúde coletiva, deve ser uma das grandes referências. Ele extrapola as salas de aula das escolas. Muitos colegas, como eu, estudam e defendem essa forma de trabalhar e de ver a educação. Hoje nós temos uma Política Nacional de Educação Popular, de 2012, que bebe do legado de Paulo Freire para dizer tudo aquilo que na saúde a gente valoriza, contemplando toda a complexidade da área da saúde e, ao mesmo tempo, sendo totalmente contra-hegemônico. Infelizmente, o saber popular, o saber adquirido pela experiência, pela vida, de geração em geração, sem necessariamente explicação científica, acaba sendo muitas vezes desprezado pelos profissionais de saúde. Eu, antes de ser enfermeira, médica, o que for, sou uma cidadã. Cada um de nós tem uma história, uma trajetória. Minha mãe, por exemplo, curou a bronquite do meu irmão com a chamada “garrafada”. É um saber popular, que não pode ser desprezado. Tem pacientes que têm medo de falar de seus hábitos de saúde, e isso pode gerar muitos problemas.

O que Paulo Freire preconizava para a relação professor/estudante pode ser aplicado, em alguma medida, na relação profissional de saúde/usuário do SUS?

F.P. - Sim. É nítido! É quase a mesma coisa. Na relação entre o médico, enfermeiro ou assistente social com o paciente, isso fica muito claro: a proposta deve ser construir junto, sempre respeitando as escolhas e os saberes do outro. E, embora eu afirme que



Fabiana Peroni é enfermeira, mestre em Promoção da Saúde e doutora em Saúde Coletiva. Certificadora de Hospital de Ensino pelo Ministério da Saúde e consultora do e-SUS Atenção Básica/Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde

temos muito do Paulo Freire na saúde, insisto que deveríamos ter mais. Ou seja, uma educação que seja capaz de produzir liberdade, que emancipe, que não coloque ninguém como “dono do saber”. Nas universidades a gente acaba reproduzindo essa ideia do profissional de saúde como dono do saber. Normalmente se coloca o professor, mestre, doutor, acima dos alunos, “meros mortais”, que aprendem mas não constroem juntos, porque ainda não sabem. Nesses casos, há uma total desvalorização do saber do outro. Isso não faz sentido.

Quando você trabalhou em Altamira, no Pará, foi possível verificar na prática a importância de um



diálogo mais horizontal com os usuários do SUS? Isso fica mais claro quando se trata de saúde indígena, ou de atendimento em áreas isoladas?

F.P. - Certamente. A saúde, por si só, já é algo muito complexo. Mas quando você entra na saúde indígena, para muitos de nós parece uma coisa de outro mundo, com uma complexidade maior ainda. Infelizmente, somos ensinados a padrozinhar tudo e a tentar enquadrar tudo dentro da nossa medicina biomédica. No entanto, no caso da saúde indígena e dos cuidadores tradicionais, isso vai por água baixo. Lá em Altamira, onde tem uma população indígena muito expressiva, nós executamos um projeto com o objetivo de iniciar um diálogo com eles, por ocasião da construção da usina de Belo Monte. Nós dizíamos, com a melhor das intenções: "Vamos fazer um hospital que vai atender os brancos, e também os índios". Mas que parâmetros íamos utilizar para atender essa população indígena? Não tínhamos quase nenhuma referência! Procuramos na literatura, mas não encontrávamos nada. Nossa única base era um hospital em São Paulo que era referência para a população indígena, que, por exemplo, devolvia a placenta para as mães, porque não se pode jogar fora - muitos deles enterram a placenta, tem toda uma explicação cultural para isso. Esse modo de cuidar, de entender as coisas, é totalmente diferente do nosso modo biomédico. Finalmente, conseguimos financiamento para fazer esse estudo, visitamos todas as aldeias de doze etnias diferentes - cada uma delas com uma

concepção de vida, de morte, etc - e resgatamos inclusive os modos de cuidado tradicionais com alguns pajés. Nesse sentido, a gente da saúde fala, fala, fala, e pensa que está se comunicando direitinho com qualquer população. Aí a gente verifica que os usuários estão fazendo tudo diferente, e é justamente porque nossa comunicação não funciona.

Você pode dar algum exemplo de dificuldade de comunicação devido a um choque cultural?

F.P. - As índias mais velhas, as avós, vinham me dizer: "Na minha época, não tinha essa de aleitamento materno. A criança nascia e já comia uma papinha de farinha com caldo de peixe". É comida mesmo! Isso, para nós, causava um espanto enorme, porque ouvimos durante toda nossa formação que o aleitamento materno é exclusivo até os seis meses de idade. Então, quando chegávamos com uma recomendação dessa, causava estranhamento nelas, e é óbvio que quando virávamos as costas as gestantes das aldeias desobedeciam nossas recomendações, porque é algo cultural.

Possivelmente, o legado de Paulo Freire é mais conhecido no exterior do que dentro do país. Existe um preconceito dos brasileiros com nossos pesquisadores, ou esse desconhecimento pode ser atribuído a uma censura dos tempos de ditadura militar?

F.P. - É uma pena, uma grande lástima. Eu fiz um intercâmbio na Argentina, e lá falávamos muito mais de Paulo Freire do que aqui. Discutíamos as ideias de autono-

mia, de opressão. Acho que tem a ver com os tempos de censura. Afinal, a obra dele traz alguns conceitos que não são "agradáveis" àqueles que estão no poder. Questionar o poder, mesmo em democracia, não é assim tão simples. Meu irmão tornou-se professor, fez inúmeras formações, e nunca tinha lido Paulo Freire. Todo mundo aqui no Brasil cita, mas quase ninguém lê, quase ninguém se aprofunda.

Existem projetos de recuperação da obra de Paulo Freire para a educação em saúde no Brasil, ou são apenas iniciativas isoladas?

F.P. - Existem alguns projetos relevantes, dentre os quais eu posso citar a Tenda Paulo Freire, uma grande ideia do pessoal da saúde coletiva. O projeto anda o Brasil inteiro, e tem inclusive o apoio da esposa dele, que esteve conosco em vários congressos de saúde coletiva. Eu participei de um projeto de educação popular em saúde que defendia a presença de um pedagogo na equipe - e não qualquer pedagogo. A gente não queria só médico, enfermeiro. Queríamos criar uma equipe multiprofissional que desse conta da educação em saúde para a autonomia do usuário. O oprimido precisa de certo apoio até para se enxergar como oprimido, e aí não há interesse da mídia tradicional e de muitos gestores em investir nisso. Enfim, todos os defensores do SUS, dos direitos de cidadania e de participação popular, estão cada vez mais insistindo que o Paulo Freire deve ser a nossa base. É um desafio constante, que está apenas começando.



Os diversos desafios na luta contra **O TABAGISMO**

No último 31 de maio, comemoramos mais um Dia Mundial sem Tabaco. A campanha foi criada em 1987 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para alertar sobre as doenças e mortes evitáveis relacionadas ao tabagismo, e é mantida até hoje pelos países membros das Nações Unidas. Já se passaram quase 30 anos desde o primeiro Dia Mundial sem Tabaco, mas o debate permanece imprescindível. De acordo com a OMS, o tabagismo é responsável por cerca de 5 milhões de mortes por ano em todo o mundo - somente aqui no Brasil são mais de 200 mil. Para se ter uma ideia, ele mata mais que AIDS, malária, tuberculose, crack, cocaína e heroína em conjunto, configurando-se como a maior causa evitável de doenças, invalidez e morte. Pesquisas da OMS apontam que ele é fator de risco para mais de 50 doenças, metade delas incapacitantes e/ou fatais. Estima-se que 50% dos fumantes crônicos desenvolvam alguma doença relacionada ao tabaco ao longo da vida. Considerando todos esses números alarmantes, é possível compreender porque o tabagismo é visto como um grande problema de saúde pública. Entretanto, pensar em saúde pressupõe abarcar inúmeros conceitos, para além da perspectiva doença-cura. Saúde também é uma questão social, política e econômica, e uma temática complexa como a epidemia mundial de tabagismo envolve todos esses fatores. Por isso, o Telessaúde SC propõe, com essa reportagem, problematizar a questão do tabagismo em todas as suas nuances, para articularmos, não somente como profissionais da saúde, mas como cidadãos, soluções para reduzir os danos causados pelo hábito de fumar.



A pesar de campanhas como a do Dia Mundial sem Tabaco, “o problema ainda é negligenciado pelo Estado e a sociedade civil. Muito se fala em epidemia do crack, mas a sua prevalência é muito baixa. A nossa grande epidemia continua a ser o tabaco e o álcool”, observa a psicóloga e gerente de atenção psicossocial da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis, Renata Campos. Ela destaca que entre os motivos para a grande mobilização em torno do crack pode estar o fato de ele ter um maior comprometimento social e matar muito mais rápido que o cigarro. Mas essa diferenciação na abordagem também é movida por questões econômicas: enquanto o crack é uma droga ilegal, o cigarro, além de legalizado, é um dos pilares da nossa economia. O Brasil é o maior exportador e o segundo maior produtor de tabaco do mundo. “Ele está lá no nosso Brasil Nacional. De um lado é a folha de tabaco e de outro lado é a folha de café. Se o tabaco deixasse de ser legal, a gente perderia muito dinheiro como nação porque isso

é uma base do nosso poderio econômico”, lembra Renata.

O enorme poder político e econômico da indústria tabagista é um entrave às políticas públicas que visam proteger a população dos prejuízos causados pelo consumo de tabaco. “Essa indústria patrocina diversos setores da sociedade, influencia legisladores e uma série de outras pessoas que têm o poder decisório no país. Toda vez que se propõe implementar ou avançar políticas efetivas de controle do tabagismo, seus representantes reagem no sentido de retardar ou diminuir a influência e o impacto dessas políticas”, explica a professora do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, Ana Luiza Curi.

A pressão da indústria

Renata Campos e Senen Hauff, oncologista do Cepon, conheceram esse poder de perto. As duas participaram da elaboração da lei aprovada em 2009 que determinou que os ambientes públicos passariam a ser 100% livres de fumo em Florianópolis. O processo foi longo: cerca de dois anos de trâmites até a aprovação da lei. Renata explica que, como em 2006 já havia sido criado um programa de controle de tabagismo no município, a ideia de fazer uma legislação já fazia parte das discussões. “A lei nacional que a gente tinha na época era muito frágil, que ainda permitia que houvesse fumódromo, e que não explicitava muito bem como deveria ser essa delimitação do fumódromo. Eu podia botar uma planta aqui entre eu e você, e dizer que aqui era a área de fuman-

te e aí não era, e isso estava dentro da lei”.

Quando começaram o trabalho, em meados de 2007, Renata e Senen foram em busca de parceiros que apoiassem a causa, mas a resistência foi grande. “Muita gente, principalmente legisladores, que a princípio haviam se posicionado a favor, passado um tempo entravam em contato dizendo que tinham mudado de ideia. E mesmo depois que a gente conseguiu a aprovação da lei, veio muita gente dizer que ela não valia, pois a lei

“A indústria tabagista patrocina diversos setores da sociedade, influencia legisladores e outras pessoas com poder decisório”

nacional, que continuava em vigor, era mais forte hierarquicamente e deveria ser respeitada. Um argumento que só caiu por terra no final do ano passado, quando a lei nacional realmente foi modificada”, lembra Renata. Ela também conta que, assim como Senen, recebeu telefonemas com ameaças veladas e tentativas de aliciamento, com convites para festas e eventos patrocinados por empresas ligadas à indústria do tabaco. “Eles também pressionaram muito o pessoal do Sindicato de Bares e Restaurantes. Colocavam medo, dizendo que eles iriam perder a clientela, que as pessoas que fumavam iam deixar de frequentar aqueles lugares, o que não é verdade. Mas isso mostra que todo avanço que a gente dá, a indústria faz uma resistência. Então acaba se tornando uma guerra.”

Apesar das dificuldades encon-



Publicidade da lei que proíbe fumar em locais fechados



tradas para a aprovação, a criação de leis como essa é importante, pois elas ajudam a mudar a relação que a sociedade tem com o cigarro. “A legislação ajuda numa mudança cultural. A gente diz que o Brasil é um país onde algumas leis não pegam, mas elas só não pegam se não tiver um trabalho educativo para que aquilo seja aceito e cumprido. O fato de você ter legislado significa um importante reforço para aquela ação educativa que já vem sendo feita, porque a partir do momento que passa a

nor a prevalência de tabagismo. Enquanto entre as pessoas com menos de um ano de instrução 23,3% alegaram fumar diariamente, entre aqueles com mais de quatro anos de instrução esse percentual reduziu para 18%. Já entre os que tiveram 11 anos ou mais de estudo, o número reduziu para 10,1%.

A professora Ana Curi lembra que essa relação pode ser explicada, entre outros fatores, pela dificuldade que as políticas públicas têm em alcançar esses grupos.

“Eles são mais vulneráveis, não só a este como a outros fatores de risco para a saúde, e também as políticas públicas

certa forma tutelado, não vai conseguir melhorar, não vai conseguir ter acesso a uma educação melhor para pensar melhor e fazer escolhas com mais propriedade”.

Outras grandes vítimas da indústria tabagista, como já foi dito, são os jovens. Cerca de 90% dos fumantes iniciaram o consumo antes dos 19 anos e a OMS estima que, por dia, cerca de 100 mil crianças viram fumantes regulares no mundo inteiro. Aproximadamente 50% das mortes causadas pelo cigarro são prematuras: ocorrem entre os 45 e os 54 anos de idade. Esse é um dos motivos que leva a indústria tabagista a buscar consumidores cada vez mais jovens: eles possuem prazo de validade.

A professora Ana Curi lembra que, apesar de o número de fumantes adultos ter diminuído nos últimos anos, entre os jovens isso não ocorreu. “Considerando que são jovens, em sua maioria, entre 13 e 15 anos de idade e considerando que o início precoce do tabagismo está associado ao uso regular na fase adulta, a uma maior dificuldade de abandonar, a uma exposição mais prolongada a diversos tipos de doenças, e, além do mais, a diversos outros comportamentos de risco, o tabagismo é sim um problema entre os jovens no Brasil”. Ela defende que a diminuição da prevalência entre os adultos é fruto de um conjunto de políticas públicas, e que talvez essas políticas possam não estar atuando da mesma forma entre os adolescentes.

Outro ponto importante é o fato de que políticas necessárias para a diminuição do tabagismo entre os jovens ainda não foram completamente implementadas no Brasil. Entre elas estão o aumento dos preços; a proibição total da propa-

“a legislação é um importante reforço para ações educativas”

ser lei é passível de uma punição, e só quando mexe no poderio econômico é que se passa a aceitar alguma coisa”, explica Renata.

Questão social

O trabalho educativo, por sua vez, é fundamental, pois ajuda a informar os grupos mais vulneráveis à ação da indústria do tabaco: as classes sociais mais baixas e os jovens. A OMS prevê que, até o ano de 2030, o número de mortes anuais por causas relacionadas ao tabaco chegue a 8 milhões, sendo 80% delas em países de baixa e média renda.

A Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab), realizada em 2008, indicou que a prevalência de tabagismo entre os indivíduos com renda domiciliar per capita de até ¼ de salário mínimo foi de 19,9%, enquanto que o percentual de fumantes com renda acima de dois salários mínimos foi de 13,5%. A pesquisa também concluiu que quanto maior a escolaridade, me-

atingem de maneira diferente os grupos de pessoas menos favorecidas, seja do ponto de vista educacional, seja do ponto de vista econômico”, explica.

A dependência em tabaco também causa um impacto maior na vida dos usuários de classes sociais mais baixas: além de comprometer a saúde, prejudica de forma substancial a renda destas pessoas. É um efeito “bola de neve”, defende a psicóloga Renata Campos. “Apesar de o cigarro brasileiro ser um dos mais baratos do mundo, ele tem um custo importante, principalmente para alguém que fuma um ou dois maços por dia. Uma boa parte do dinheiro que poderia investir em outras coisas, como educação, vai estar desviado para o cigarro, então essa pessoa nunca vai sair daquela condição. E vai cada vez mais precisar do cigarro para anestesiar isso. É um instrumento de controle: enquanto um cidadão depender disso, vai estar de uma



ganda dos produtos de tabaco, inclusive nos pontos de venda, e também a proibição da exposição dos maços de cigarro nos pontos de venda; e a proibição da adição de saborizantes e de açúcares nos produtos de tabaco, principalmente o cigarro.

Outro fator diretamente relacionado à prevalência do consumo entre os jovens é o aumento da popularidade de outros produtos de tabaco, como o narguilé. O consumo do produto, que é uma espécie de cachimbo de água usado para fumar tabaco aromatizado, tem subido muito entre os jovens das regiões Sul e Sudeste. “As pessoas usam com a falsa ilusão de que é mais saudável, é mais seguro, que não vicia, que o fato de misturar com água e ser aquecido faz menos mal a saúde. Isso é só uma ilusão. Porque o narguilé causa todos os problemas que o cigarro causa. Durante uma sessão de fumo, é consumida uma quantidade de tabaco equivalente a 100 cigarros. Então é importante o profissional da saúde ter isso claro e ajudar a desmistificar essa informação de que o narguilé ou outros produtos de tabaco não fazem mal!”

Atribuições da Atenção Básica

Enquanto a indústria tabagista continua investindo em estratégias para cooptar novos usuários, muitas pessoas e entidades buscam alertar a população. Nessa luta contra os efeitos do tabaco em nossa sociedade, o profissional de saúde tem um papel importantíssimo, principalmente na AB. Quando se trata de ajudar uma pessoa que já é dependente a parar de fumar, a psicóloga Renata Campos defende que o mais importante é que o profissional de saúde conheça o ser humano que está na

sua frente. “Quando ele conhece, ele consegue compreender o que motiva esse ser humano. O que te motiva é diferente do que me motiva, e se eu tiver sempre um discurso pronto, para algumas pessoas pode até ter um impacto, mas para a maioria não.” Ela recomenda que o profissional de saúde estabeleça um vínculo, onde possa conhecer cada usuário e entender como fazer a mensagem ‘entrar nele’. “A gente chama de ‘procurar uma janela de oportunidade’. Conhecer, propiciar que essa pessoa dialogue, fale de si e dos seus problemas, para ver por onde você vai conseguir sensibilizar, mostrar que o ato de fumar talvez esteja prejudicando a sua vida, piorando até os outros problemas”, comple-

“O profissional da saúde tem um papel importantíssimo na luta contra o tabagismo”

menta. Renata também destaca a importância de nunca ignorar o tabagismo. “Precisamos encarar o tabagismo como um sinal vital. Do mesmo jeito que quando você vai numa consulta pela primeira vez você vai saber o seu peso, altura, pressão e frequência cardíaca, tem que saber se é fumante ou não.”

A oncologista Senen Hauff explica de maneira simples uma abordagem que pode facilitar o papel da AB no combate ao tabagismo. “Sempre tem duas perguntas básicas: o senhor fuma? Quer ajuda? São duas, não precisa lembrar todo o resto. Essas perguntas deveriam ser feitas por qualquer profissional de saúde: seja a pessoa que está lá na frente abrindo o prontuário,

seja o dentista, o auxiliar, a técnica de enfermagem... É a partir daí que você abre para o diálogo. Isso se chama promoção da saúde.”

Considerando todos os fatores sociais e econômicos relacionados ao problema do tabagismo, alertar sobre os males que o tabaco causa à saúde é apenas uma das abordagens possíveis pelas equipes de AB. Senen destaca que informar os usuários - e possíveis usuários - sobre tudo o que está por trás do ato de fumar é uma forma de empoderar essas pessoas. “É mostrar que essa pessoa é uma vítima, é simplesmente um hospedeiro usado por uma indústria poderosa que compra interesses e influências para conseguir chegar até ele e repor o lucro que perde com os usuários que morrem”.

Nesse sentido, o profissional da AB tem uma grande vantagem: a de conhecer a realidade de seus usuários e saber como conversar com cada um deles. “Por isso tem muito mais condições de falar sobre isso do que alguém que não conhece, pois vai pegar no ponto certo. Se o paciente reclama de impotência, o profissional pode falar sobre esse e outros sintomas, se vai ao dentista e pergunta sobre os dentes amarelos, é uma brecha para falar sobre isso... Então é um assunto para todos os profissionais, não só um médico ou um enfermeiro. Empoderar é isso, é dar a informação certa para a pessoa certa, para que ela possa tomar sua decisão. É uma arte”.

O site do Instituto Nacional do Câncer (INCA) reúne informações sobre o programa nacional de controle do tabagismo. Confira!
<http://www2.inca.gov.br/>



click!

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

foram tema de seminário realizado em Florianópolis

No último dia 7 de maio, profissionais de todo o estado reuniram-se em Florianópolis para refletir e compartilhar experiências sobre suas rotinas de trabalho. Ao longo de todo o dia, 130 pessoas participaram do seminário “Redes de Atenção à Saúde e suas interfaces com o trabalho, a formação e a humanização.” O encontro foi promovido pelo QualiSUS Redes e organizado pela Divisão de Humanização da Diretoria de Educação Permanente em Saúde (DEPS) da Superintendência de Planejamento e Gestão, pela Superintendência dos Hospitais Públicos e com o apoio de Patrícia C. Silva (Rede HumanizaSUS) e do Telessaúde SC.

Na abertura do Seminário, a Gerente de Desenvolvimento dos Hospitais Públicos Estaduais, Cecília de Sá Guesser, destacou a necessidade de valorizar o trabalho dos servidores da Secretaria de Saúde e lembrar a sua importância na sociedade. O Superintendente de Planejamento e Gestão, Clécio Antonio Espezim, falou sobre os êxitos e dificuldades na implementação do QualiSUS em Santa Catarina.

Após a abertura, três palestrantes expuseram diferentes temáticas relacionadas às Redes de Atenção à Saúde, com o objetivo de estimular a reflexão dos participantes do seminário, que, durante o período da tarde, compartilharam suas reflexões em grupos de trabalho.

Confira mais alguns detalhes do evento em nossa reportagem fotográfica!



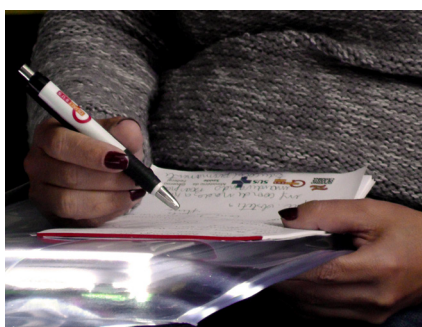
Em sua fala, o mestre em Saúde e Gestão do Trabalho, Marcos Maeyama, questionou a lógica do modelo biomédico nas práticas em saúde: “Quando explicamos o processo de adoecimento somente a partir da perspectiva biológica, a nossa prática é de recuperação da doença. A gente se especializa e passa a olhar somente um desarranjo de uma parte do corpo humano, mas deixa de ver o ser humano”



As palestrantes Patrícia C. Silva (acima) e Hellen Bunn Schmitt (à esquerda) abordaram diversos pontos relacionados à prática da humanização em saúde. Hellen destacou os conceitos de educação permanente e educação continuada, e falou sobre a gestão e suas multiplicidades: “Todos nós fazemos gestão. É na indagação do cotidiano que a gestão acontece”. Patrícia fez questão de frisar a importância da Rede HumanizaSUS e as ferramentas que ela pode oferecer aos profissionais



Durante a tarde, os inscritos no seminário dividiram-se em seis grupos de trabalho: **Saúde e trabalho**, coordenado por Giselda Adames Brkanitche e Luciléia Pereira; **Redes de Saúde e Matriciamento**, coordenado por Marcelo José Fontes Dias; **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**, coordenado por Patrícia Silva e Simoni Paulino Francisco; **Direitos dos Usuários e Visita Aberta**, coordenado por Roseli Fátima de Jesus e Jussara Jovita Souza da Rosa; **Segurança do Paciente e Lavagem das mãos**, coordenado pelo Núcleo de Segurança do Paciente das unidades próprias da SES (Lucia Xavier dos Santos, Franciane Aceli de Souza Mascarenhas e Patrícia de Melo Leal); e **Segurança do paciente**, coordenado por Fernanda Wandresen



Para ver mais fotos, acesse o álbum *Seminário a Rede de Atenção à Saúde e suas interfaces com o trabalho, a formação e a humanização* em: facebook.com/TelessaudeSC

Após uma exposição inicial sobre o tema do grupo de trabalho, os participantes eram convidados a socializar suas opiniões, dúvidas e experiências cotidianas com os colegas. Esse espaço de trocas e reflexões foi elogiado por muitos dos participantes, que consideram o diálogo uma peça fundamental no aprimoramento de seus processos de trabalho e na construção de novas formas de atuar em rede



Ao final do dia, cada grupo escolheu alguns representantes para expor suas principais conclusões acerca do tema debatido. Os resultados foram os mais diversos: de um teatro sobre a situação do RH nas empresas (que divertiu e provocou o público) a uma conversa coletiva sobre visitas e espaços físicos em maternidades





PERGUNTA DESTAQUE:

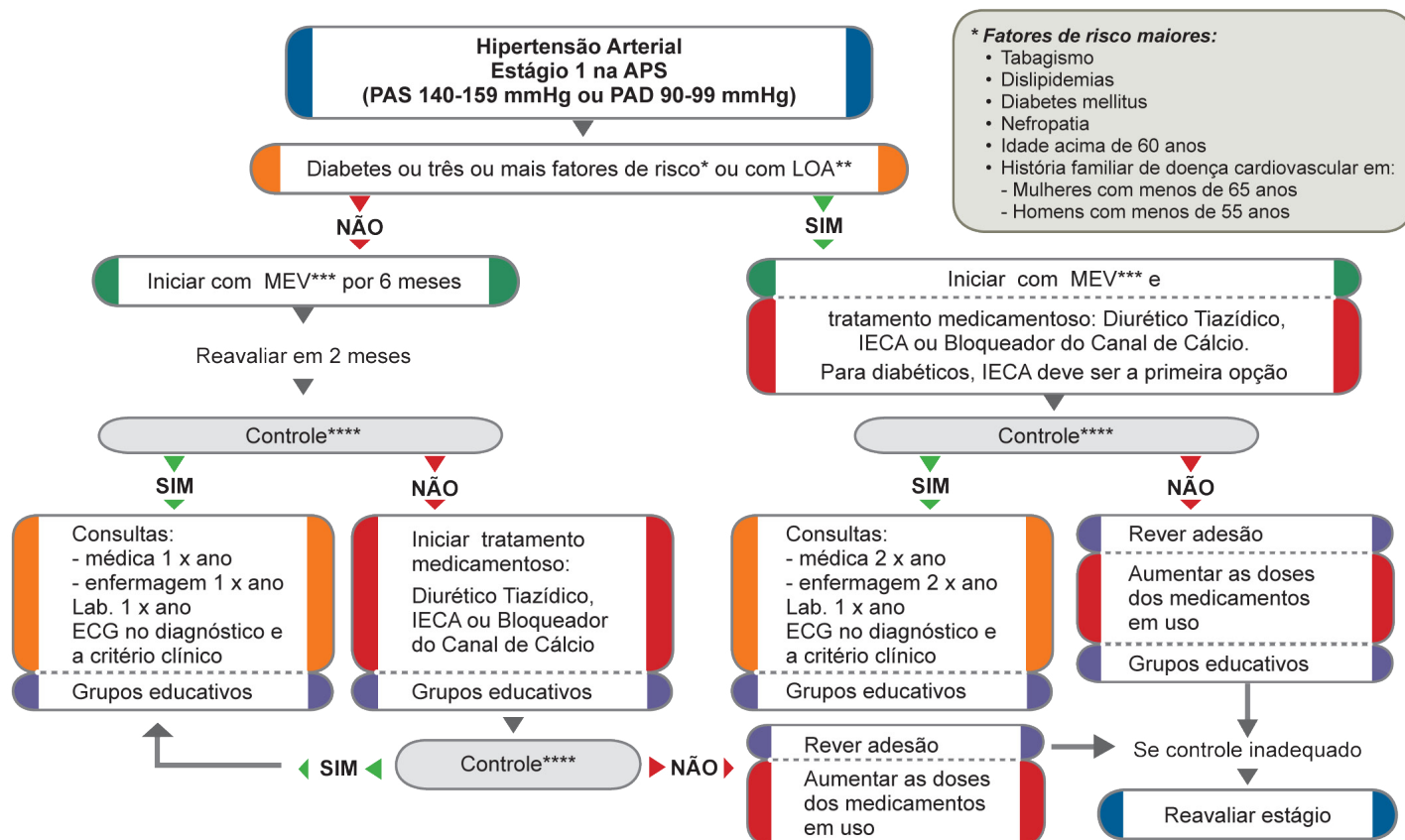
seguimento clínico de pacientes hipertensos

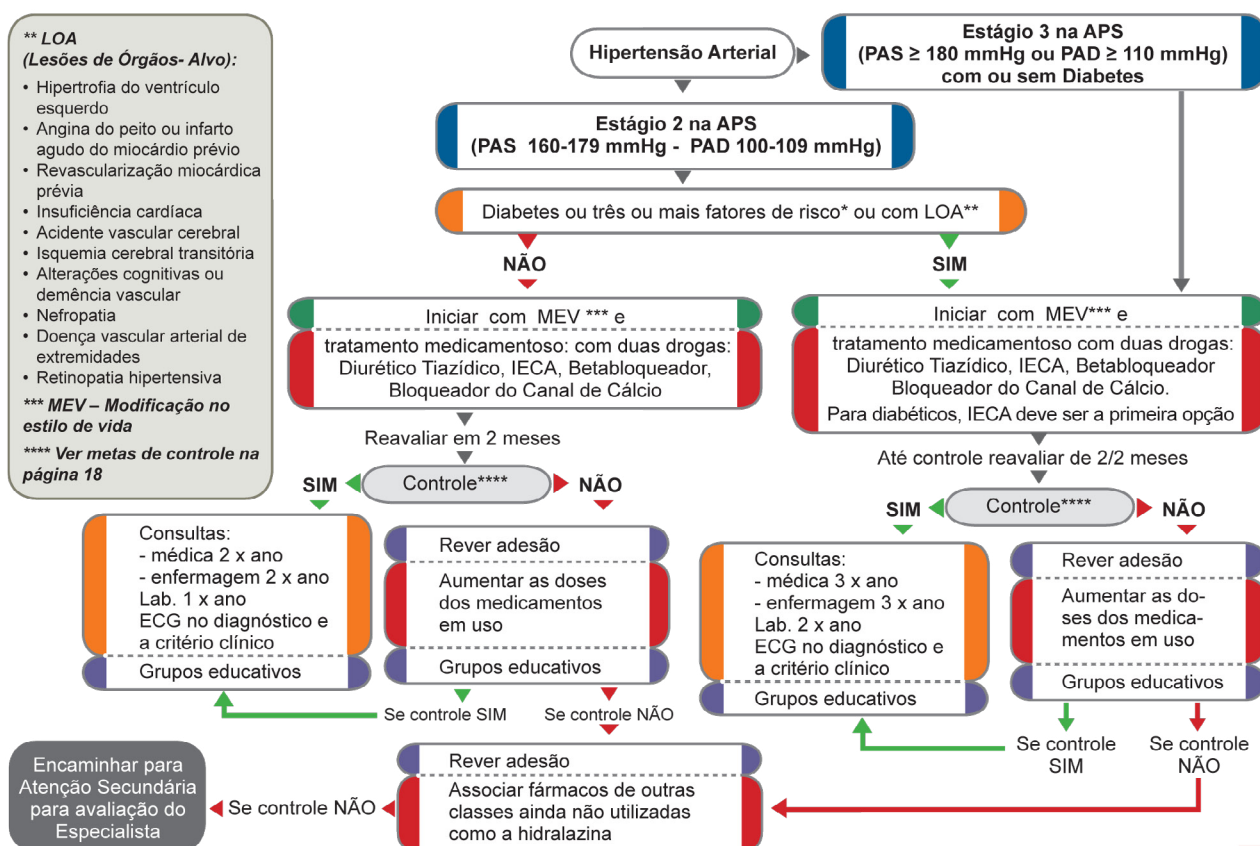
Como deve ser o seguimento dos pacientes hipertensos pela Equipe de Saúde da Família?

Para o seguimento clínico, na Atenção Primária à Saúde (APS), dos casos de hipertensão arterial sistêmica (HAS), o Ministério da Saúde¹ recomenda que os indivíduos que não estiverem com a Pressão Arterial (PA) controlada, mas que estejam aderindo aos tratamentos recomendados, deverão realizar consulta médica para reavaliação, mensalmente, até atingirem a meta pressórica. Uma vez controlados os níveis pressóricos, deve-se acompanhar o paciente conforme suas necessidades individuais e o seu risco cardiovascular. Visitas mais frequentes podem ser necessárias para pacientes em estágio II ou com comorbidade associada.

Recomenda-se a utilização do algoritmo de linha de cuidado para o acompanhamento da HAS na APS, que apresenta os diferentes estágios e medidas de controle da doença². Assim cada indivíduo terá um seguimento individualizado conforme estes critérios. Alguns necessitarão de exames e consulta uma vez ao ano, enquanto outros deverão ter acompanhamento mais frequente (algoritmo abaixo)².

Linha de cuidado para o acompanhamento da Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Primária





FONTE: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária²

O Guia de Referência Rápida para Manejo Clínico da hipertensão para adultos complementa as orientações do Caderno de Atenção Básica de HAS sobre os exames e sua periodicidade². A rotina laboratorial recomendada para indivíduos com HAS é: glicemia de jejum, colesterol total, triglicerídeos, HDL colesterol, LDL colesterol*, creatinina, potássio e parcial de urina (pesquisar proteinúria e hematuria). Além disso, é também recomendado ECG de repouso. Posteriormente, a critério clínico, estes exames serão repetidos anualmente, ou de acordo com a evolução do paciente².

*LDL colesterol pode ser calculado pela seguinte fórmula, desde que os valores de triglicerídeos sejam menores que 400mg/dl: LDL colesterol = colesterol total – HDL colesterol – Triglicerídeos / 5. As metas de controle para Hipertensão

Arterial são as seguintes²:

Metas para controle pressórico²

- Pressão arterial no consultório: Pessoas com menos de 80 anos: inferior a 140/90 mmHg Pessoas com mais de 80 anos: inferior a 150/80 mmHg
- Média da pressão arterial no monitoramento residencial da pressão arterial (MRPA): Pessoas com menos de 80 anos: inferior a 135/85 mmHg Pessoas com mais de 80 anos: inferior a 145/85 mmHg
- Para pacientes com diabetes e nefropatas com proteinúria, a meta de controle deve ser inferior a 130/80 mmHg.

Ressaltamos que, se o indivíduo **não** estiver com controle adequado da hipertensão, a periodicidade de consultas **deve ser revista**.

O acesso, um dos atributos da APS, é grande aliado na qualidade da

atenção aos portadores de doenças crônicas. Quando ampliamos as possibilidades de acesso, possibilitamos que pacientes com dificuldade em adaptar-se ou com má adesão ao tratamento, além de outras situações, busquem o serviço, sejam acolhidos, escutados e tenham atendimento e resposta às suas necessidades.

Evidências e referências

1 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf.

2- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida: Hipertensão - Manejo Clínico da Hipertensão em adultos (versão profissional). Adaptado de NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence, NHS- Reino Unido). Rio de Janeiro: SMSDC, 2013. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111924/GuiaHA.pdf>.

Profissional solicitante: Médico

Categoria da Evidência: D

Descritores DeCS: Hipertensão, Medicina de Família e Comunidade, Atenção Primária à Saúde.

Descritores CIAP2: K86, T90, R31

Responsabilidade/Autor: Equipe Telessaúde SC



PERGUNTA DESTAQUE:

prevenção quaternária na Atenção Básica

A prevenção quaternária é aplicável à Atenção Básica/Atenção Primária a Saúde?

Sim. Para aplicar a prevenção quaternária na Atenção Primária à Saúde (APS) é necessário olhar crítico frente às recomendações de rastreios e tratamentos que tenham pouca evidência científica ou que são sugeridas por entidades com conflito de interesses.

Prevenção quaternária é a “ação feita para identificar uma pessoa ou população em risco de supermedicalização, protegê-las de uma intervenção médica invasiva e sugerir procedimentos cientificamente e eticamente aceitáveis”^{1,205}, ou seja, humanização do cuidado. Para isso são necessárias algumas habilidades profissionais como: comunicação e cuidado centrado na pessoa, técnicas e saberes profissionais qualificados e atualizados, espírito crítico e ética profissional, de modo que se possa oferecer um cuidado com o máximo de qualidade técnica e humana, e com o mínimo de intervenção e de dano possível².

Maksoud³, em um artigo de revista de pediatria afirma que:

Muitos exames complementares são solicitados sem critério, de modo inadequado e indiscriminado, não atendendo ao princípio fundamental que é o de esclarecer diagnósticos ou situações específicas não passíveis de serem

esclarecidos por outros meios. O problema tem se agravado com o passar do tempo, gerando a falsa e mística sensação de estar praticando uma medicina moderna, atualizada, segura e eficiente, quando, na realidade, trata-se de uma medicina desvirtuada, sem lógica e sem respeito ao doente.

Sabemos que a medicina preventiva tem por objetivo evitar o surgimento ou agravamento de doenças em pacientes assintomáticos, no entanto, o nú-

“Outra forma de expropriação da autonomia é o diagnóstico excessivo de patologias mesmo em pessoas normais”

mero de situações rastreáveis ou tratadas de forma profilática tem aumentado tanto que hoje alguns autores afirmam que estamos em uma “epidemia do risco” que gera, como efeito adverso, a medicalização da sociedade⁴.

Illich⁵ afirmou que o sistema de saúde, da forma como está organizado, intensifica a dependência em detrimento da autonomia da sociedade, retirando progressivamente o do-

mínio do sujeito sobre o meio, a alimentação e a política. Essa característica é denominada por ele de iatrogenia social. A iatrogenia social, segundo o autor, é reforçada pela prática preventivista. Illich⁵ cita a moda dos check-ups para o diagnóstico precoce de doenças, como uma das práticas preventivistas que gera muita dependência e afirma que o diagnóstico precoce transforma pessoas que estavam sentindo-se bem em pacientes ansiosos. Segundo este mesmo autor⁵, um dos mecanismos de expropriação da autonomia está na medicalização do normal.

Assim, a sociedade médico-científica coopera para a expropriação da autonomia ao prescrever tratamento para situações que são parte do ciclo normal de vida das pessoas⁵, como a menopausa por exemplo. Além disso, sintomas que não necessitariam de tratamento, porque são autolimitados, são tratados com medicamentos promovendo a ideia de que é necessário, ao menor sintoma, procurar o sistema de saúde para tratamento medicamentoso⁵.

Outra forma de expropriação da autonomia é o diagnóstico excessivo de patologias mesmo em pessoas normais⁵. Cada vez mais síndromes clínicas são agregadas ao rol de patologias existentes e, assim, cada pessoa que procura atendimento pode

ser enquadrada em uma categoria da Classificação Internacional de Doenças (CID) e tornar-se mais um dependente de acompanhamento no sistema de saúde.

Essa postura (excessivamente preventivista) gera no sujeito a ideia de que o sistema de saúde é responsável por eliminar toda a dor, todo o sofrimento, toda carência e todo mal estar, deixando, com isso, de procurar outros recursos, na coletividade, por exemplo, para suportar seus males⁵. O usuário torna-se dependente do sistema de saúde na busca por tratamentos “mágicos” que demandam pouco esforço e que não estimulam a avaliação crítica da realidade.

Canguilhem⁶ conclui que ao dizermos que algo é anormal estamos afirmando que é algo inobservável, inexistente, portanto é obvio que o patológico não é anormal; o que deve ser considerado anormal é um estado de saúde perfeita contínuo. Este autor, referindo-se às normas biológicas, sugere que é o próprio indivíduo que deveria nos fornecer a referência do que é normal para si. Sendo assim, o normal não poderia ser ditado por uma média, mas seria sempre um padrão individual. Não podemos definir se alguém é doente ou não apenas avaliando uma média. Canguilhem⁶ reconhece que uma norma assim, flexível conforme a condição individual, gera uma imprecisão no limite entre o estado são e o patológico. No entanto, argumenta que, em uma avaliação de diversos



indivíduos ao mesmo tempo, esse limite é mesmo impreciso, mas na avaliação de um único e mesmo indivíduo sucessivamente esse limite se torna absolutamente claro. Assim, o próprio indivíduo deve avaliar sua condição porque é ele quem sofre as consequências do estado são ou do patológico no momento em que a mudança que sente em seu corpo o impossibilita ou não de realizar as suas tarefas.

Uma observação anatômica e histológica, um teste fisiológico, um exame bacteriológico ou de outra natureza não diagnosticam por si mesmos. Fornecem apenas um resultado. Para fazer um diagnóstico é preciso observar o comportamento do doente. O diagnóstico pode até

mesmo contrariar tal resultado. Em matéria de patologia, a primeira palavra e a última são da clínica^{7:20}.

Evidências e referências

- 1- Jamoulle M, Gusso G. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. In: Gusso G, Lopes JMC, organizadores. Tratado de medicina de família e comunidade e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed. 2012. 1: 205-11.
- 2 -Tesser CD. Prevenção Quaternária para a humanização da Atenção Primária à Saúde. O Mundo da Saúde, São Paulo. 2012. 36(3): 416-26.
- 3 - Maksoude JG. O uso inadequado dos exames complementares. Pediatría. 1995. 17 (1): 03-04.
- 4 - Almeida LM. Prevenção em saúde. Rev Port de Saúde Pub. 2005. 23(1): 91-96.
- 5 - Illich I. A expropriação da saúde: Nêmeses da medicina. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 164p: 100-52.
- 6 - Canguilhem, G. O normal e o patológico. 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2011. 277p.
- 7 - Coelho AM. T. A. D., Filho N. A. Normal-Patológico, saúde-doença: Revisitando Canguilhem. Revista de saúde coletiva. 1999. 9(1): 3-36, p.20.

Grau de Recomendação: D

Categoria Profissional do solicitante: Médico
Descritores DeCS: Prevenção de Doenças, Doença latrogênica, Atenção Primária à Saúde
CIAP 2: A49
Teleconsultor: Equipe Telessaúde

Eventos



Conferências Municipais de Saúde em Santa Catarina

No período de 09 de abril a 15 de julho serão realizadas as etapas municipais da 15ª Conferência Nacional de Saúde, que tem como tema "Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas: Direito do Povo Brasileiro". Os objetivos das conferências são fortalecer a participação e o controle social, impulsionar os princípios e diretrizes do SUS, avaliar a situação da saúde, entre outros. Para mais informações, entre em contato com a secretaria de saúde e o Conselho Municipal de Saúde da sua cidade! Participe!

Quando: 09 de abril a 15 de julho

Mais informações: http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/index.html

Filmes



O som ao redor (2013)

A vida numa rua de classe-média na zona sul do Recife toma um rumo inesperado após a chegada de uma milícia que oferece a paz de espírito da segurança particular. A presença desses homens traz tranquilidade para alguns, e tensão para outros, numa comunidade que parece temer muita coisa. Enquanto isso, Bia, casada e mãe de duas crianças, precisa achar uma maneira de lidar com os latidos constantes do cão de seu vizinho. Uma crônica brasileira, uma reflexão sobre história, violência e barulho.

Publicações



A situação do tabagismo no Brasil (2011)

A publicação reúne os resultados obtidos nos inquéritos epidemiológicos sobre tabagismo realizados no Brasil entre 2002 e 2009, que fazem parte do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da OMS – o GTSS. É a partir desses dados que essa publicação procura trazer ao leitor – em especial ao profissional de saúde – a discussão sobre algumas questões-chave que hoje envolvem o controle do tabaco no Brasil e no mundo. O material completo, disponível em PDF, pode ser acessado em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/PDF_final_situacao_tabagismo.pdf



PROGRAMAÇÃO DE WEBS

de junho e julho

10/06

Consulta de enfermagem pediátrica: o que não podemos esquecer

11/06

Plantas Medicinais para uso durante a gestação, parto e puerpério

17/06

Tabagismo: medicamentos

18/06

O atendimento clínico de feridas na APS: Abordagem de Casos Clínicos

24/06

Dislipidemia

25/06

Gestão da Clínica: experiência de uma UBS de Florianópolis

01/07

Prevenção de nascimentos prematuros

02/07

Consulta de enfermagem pediátrica

08/07

Oncologia: Câncer de cólon

09/07

Consulta de enfermagem ao idoso

15/07

Mordedura - Parte I

16/07

Mordedura - Parte II

*** Cronograma sujeito a alterações**

Expediente: Jornalista Responsável: Daniel Giovanaz **Texto, redação, diagramação e edição:** Camila Hammes, Daniel Giovanaz e Thaine Machado **Reportagem fotográfica:** Camila Hammes **Teleconsultorias:** Fernanda Lazzari e Siegrid Zwiener **Design e ilustração:** Vanessa de Luca **Orientação:** Luana Gabriele Nilson, Luíse Lüdke Dolny e Thaís Titon de Souza **Revisão:** Camila Hammes, Daniel Giovanaz e Thaine Machado



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.



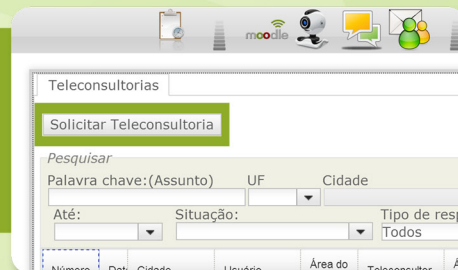
2º

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



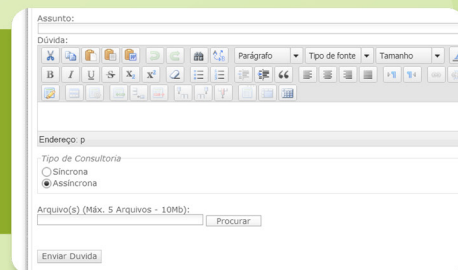
3º

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.