



# Telessaúde Informa

Boletim Informativo do Núcleo de Telessaúde SC

edição 27 | março de 2014



Vacina do HPV: o que  
saber e onde buscar  
informações

página 3



O que é saúde? A  
reportagem contribui,  
mas não esgota o debate

páginas 8 e 9



A saúde brasileira pelo  
olhar de uma cubana, um  
registro fotográfico

páginas 6 e 7



# Telessaúde SC apresenta novidades para 2014

O Núcleo de Telessaúde Santa Catarina dá as boas-vindas a todas as Equipes de Saúde da Família do estado. Iniciamos 2014 ainda mais focados em dar apoio às equipes para a qualificação e melhoria do serviço de saúde oferecido à população. Nossas atividades já estão a mil e nos colocamos à disposição dos profissionais que atuam na Atenção Básica de Santa Catarina.

As webconferências e os workshops continuam sendo realizados semanalmente, nas quartas e quintas-feiras, respectivamente. Estamos também estudando possibilidades de reprisar as palestras em horários alternativos, para que mais pessoas possam assisti-las.

As teleconsultorias, que já davam suporte aos profissionais e às equipes na resolução de dúvidas clínicas e de processo de trabalho, agora podem

ser solicitadas também quando houver dificuldades na coordenação e gestão das equipes e serviços. A teleconsultoria contribui para o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações, implementação de protocolos e políticas, uso de sistemas de informação, distribuição de carga horária para atender todas as demandas, etc. Para solicitar uma teleconsultoria, entre no nosso portal **telessaude.sc.gov.br** e cadastre sua pergunta. Ela será respondida por um profissional qualificado e com experiência na área.

Outra novidade é que neste ano estão sendo elaborados cursos clínicos, que em breve serão divulgados. Você também pode participar de um minicurso especial do Telessaúde SC sobre o uso dos nossos serviços. Ele será lançado em março e permitirá que você conheça todas as facilidades e

potencialidades do nosso trabalho. Aproveite para realizar seu cadastro agora e não perca nenhuma oportunidade!

## Cadastro

Para fazer o cadastro no Telessaúde, você deverá entrar em contato conosco pelo telefone **(48) 3212-3505** ou por e-mail **telessaude.sc@saude.sc.gov.br**, informando seu **nome completo; CPF ou passaporte; e-mail pessoal; telefone pessoal; número do registro no conselho profissional; nome do município; nome da unidade e da equipe e número do CNES.**

Você receberá por e-mail um nome de usuário e senha e já poderá acessar todos os serviços.

Poderão fazer o cadastro todos os profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica de Santa Catarina, além da gestão e coordenação.

Reforçamos a importância da sua participação e apoio para a continuidade destes serviços em seu município.

O primeiro informativo do ano traz para vocês informações sobre a vacina do HPV, um olhar da uma médica cubana do Programa Mais Médicos sobre a saúde no Brasil, além de experiências exitosas e uma reportagem sobre determinantes em saúde. A imagem ao lado, do cartunista e ilustrador polonês Pawel Kuczynski, faz uma crítica que está relacionada à abordagem feita pela reportagem.

Boa leitura!



Ilustração de Pawel Kuczynski, disponível em: <http://migre.me/1585C>

**Equipe Telessaúde SC**



# A vacinação contra o HPV vai começar e é preciso saber...

Você sabia que existem aproximadamente 100 genótipos do HPV, mas apenas 15 são considerados de alto risco? Por isso, mesmo com a estimativa de que quase 75% das pessoas que iniciam a vida sexual tornam-se infectadas em algum momento, mais da metade não desenvolverá nenhum tipo de lesão. Então, tão importante quanto a vacina em si, é fazer a prevenção contra a infecção com o uso do preservativo e com o exame periódico do Papanicolau. Esse exame é de fácil realização, bastante confiável e deve ser disponibilizado em unidades básicas de saúde (para aprender mais sobre o exame, assista à webconferência: <http://migre.me/iaBdK>). O câncer de colo de útero é uma doença de evolução muito lenta, leva cerca de 10 anos para se desenvolver, e o Papanicolau permite a detecção de formas precursoras do câncer. Ou seja, as lesões podem ser tratadas antes de se tornarem câncer.

A ideia é que a vacinação se una ao Papanicolau e ao preservativo contra o câncer do colo do útero para que, nas próximas décadas, possa-se prevenir a doença que representa hoje a segunda principal causa de morte por neoplasias entre mulheres no Brasil. Confira abaixo as principais informações sobre a vacina e, se continuar com dúvidas, acesse: <http://migre.me/ibyna>

A primeira dose da vacinação (vacina quadrivalente) começa no dia 10 de março, a segunda dose em setembro e a terceira dose em março de 2019.

As vacinas oferecem maior proteção se administradas antes da exposição ao HPV, ou seja, antes do início da atividade sexual. Por isso, o público-alvo da vacinação são meninas de 11, 12 e 13 anos em 2014. Na população indígena serão vacinadas as meninas de 9, 10, 11, 12 e 13.

A adolescente que não quiser receber a vacina deve levar para a escola um termo de recusa assinado pelos pais.

## Conheça mais sobre o vírus do papiloma humano



O HPV é a principal causa de câncer de colo de útero e esse tipo de câncer é o segundo mais frequente em mulheres e o terceiro maior causador de mortes.

A prevalência do HPV é similar em homens e mulheres, porém nos homens predominam os subtipos de médio e baixo risco e em mulheres os de alto risco.

Metade das infecções acontece em pessoas entre 18 e 24 anos de idade.

### O tratamento precoce previne mais de 80% dos casos de câncer.

O uso do preservativo reduz em até 70% as chances de infecção pelo HPV, mas ele não protege todas as áreas de contato sexual.

O Papanicolau diagnostica alterações celulares que sugerem a presença do vírus. A realização do exame periodicamente reduz os índices de morte de mulheres por câncer de colo de útero.

A vacina será disponibilizada em escolas públicas e privadas para a primeira dose e em postos de saúde públicos para a primeira dose e doses subsequentes.

Não existe nenhuma interação entre a vacina do HPV e outras vacinas, então elas podem ser administradas simultaneamente.

A meta é vacinar, no mínimo, 80% das meninas de Santa Catarina.



# Os desafios que a rede pública de saúde mental enfrenta têm solução

Marcos Aurélio Maeyama, odontólogo e professor do curso de medicina da Universidade do Vale do Itajaí, fala sobre a atual prevalência de uma lógica biomédica do cuidado. Para ele, a medicalização é um problema que pode ser contornado com o pensamento de integralidade

## Qual o panorama da saúde mental hoje no Brasil?

**Marcos Maeyama** - Nos últimos anos a saúde mental tem representado a área com maior crescimento em termos de prevalência de problemas. Isso acontece por causa das mudanças da sociedade. Comparando o modo de vida de anos atrás com o tempo em que vivemos, a sociedade passou por grandes transformações que afetam a saúde das pessoas de forma geral, inclusive em problemas de ordem emocional. Outro ponto é a própria organização dos serviços de saúde, que dentro de uma lógica biomédica estabelecida historicamente, num processo de medicalização da vida, acaba por supervalorizar processos normais de sofrimento, transformando-os em problemas de saúde mental. Portanto, por um lado ocorreu uma transição epidemiológica real, mas por outro também houve uma patologização dos fenômenos normais da vida.

## Como essas transformações sociais têm interferido na saúde mental?

**Marcos** - Se hoje as pessoas possuem uma condição financeira melhor, que permite um melhor acesso às necessidades básicas e até mesmo um aumento de conforto, por outro lado, elas têm trabalhado muito mais do que há 20 anos. Além disso, tornaram-se reféns dos bens de consumo, o que de certa forma



já é prejudicial, mas, para piorar, muitas vezes abrem mão das relações, do convívio familiar e do próprio lazer para obterem um status. Essa busca pelo "ter" gera competição em detrimento da solidariedade. Sendo que a solidariedade é fator de proteção para a saúde mental.

## E como o setor saúde tem se organizado pra enfrentar esses problemas?

**Marcos** - O modelo de atenção à saúde hegemônico ainda segue a lógica estritamente biomédica. Esse padrão tem sua racionalidade baseada na busca de sinais e sintomas, que geram um diagnóstico, e a partir deste diagnóstico realizar um tipo de tratamento baseado em protocolos clínicos, que geralmente são baseados em medicamentos. Este tipo de lógica sugere uma repetição de casos e de condutas. Pensando em saúde mental, por exemplo,

todos os casos diagnosticados como depressão têm seu tratamento realizado com antidepressivos. Nesta lógica, todos os casos são iguais. A primeira questão é: estamos tratando causa ou consequência? O medicamento consegue melhorar a sensação de tristeza, de angústia, mas o que levou as pessoas a desenvolverem o quadro de depressão não é tratado. Portanto, as causas não são as mesmas e consequentemente o tratamento não pode ser o mesmo, nem se restringir a terapia medicamentosa. É claro que em algumas situações o medicamento é importante para dar um suporte temporário ao paciente. Mas a terapia estritamente medicamentosa gera dependência do medicamento por não conseguir interferir na causa do problema, somente na sua consequência. Com isso, nós temos hoje uma grande prevalência de transtornos mentais e excessiva medicalização e medicamentação.

## Essa limitação da medicalização e medicamentação da saúde se deve a que fator?

**Marcos** - Especialmente a formação dos profissionais. Desde a lei de diretrizes e bases da educação publicada em 1968, tornou-se obrigatório para todos os cursos da área da saúde seguir um currículo de base biomédica. Isso significa dizer que todos os profissionais aprenderam a realizar suas práticas dentro desta racio-



nalidade, o que conseqüentemente levou à consolidação de um modelo de atenção biomédico. O movimento da reforma sanitária e a criação do SUS em 1988 trouxeram consigo a necessidade de rever o modelo de atenção para uma lógica de integralidade, para que o binômio saúde-doença seja pensado a partir do processo de determinação social, das questões ambientais, psicológicas, familiares, e biológicas. Ainda assim, as mudanças curriculares são tímidas, prevalecendo a formação biomédica, o que explica a dificuldade de transformação do modelo de atenção.

### **E no geral, quais poderiam ser as alternativas de tratamento?**

**Marcos** - Não existe uma resposta única para esta pergunta, pois as soluções são singulares. Mas além da terapia medicamentosa, podemos lançar mão da escuta qualificada, da psicoterapia, e do próprio trabalho de grupos. Depende de cada caso.

### **Mas os grupos não representam uma certa homogeneização dos casos?**

**Marcos** - De certa forma sim. É um movimento que deve vir a partir da necessidade individual das pessoas, mas que numa comunidade podem ter situações em comum de outros indivíduos. Por exemplo, a partir da escuta qualificada de um indivíduo, supostamente com depressão, identificamos que o que pode estar gerando o problema é a solidão e a falta de ocupação. Mas dentro de uma equipe e sua área de abrangência, identificamos mais sete ou oito casos que apre-

sentam o mesmo problema e a mesma situação de solidão. Uma das soluções seria criar um grupo com estas pessoas, que teria a potência de trabalhar a interação social. E as atividades que podem ser realizadas pelo grupo devem ser planejadas a partir do que o próprio grupo deseja e sente necessidade. Nesta perspectiva, de certa forma, estamos tratando da causa dos problemas. Ainda assim existe uma singularidade, pois o grupo e suas atividades são criados a partir das suas pró-

**“A primeira questão é: estamos tratando as causas ou as conseqüências?”**

prias necessidades.

### **Nessa lógica de organização, outros profissionais de saúde podem ter um maior protagonismo?**

**Marcos** - Sem dúvida. O processo de escuta pode e deve ser realizado por toda a equipe. Inclusive, muitas questões que envolvem o contexto do problema não são captadas exclusivamente pelo médico. Na Atenção Básica, por exemplo, o agente comunitário de saúde ou mesmo outro profissional que possui mais vínculo com o paciente tem uma chance muito maior de entender o contexto. Além disso, as atividades de grupo também podem e devem ter a participação de toda a equipe de saúde. Mas é importante lembrar também que a consulta médica e a psicoterapia, quando

necessárias, devem ser feitas por profissionais específicos.

### **Além desta questão de formação, quais são outros aspectos que dificultam uma melhor resolubilidade dos casos de saúde mental?**

**Marcos** - Outro problema bem frequente relatado pelas equipes de Atenção Básica é o excesso de pessoas sob sua responsabilidade na área de abrangência. O recomendado é que as equipes trabalhem com uma média de 3 mil pessoas, mas esse número geralmente ultrapassa os 4 mil usuários. O excesso de demanda limita uma melhor escuta e outras atividades para além da consulta clínica. E não realizar uma boa escuta e não realizar outras formas de cuidado, que inclui atividades educativas e de grupo, diminui a resolução dos casos, causando uma maior demanda de consultas clínicas. Portanto, deve haver um esforço de gestão para respeitar o número estabelecido por equipe, mas também existe a necessidade de as equipes ampliarem a dimensão do cuidado, além da clínica tradicional biomédica.

### **Quais são os principais desafios para a saúde mental?**

**Marcos** - Os desafios são vários e eles correspondem aos problemas discutidos anteriormente. Mas o ponto central e inicial das mudanças é a formação profissional. Neste sentido, tanto as graduações quanto as especializações devem rever o entendimento do processo saúde-doença dentro da lógica de integralidade. Mas o que é imperativo é o processo de educação permanente.



# Um olhar cubano sobre a saúde brasileira

Yanela Leyva Perez é natural de Havana, capital de Cuba. Ela se formou em medicina em 2004 e fez dois anos de especialização em Medicina de Família e Comunidade - obrigatórios durante a residência no país. Ela conta que em Cuba a equipe de saúde se constitui de um médico e um enfermeiro para cada 1.500 pessoas, o atendimento é público e as unidades possuem laboratório, raio-x, ultrassom, atendimento 24 hrs e até salas de terapia intensiva.

Yanela chegou a trabalhar na Venezuela por quatro anos antes de decidir vir para o Brasil. Acompanhamos uma manhã de trabalho da médica, que está no país há três meses. Ela atende no centro de saúde dos Ingleses, em Florianópolis. Lá, além do atendimento clínico, ela participa das reuniões de equipe e de visitas domiciliares.



## Adaptação

*"A língua é complicada, e os pacientes têm preconceito, dizem que sou jovem, que sou cubana, que moro na ditadura, que sou escrava, então têm esses preconceitos...mas depois que entram na consulta, falam e conseguem entender, tudo flui normal. Tem paciente que fica com dúvida, mas de forma geral, que eu saiba, eles aceitam bem."*

*"Com o pessoal do trabalho eu tenho que falar que estou agradecida de toda forma. Desde auxiliar de limpeza até o coordenador. Não tenho queixa de ninguém."*



Laura tem 11 anos e foi atendida por Yanela pela primeira vez, mas já percebeu a diferença no serviço. A mãe da menina, Greisi Almeida, diz que agora as consultas são mais investigativas e o diálogo entre médico e paciente é maior.





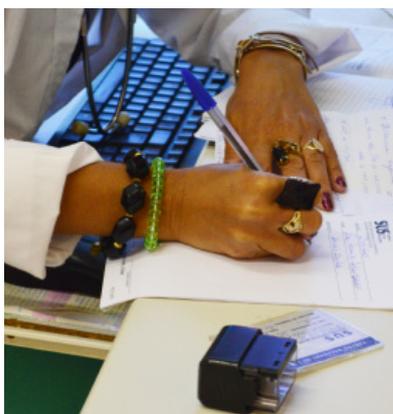
Dona Maria Ana dos Santos, 84 anos, não entendia muito o espanhol, mas chegou a convidar Yanela para um cafezinho em sua casa.



## Olhar sobre o Brasil

*"Aqui se trabalha bastante. O protocolo de atendimento para as grávidas e para as crianças é um pouco diferente de Cuba. Eu noto que aqui tem muita gente depressiva e ainda não consigo entender por que. As pessoas falam que é pela situação econômica, porque querem fazer algo e não conseguem, mas eu não sei se é verdade ou não. Aqui todo mundo toma fluoxetina. A consequência é complicada. Não sei por que a população é tão depressiva, mas temos depressivos demais."*

*"A demanda da população é muito grande e temos poucos médicos. Se tivermos mais, os hospitais não ficarão cheios. Em Cuba o trabalho flui mais rápido, aqui temos que esperar um pouco. Por exemplo, eu preciso fazer um exame de urina e não tenho como fazer. Lá não é assim. Para nós que estamos acostumados a resolver as coisas na hora, é um pouco difícil, mas dá pra trabalhar e atender bem."*



### Mais Médicos

A médica Yanela chegou ao Brasil no terceiro grupo do Programa Mais Médicos, no dia 11/11/2013. Em São Paulo, ela fez um curso de língua portuguesa e outro sobre a política de saúde pública do Brasil. No mesmo dia, fez ainda uma prova médica. Só depois disso ela descobriu que viria para Florianópolis. Yanela garante que não pretende estender o tempo por aqui, ela quer voltar para Cuba - onde a filha de 9 anos a espera - assim que o contrato terminar, daqui a três anos.



# O que isso tem a ver com saúde?

Saúde é geralmente descrita como ausência de doenças ou como o estado de bem-estar. Entretanto, para viver bem, as pessoas demandam condições que vão além do senso comum

**O** Uruguai foi eleito o país do ano em 2013. O pequeno país do sul da América do Sul é economicamente um dos mais desenvolvidos e possui um dos maiores PIB per capita da região, e também é o primeiro em qualidade de vida e desenvolvimento humano na América Latina. Seu presidente, Pepe Mujica, anda de fusca, vive em uma fazenda e abre mão de 90% de seu salário. Como governante desde 2009, ele liberou o aborto até o terceiro mês, o casamento gay e regulamentou o uso da maconha. Antes de estabelecer um juízo de valor diante das medidas adotadas no país, podemos refletir sobre qual a relação que elas podem ter com a saúde de sua população.

Essa reflexão parte da ideia de que saúde não é simplesmente a ausência de doença, não é um conceito que se restringe ao biológico. Se acompanharmos, por exemplo, um digitador e um pia-

nista que trabalham há 20 anos fazendo movimentos repetitivos com as mãos: qual deles teria maior chance de desenvolver uma Lesão por Esforço Repetitivo (LER)? Estudos apontam que o digitador tem chances maiores de adoecer. A partir disso, pode-se pensar que saúde também tem relação com o

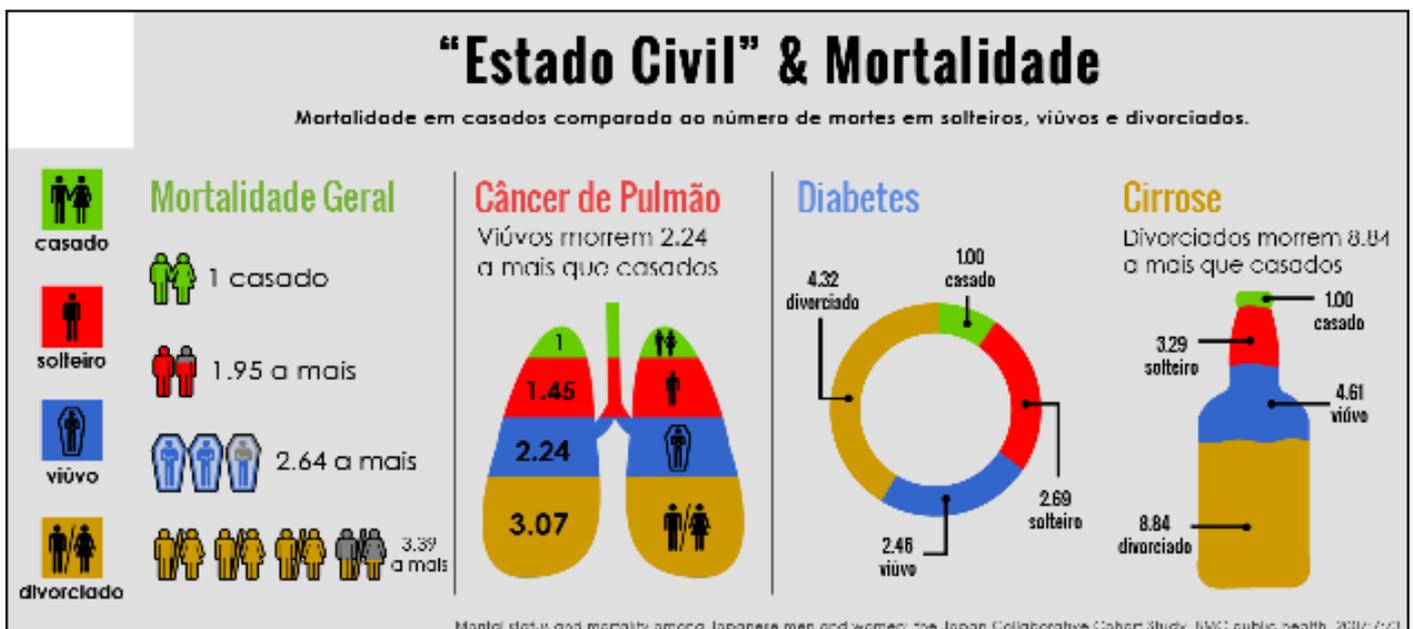
**“A lógica do SUS é contrária à biomédica: o sujeito é visto como cidadão”**

grau de satisfação de uma pessoa diante da vida.

Guilherme Albuquerque, professor assistente do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Paraná, afirma em artigo que a vida humana é determinada socialmente em todas as suas dimensões, inclusive a da saúde. “A forma como se

organiza a produção da vida em sociedade determina diferentes formas de viver, adoecer e morrer, para os diferentes grupos sociais”, diz Guilherme. Ele revela isso através de pesquisas que mostram que médicos adoecem e morrem mais de doenças cardiovasculares e suicidam-se mais que a população geral, pedreiros morrem mais por quedas, operadores de telemarketing padecem mais de doenças osteomusculares e banqueiros vivem mais e melhor que os demais. Esses dados escancararam a relação direta entre a inserção do sujeito na sociedade e sua saúde. Já outras pesquisas (como as apresentadas nos gráficos abaixo e na página seguinte), não são tão óbvias. O que explica que pessoas casadas morram menos, sofram menos de câncer de pulmão, diabetes e cirrose?

Como a determinação é social, é inevitável pensar em que sociedade estamos inseridos. Na forma de organização da sociedade



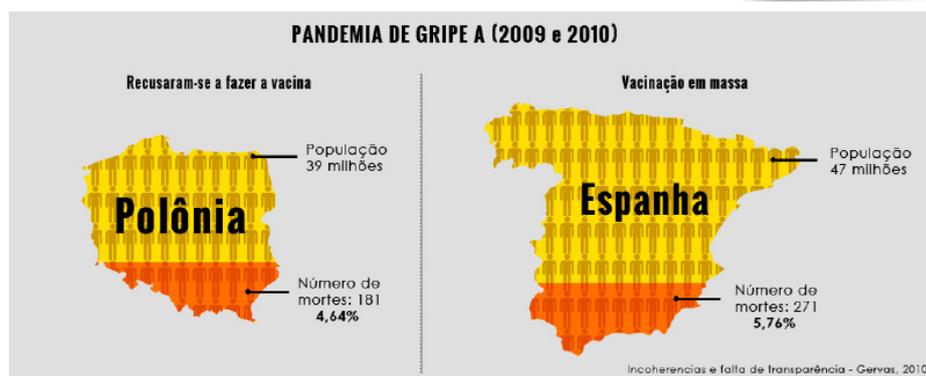


capitalista, a força de trabalho é vista como uma mercadoria, que tem valor pelo tempo de trabalho que foi investido na sua produção. Assim, o cuidado profissional em saúde é responsável por manter e recuperar a força de trabalho, aumentando seu valor: a produtividade dos indivíduos na sociedade. De maneira geral, o profissional de saúde cumpre seu papel identificando o problema, ou doença, que está impedindo que alguém seja produtivo na sociedade e indica um tratamento que resolva a situação. Essa forma de enxergar a saúde é conhecida como lógica biomédica, que resulta na visão do sujeito como paciente, analisado de forma fragmentada. As decisões são centradas no médico e o diagnóstico é geralmente apenas clínico.

## Qual é a saída, então?

Mudar a estrutura base da sociedade não é tarefa simples. Então, um dos caminhos apontados para garantir que as pessoas tenham o mínimo para que possam viver bem e tenham saúde são os determinantes sociais. O Ministério da Saúde define determinantes sociais como “as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como os sistemas estabelecidos para combater as doenças”.

As discussões dos determinantes voltados para a saúde começaram na década de 70, mas antes disso, após a segunda guerra mundial, criou-se uma forma de conciliar o capitalismo com a democracia a partir dos determinantes sociais: o estado de “bem-estar social”. Nessa organização social, o Estado assistencial garante padrões mínimos de educação, saúde, habitação, renda e seguridade



social a todos os cidadãos. A Grã-Bretanha foi o país que se destacou na construção do estado de bem-estar a partir de 1942. Nas décadas seguintes, outros países seguiram essa direção, como a França e os países nórdicos - Suécia, Noruega, Dinamarca, Finlândia. “Esses países têm algumas prerrogativas, e uma delas é ter sido o centro dominante do mundo por centenas de anos. A Europa foi dominante e colonizadora e com certeza usufruiu disso. Eles garantiram uma desigualdade de renda menor do que a nossa e menos dificuldade de acesso a bens e serviços: as pessoas têm condições de transporte, de assistência à saúde e de proteção social em geral muito melhores do que as nossas”, pontua Paulo Fleury Teixeira, médico e especialista em medicina preventiva.

Já a América Latina esteve do outro lado do jogo da colonização: foi explorada e colonizada aos longo dos séculos. Assim, não se desenvolveram experiências de bem-estar social por aqui. É neste ponto que voltamos ao Uruguai. As mudanças que aconteceram no país não foram garantias de direitos para as majorias, mas deram condições e liberdades para que houvesse mudanças sociais - diminuição de morte materna, menor violência e tráfico, por exemplo - e para que grupos pudessem alcan-

çar o que Fleury chama de determinantes psicossociais. “O grau de reconhecimento, o nível de autonomia e de segurança, assim como o balanço entre esforço e recompensa e entre expectativas, realizações e frustrações que os indivíduos obtêm no curso de suas vidas são igualmente determinantes de suas condições de saúde”.

## E o Brasil?

Aqui, a saúde como direito do cidadão e dever do Estado ficou determinada na lei nº 8.080, de 1990: “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País”.

O SUS foi criado em 1988, na efervescência desse debate, e como forma de ofertar saúde, no seu sentido mais amplo, a todos os cidadãos. A lógica instaurada pelo SUS é contrária àquela biomédica: o sujeito passou a ser visto como cidadão, percebido de forma integral. As decisões são centradas na equipe e o diagnóstico é clínico e comunitário. Um dos desafios ao profissional de saúde é não só curar e reabilitar, mas prevenir doenças e promover saúde.



# Reestruturação dos serviços de saúde de Morro da Fumaça

**M**orro da Fumaça é um município localizado ao sul de Santa Catarina e possui 16.364 habitantes. Sua rede de atenção à saúde é composta de equipes de Estratégias de Saúde da Família, Saúde Bucal, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Vigilância em Saúde, Laboratório de Análises Clínicas, Farmácia Municipal, Especialidades e áreas programáticas, e educação permanente à equipe multiprofissional. Em 2013, a coordenação da Atenção Básica (AB), Equipes de Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) traçaram estratégias para a melhoria do acesso e da qualidade da AB com o apoio do Telessaúde SC, que teve os pontos implantados na cidade no mesmo ano. Antes, o município fazia uso apenas do recurso de eletrocardiograma. Com o incentivo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), a cidade iniciou o uso dos serviços de educação permanente em reuniões de equipe para qualificar e melhorar o perfil dos profissionais da AB.

As teleconsultorias síncronas foram utilizadas no período de março a dezembro. Mabel Magagnin Possamai, coordenadora da AB, relata que organizou um cronograma de educação permanente e apoio para as ESF e NASF enfocando organização do processo de trabalho. Cada equipe foi apoiada por um profissional do NASF e pela teleconsultora Gisele Damian. Os médicos e enfermeiros contaram com o apoio dos teleconsulto-

res clínicos para discutir questões específicas; os ACS participaram de teleconsultorias sobre visitas domiciliares. A equipe de Saúde Bucal, coordenada por Silvia Silvestre Negro, também participou das ações educativas. Totalizaram-se 30 teleconsultorias síncronas com o município.

## Os principais resultados

“O uso dos serviços síncronos e assíncronos no cotidiano de trabalho das equipes, o vínculo criado com os teleconsultores, o processo de autoavaliação e o apoio do NASF e coordenação da AB foram fatores imprescindíveis para as mudanças na organização do processo de trabalho das equipes em 2013”, cita Mabel, destacando as contribuições do uso dos serviços do Telessaúde de SC:

1. As teleconsultorias específicas do NASF: contribuíram para a evolução do trabalho em equipe, do matriciamento e do planejamento conjunto entre ESF e NASF. Assim, cada profissional NASF acompanhou diretamente uma ESF auxiliando nas ações de melhoria e estudo do grupo.

2. As teleconsultorias nas ESF: os profissionais foram motivados a comprometerem-se com as metas e indicadores de saúde, saber orientar sobre os direitos



Profissionais realizaram 30 teleconsultorias do Telessaúde em 2013

e deveres dos usuários e desenvolver ações integrais em saúde. As teleconsultorias ajudaram na organização de ações em grupos e a comunicação entre comunidade e equipe.

3. As teleconsultorias para Coordenação de AB: o envolvimento da coordenadora da AB nas teleconsultorias ajudou a coordenação a planejar suas ações de forma mais próxima das equipes, possibilitando o alcance dos ideais almejados e um processo de trabalho unificado, organizado e conciso. Para 2014, a discussão enfocará os indicadores de saúde para que o município alcance as metas estaduais - COAP e PMAQ.

4. As teleconsultorias para ACS: os ACS foram motivados a discutir sobre ações de promoção e prevenção, trabalho em equipe, principalmente os deveres e responsabilidades do ACS frente à comunidade, equipe e PMAQ.

**Relato de Mabel Magagnin Possamai, coordenadora da Atenção Básica do município de Morro da Fumaça.**



# Pergunta destaque do mês: cefalosporinas injetáveis

**Quais os cuidados que se deve ter na aplicação de cefalosporinas injetáveis, em especial a injeção intramuscular de Ceftriaxona, na Unidade Básica de Saúde?**

As instruções normativas sobre a preparação e administração de injetáveis a base de cefalosporinas podem levar em consideração as monografias disponibilizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (1,2,3).

Segundo o Manual de preparo e administração de antimicrobianos injetáveis do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (4), recomenda-se que o usuário seja reavaliado depois de receber a medicação, mesmo que a receita tenha a orientação de liberação após sua aplicação. Sugere-se acompanhar o paciente e observar sinais de reação à droga durante 15 minutos a meia hora, depois disso, libera-se o paciente como é feito com as penicilinas.

A injeção intramuscular sem a solução de lidocaína (diluyente) é dolorosa. Diluir a Ceftriaxona dissódica IM 250mg ou 500mg em 2mL e a Ceftriaxona dissódica IM 1g em 3,5mL de uma solução de cloridrato de lidocaína monoidratada a 1% e injetar profundamente na região glútea ou em outro músculo relativamente grande. Recomenda-se não injetar mais do que 1g em cada glúteo. A solução de lidocaína nunca deve ser administrada por via intravenosa (5,6,7).

As cefalosporinas são um grupo de antimicrobianos  $\beta$ -

-lactâmicos de amplo espectro. Dependendo da geração, podem ser utilizadas tanto em infecções na Atenção Básica como hospitalares (sendo comum seu uso no tratamento de algumas Doenças Sexualmente Transmissíveis). Cada categoria de cefalosporinas apresenta predominante atividade antimicrobiana contra determinadas bactérias.

A padronização de notas técnicas sobre o uso racional de antibióticos é importante para redução e controle dos agravos relacionados à resistência bacteriana nos serviços de saúde.

A RENAME relaciona as seguintes cefalosporinas injetáveis: Cefalotina (primeira geração), Cefazolina (primeira geração), Cefotaxima (terceira geração), Ceftazidima (terceira geração), Ceftriaxona (terceira geração). As informações sobre apresentação, indicação, precaução, esquema de administração, orientações e aspectos farmacológicos podem ser consultadas no Formulário Nacional Terapêutico (8).

**Categoria da Evidência:** Grau D – Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais

**Profissional solicitante:** Farmacêutico

**Descritores DeCS:** Medicamentos; atenção básica; cefalosporinas

**Descritores CIAP1:** A55

**Descritores CIAP2:** A50

**Teleconsultor:** Equipe Telessaúde de SC

## Bibliografia selecionada:

1. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Cefalotina (Keflin). Disponível em: <[http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BM\[25281-1-0\].PDF](http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BM[25281-1-0].PDF)>. Acesso em: 27 set. 2013.
2. \_\_\_\_\_. Cefazolina (Kefazol). Disponível em: <[http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BM\[25280-1-0\].PDF](http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BM[25280-1-0].PDF)>. Acesso em: 27 set. 2013.
3. \_\_\_\_\_. Cefotaxima (Cefotaxima). Disponível em: <[www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BM\[25963-1-0\].PDF](http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BM[25963-1-0].PDF)> Acesso em: 27 set. 2013.
4. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Manual de preparo e administração de antimicrobianos injetáveis./Zuleide Gonzaga da Silva Besen; Amanda Gabriela Machado; colaboração de Simone Vieira Costa. – Florianópolis, 2009. Disponível em: [http://www.hu.ufsc.br/~farmacia/informes\\_tecnicos/manual\\_final.pdf](http://www.hu.ufsc.br/~farmacia/informes_tecnicos/manual_final.pdf)>. Acesso em: 27 set. 2013.
5. TRISSEL, L. A. Handbook on the injectable drugs. 14. ed. Bethesda, Maryland, American Society of Health: System Pharmacists, 2007. p. 1505
6. ABRAMS, J. et al. Systemic anti-infectives. In: Drug Facts and Comparisons. 59. ed. Missouri: Facts & Comparisons, 2005 p. 334-342
7. Dicionário de administração de medicamentos na enfermagem, 2009/2010, Rio de Janeiro: Epub, p.102, 2009.
8. BRASIL. Formulário Terapêutico Nacional, 2008, p. 186. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario\\_terapeutico\\_nacional\\_2008.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2008.pdf)>. Acesso em: 27 set. 2013.



# Dicas

## Eventos



Neste mês acontece a IV Mostra Nacional de Experiências em Atenção Básica / Saúde da Família, em Brasília. O evento valoriza a troca e a discussão de experiências de saúde e estimula o protagonismo local dos trabalhadores, gestores e usuários da Atenção Básica do Brasil.

**Quando:** 12 a 15 de março de 2014

**Onde:** Brasília/DF

**Mais informações:** <http://atencaobasica.org.br/mostra>

## Filmes



### O lado bom da vida (2013)

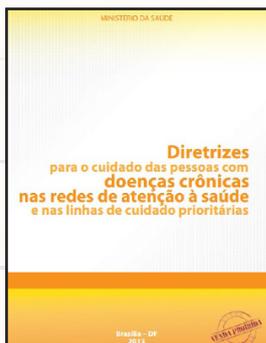
De uma hora para outra, Pat perde a casa, o emprego e o casamento, e passa a morar em um sanatório por causa de seu distúrbio bipolar. Decidido a reconstruir a vida, volta para a casa dos pais e espera que tudo seja como antes. Mas em uma noite, Pat conhece Tiffany, também instável emocionalmente, e mudanças significativas podem ocorrer em seus planos futuros. O filme tem menos de comédia e romance, e mais do drama de pessoas que tentam se reequilibrar.



### Cordas (2014)

Maria é uma menina doce e travessa que vive em um orfanato. Ao longo dos dias, cria uma ligação especial com o novo colega de classe, portador de paralisia cerebral. Baseado em uma história real, "Cordas" ganhou o Prêmio Goya 2014, que é a maior premiação do cinema espanhol, na categoria curta-metragem de animação. Em menos de 11 minutos, o filme ensina como o amor, a amizade e o respeito pelas diferenças são importantes na vida de qualquer pessoa.

## Publicações



O caderno "Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias" foi elaborado com o objetivo de estabelecer diretrizes e ajustar ações e serviços já existentes no cotidiano das gestões e das equipes de saúde. A publicação busca contribuir com a organização da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, e discute por que organizar a atenção a essas pessoas no SUS e em rede com linhas de cuidados prioritárias. O caderno de 2013 está disponível no link:

**[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes\\_doencas\\_cronicas.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes_doencas_cronicas.pdf)**



# Programação de webs de Março

## 12/03

### Indicadores de Monitoramento de Saúde da Mulher - 15h

**Palestrante:** Carmem Delziovo / Enfermeira

**Resumo:** Essa webconferência irá mostrar quais são os indicadores do PMAQ e COAP na saúde da mulher e na rede cegonha. Além disso, o objetivo é trabalhar estratégias que gerem efeito positivo nas condições de saúde das mulheres.

## 19/03

### Serviço do CCR de Reabilitação Intelectual Transtorno do Espectro do Autismo - 15h

**Palestrantes:** Lilianna Bianchini Dallanhol Rivero / Fisioterapeuta - Michele Gindri Vieira / Fonoaudióloga

**Resumo:** Aborda a divulgação do serviço de Reabilitação Intelectual e Transtorno do Espectro do Autismo (RIA), oferecido pelo Centro Catarinense de Reabilitação (CCR), o qual é um Centro Especializado em Reabilitação II (CER II) implantado pelo Plano nacional dos direitos da pessoa com deficiência.

## 26/03

### Educação Estruturada em Saúde para Diabetes Mellitus - 15h

**Palestrante:** Ana Paula Pacheco / Enfermeira

**Resumo:** O autocuidado do indivíduo diabético pode ser relativamente complexo devido aos vários fatores que devem ser levados em consideração para se realizar um tratamento ideal. A execução desses cuidados varia com o estilo de vida, fatores sociais, psicológicos e econômicos. A Educação Estruturada em Saúde é direcionada às dificuldades específicas e individuais e aos fatores que podem influenciar no processo de aprendizagem e tratamento.

## WORKSHOPS

### 13/03 - médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas

#### Síndrome de Úlcera Genital - 16h

**Palestrante:** Eduardo Campos de Oliveira / Médico

**Resumo:** Essa será a primeira apresentação de três workshops que têm como objetivo capacitar os profissionais da Atenção Básica para a assistência qualificada aos pacientes portadores de DST. As outras duas webconferências para complementar o tema acontecerão em 3 de abril e 5 de junho.

### 20/03 - NASF, coordenação UBS e ABS

#### Da avaliação externa ao cotidiano do NASF - Parte I - 16h

**Palestrantes:** Thaís Titon de Souza / Nutricionista

**Resumo:** Essa webconferência tem como objetivo transpor os padrões de organização do processo de trabalho do NASF inseridos na avaliação externa do PMAQ para a prática cotidiana dessas equipes na Atenção Básica.

### 27/03 - médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais

#### Herbicidas - 16h

**Palestrante:** Adriana Mello Barotto / Médica coordenadora clínica do CIT/SC

**Expediente:** **Jornalista Responsável:** Marina Veshagem **Texto, redação, diagramação e edição:** Marina Veshagem, Camila Peixer e Beatriz Carrer **Reportagem fotográfica:** Camila Peixer e Beatriz Carrer **Design e ilustração:** Vanessa de Luca **Orientação:** Luana Gabriele Nilson e Thaís Titon de Souza **Revisão:** Marina Veshagem, Beatriz Carrer e Daniel Giovanaz