



# Telessaúde Informa

Boletim Informativo do Núcleo de Telessaúde SC

## PARA ALÉM DA DEFICIÊNCIA

edição 35 | agosto de 2015



A importância dos profissionais da enfermagem nas equipes de saúde

página 4



Como a Atenção Básica deve se preparar para receber pessoas com deficiência

página 8



Feiras de orgânicos como espaços de integração e promoção da saúde

página 12

# Nesta edição

Começamos a planejar esta edição com uma dúvida: como as Unidades de Saúde estão preparadas para receber pessoas com deficiência? Percebemos o quanto esse assunto era relevante e como pequenas atitudes poderiam promover uma enorme mudança no cuidado com esse público. Para responder nossas dúvidas, fomos atrás de profissionais, pesquisadores e, claro, pessoas com deficiência que utilizam os serviços de saúde da Atenção Básica. O que trazemos nessa reportagem principal é um reflexo da engrandecedora experiência que foi para nós o contato com profissionais tão engajados e pessoas com histórias tão inspiradoras - que certamente também estão ao seu lado -, que nos fizeram acreditar ainda mais em um SUS para todos!

Esta edição do Telessaúde Informa ainda apresenta na sessão Click um pouquinho da feira de alimentos orgânicos realizada na Universidade Federal de Santa Catarina e mostra como é possível utilizar a alimentação na construção de espaços de integração e de promoção da saúde. E não perca a sessão Cotidiano com uma reportagem sobre o importante trabalho dos profissionais de enfermagem nas equipes de Saúde da Família, além de uma entrevista sobre o envelhecimento populacional e os impactos para a saúde pública.

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

**Boa leitura!**

Destaque	3
Cotidiano	4
Entrevista	6
Reportagem	8
Click!	14
Teleconsultoria	18
Dicas	22
Agenda	23





# PARA ALÉM DO ABC DO CÂNCER:

Palestras estão disponíveis no canal do Telessaúde SC

Entre outubro do ano passado e maio deste ano, o **Cepon promoveu o curso "Além do ABC do Câncer"**. Ao longo de três etapas, o curso reuniu estudantes de graduação, pesquisadores e profissionais de diversas especialidades para a divulgação de avanços científicos, estatísticas e compartilhamento de dúvidas e pontos de vista sobre os desafios do combate ao câncer.

O **Telessaúde SC realizou a cobertura completa** desses encontros. Todas as palestras ministradas durante as três etapas estão disponíveis na íntegra em nosso canal no youtube. São **35 vídeos**, editados e organizados na playlist **"Além do ABC do Câncer"**. **Acesse: [youtube.com/telessaudesc](https://youtube.com/telessaudesc)** e confira!



[ALÉM DO ABC DO CÂNCER] Dra. Senen Hauff - "Uma biografia do câncer" (Parte 1)



36 visualizações



[ALÉM DO ABC DO CÂNCER] "O cuidado interdisciplinar do paciente com câncer" (Parte 1)



91 visualizações

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!**

## Curso UNASUS: Política Nacional de Saúde Integral LGBT

O curso online, ofertado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UNA-SUS/UERJ), trata dos temas: *Gênero e Sexualidade*, *Estudo da Política LGBT e seus marcos* e *o Acolhimento e o Cuidado à População LGBT*. A matrícula vai até o dia 10 de setembro e o público-alvo do curso são todos os profissionais de saúde e demais interessados no tema, que buscam realizar ações de cuidado, promoção e prevenção da saúde da população LGBT de maneira integral e com qualidade. Saiba mais no [site!](#)



# Os desafios da enfermagem no trabalho cotidiano em uma unidade de saúde

A atuação de enfermeiros e técnicos de enfermagem está longe de se restringir ao atendimento hospitalar, sendo uma das mais amplas e complexas atividades, principalmente quando se trata de Atenção Básica (AB). As práticas de cuidado realizadas nesse âmbito da atenção, incluindo as da área de enfermagem, são consideradas pelo Ministério da Saúde a instância prioritária e a porta de entrada para o acesso dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

As equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Irani, no Oeste de Santa Catarina, são um exemplo concreto disso. As equipes de enfermagem das quatro ESF existentes no município desenvolvem atividades que passam pelas mais diversas funções relacionadas à AB. “Desde a promoção da saúde, como palestras nas escolas, grupo de idosos, grupo de gestantes, grupo de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) até o atendimento dos que procuram a Unidade; a responsabilidade pela supervisão da enfermagem, por fazer curativos, pela visita domiciliar, pela organização das campanhas, além de realizar as notificações, responder ao SINAN, ou seja, nosso trabalho envolve tudo isso”, exemplifica a enfermeira Adriana Paula Franceschina, que atua na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Centro de Irani.

Cada uma das quatro unidades conta com uma enfermeira em sua equipe, e essa profissional fica integralmente responsável pelas atividades relacionadas à sua função. “Como nós temos unidades separadas, então cada enfermeira na sua unidade tem que saber fazer de tudo. E quando vamos trabalhar com a promoção da saúde e as palestras, algo mais externo, nós nos reunimos, discutimos e dividimos o trabalho”, explica Adriana.

Com o trabalho em conjunto, a equipe de enfermagem tenta superar as dificuldades impostas pelo cotidiano da profissão. A maior delas é justamente essa multiplicidade de funções. “É bastante trabalho e, como já é rotina da enfermagem, a gente sempre quer fazer cada vez mais. Às vezes sentimos que realmente falta fôlego para dar conta de tudo. Mas nós tentamos, na medida do possível, não deixar nada pra trás.”

Nas últimas décadas, com a implantação e expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em todo o Brasil, a atenção à saúde vem priorizando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de pessoas e famílias, de forma integral e continuada. Isso exige profissionais da AB cada vez mais “capazes de planejar, organizar,



Irani possui quatro equipes de Estratégia de Saúde da Família

desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade e de articular os diversos setores envolvidos na promoção da saúde”, conforme destacam Rosângela Cott e os demais autores do artigo “Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde”. Os autores do artigo também ressaltam a importância de investir em uma boa formação para esses profissionais, considerando que ela interfere diretamente na qualidade dos serviços prestados.

A professora do curso de enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Ana Izabel Jatobá, defende que “o enfermeiro da Atenção Básica é generalista em especial”. Ela explica que o profissional da AB vai atender, em seu cotidiano de trabalho, do neonato ao idoso, em todas as suas especificidades, e por isso precisa estar preparado para as diversas situações. “Nossa



consiga se virar. Mas eu sempre falo pra eles: inevitavelmente vocês terão que continuar estudando.”

A enfermeira Adriana lembra que teve algumas dificuldades quando começou a trabalhar em Saúde Pública, pois sua formação, concluída há 11 anos, foi mais voltada para a área hospitalar. “Pelo que vejo, as enfermeiras que estão se formando agora chegam com um conhecimento

muito maior na Atenção Básica e em Saúde da Família. Acho isso muito importante, pois é melhor trabalhar com as questões de prevenção de doenças e promoção da saúde e assim não precisar chegar até a parte curativa.”

Ela e suas colegas da equipe de enfermagem também apontam a necessidade de formação continuada para a área. Elas destacaram a boa experiência que tiveram na capacitação sobre

DSTs realizada recentemente no município de Lages. “Foi muito produtivo, porque a gente está vendo aumentar bastante os casos de Sífilis aqui no nosso município. Como é um município pequeno, nós nunca tínhamos diagnosticado Sífilis em algum paciente, e agora estamos tendo bastante casos. Tivemos essa oportunidade de participar do treinamento, e agora podemos fazer um atendimento melhor”.

## A multiplicidade do trabalho da enfermagem dentro da ESF

O trabalho dos profissionais de enfermagem na Atenção Básica à Saúde e Estratégia Saúde da Família é muito abrangente. Confira as esferas que envolvem essa importante atuação:



### Bloco de Coordenação e Supervisão:

- Coordenação de Equipe;
- Supervisão da equipe de enfermagem (técnicos e auxiliares);
- Coordenação/Supervisão dos agentes comunitários de saúde (ACS);

### Bloco integrado:

- Atividades programadas de educação e promoção da saúde; prevenção e monitoramento de doenças; visitas domiciliares, grupos, oficinas etc;
- Implementação das ações de todos os programas e sistemas padronizados pelo Ministério da Saúde, Estado e Município. Exemplos: SISColo e SISMama; Programa de Imunização; SISPré-Natal; PSE (Programa Saúde na Escola); HIPERDIA (Acompanhamento de hipertensos e diabéticos), etc;
- Atividades administrativas como relatórios e preenchimento dos diversos sistemas de informação em saúde;
- Planejamento, execução e avaliação de ações com a equipe;
- Gerenciamento de materiais e insumos, da limpeza e higiene da unidade e dos equipamentos e materiais utilizados;
- Qualificação da equipe e promoção de ações de educação permanente em saúde;

### Bloco assistencial:

- Acolhimento com Classificação de Risco;
- Sistematização da Assistência de Enfermagem com a realização da Consulta de Enfermagem: Anamnese e Exame físico, Diagnóstico de enfermagem/Levantamento de problemas, Prescrição, Implementação do cuidado, Acompanhamento/Avaliação;
- Prestar cuidados diretos a pacientes graves e com risco à vida, bem como desenvolver os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;
- atendimentos de urgência e emergência.

### Quer saber mais sobre as atribuições do profissional de enfermagem?

Você encontra mais informações na *Lei do Exercício Profissional da Enfermagem*, no *Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem* e na *Política Nacional de Atenção Básica*.

Para acessar, basta clicar no nome dos documentos.



# Envelhecimento populacional e os principais desafios para a saúde pública

Uma das maiores conquistas de uma nação é o envelhecimento de sua população, refletindo as melhorias nas condições de vida dos seus cidadãos. De acordo com projeções das Nações Unidas, em 2050 pela primeira vez haverá mais idosos que crianças menores de 15 anos no mundo, o que representará cerca de 2 bilhões de pessoas acima dos 60 anos, ou 22% da população global. No Brasil, essa tendência de envelhecimento populacional também é uma realidade: seremos um país de idosos já em 2030 e até 2060 essa população deve quadruplicar, segundo dados do IBGE. Assim, os idosos devem passar de 14,9 milhões (7,4% do total dos brasileiros), em 2013, para 58,4 milhões (26,7% do total) em 2060. Esse panorama demográfico, que vem se delineando de forma radical e bastante acelerada, reforça a necessidade de pensar políticas intersetoriais de Estado que garantam o protagonismo e os direitos da pessoa idosa, como autonomia, mobilidade, segurança e outros. A área da saúde tem um papel fundamental e precisa se preparar para esse contexto, como mostra a professora da Universidade Federal de Santa Catarina e doutora em Saúde Pública/Epidemiologia, Eleonora D’Orsi.

## Que fatores levaram à atual situação demográfica do país, marcada pelo envelhecimento da população?

**Eleonora d’ Orsi** - Primeiro veio a melhoria das condições de vida, principalmente o acesso à alimentos de boa qualidade, à água limpa, a melhoria das condições de moradia e de saneamento das cidades, o que determinou a queda da mortalidade da população. A esperança de vida, que até o século XVII, XVIII, era de 20 e poucos anos, foi gradativamente aumentando. Depois veio a queda da fecundidade, porque conforme as famílias foram tendo acesso a melhores condições de vida e, principalmente depois que a mulher começou a trabalhar, passaram a ter menos filhos. Importante destacar nesse momento também o acesso a métodos contraceptivos eficientes, possibilitando às mulheres controlar a fecundidade. Assim, o número de filhos que era em torno de sete por mulher até a década de 30, 40, despen-

cou pra menos de dois – isso no Brasil. Esse processo onde ocorre primeiro a queda da mortalidade e depois a queda da fecundidade é a chamada transição demográfica. Ela faz uma mudança na pirâmide etária, resultando no envelhecimento da população. Atualmente, temos no Brasil cerca de 10% de pessoas acima de 60 anos, daqui a 30 anos serão 30%. Essa transição está sendo muito rápida. Na Europa, por exemplo, esse processo aconteceu em 180 anos. No Brasil foi em 90 anos.

## Quais mudanças esse envelhecimento populacional trará para a área da saúde?

**E.O.** - São muitos desafios e que envolvem vários setores. Para se ter saúde de maneira ampla, você não depende só dos serviços de saúde, pois ela envolve bem-estar físico, interação social, moradia, transporte... qualidade de vida como um todo. Então, primeiro, temos que pensar que essa população precisa de acessibilidade,



*Eleonora d’ Orsi é formada em Medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, possui mestrado e doutorado em Saúde Pública/Epidemiologia pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Atualmente é professora adjunta do Departamento de Saúde Pública e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.*



*E sua equipe, como está se preparando para promover o cuidado aos idosos na sua unidade de saúde?*

principalmente, porque a mobilidade da pessoa idosa é fundamental para a saúde. O idoso precisa conseguir se mover: sair da cama, fazer uma caminhada, pegar um transporte público e ir até um serviço de saúde para fazer uma consulta. Se a pessoa idosa não tiver condições de mobilidade, ela não sai de casa, fica parada e a chance de desenvolver alguma doença é grande.

### **Focando na Atenção Básica (AB), quais são as principais mudanças?**

**E.O.** - Além da questão da mobilidade, precisaremos focar nos cuidados de saúde preventivos, fundamentais na AB. O profissional precisa desenvolver um olhar preventivo em termos de alimentação, atividade física e estimulação cognitiva, que são as principais áreas que devem ser cuidadas para o idoso continuar independente. Quando o idoso se torna dependente de outra pessoa, isso acarreta – além de sofrimento para ele – uma grande responsabilidade para o seu cuidador e para a estrutura de saúde. Passa a ser preciso prover cuidados domiciliares, que ficam cada vez mais caros e que nenhum sistema de saúde tem condições econômicas de dar conta. Então a gente

necessita trabalhar para prolongar o máximo possível uma vida com independência e integração social da pessoa idosa, isso é uma saída para se ter menos impacto na área da saúde. Os focos principais estão na atividade física, que é muito importante que seja estimulada, conduzida e acompanhada pelos profissionais de saúde; na alimentação, estimulando a pessoa a mudar os hábitos alimentares e a consumir menos açúcares, sal, gorduras e alimentos processados; e por fim na estimulação cognitiva, para a qual contamos com meios extremamente úteis, como a internet. Também precisamos pensar na capacitação voltada para essa abordagem. Muitos profissionais não têm aula nenhuma sobre envelhecimento na faculdade, e sabemos que essa é uma população com necessidades diferentes. O profissional da AB precisa ser preparado para saber como ouvir e falar com a pessoa idosa. Ele também necessita de capacitação para as questões clínicas – que são complexas, pois todo idoso tem em média de 5 a 6 doenças – focando nas morbidades que acometem

essa população, principalmente hipertensão, diabetes, problemas de saúde mental, depressão e problemas osteoarticulares.

### **E o que tende a mudar pontualmente na prática do profissional da AB?**

**E.O.** - Vai ter a necessidade de adaptação da prática. Por exemplo, um médico que atende a pessoa idosa precisa saber que todos os sinais e sintomas se comportam de maneira diferente. Ele deve saber que a resposta do idoso ao tratamento medicamentoso também é diferente, então a meia vida dos medicamentos aumenta e as interações entre os remédios são mais sérias, prejudiciais e iatrogênicas pra pessoa idosa, por isso a prescrição medicamentosa precisa ser repensada. A questão também é estar preparado para uma demanda maior de doenças crônicas.

### **Para pensar a saúde do idoso também é preciso uma mudança cultural na maneira com que enxergamos esse público?**

**E.O.** - Sim. Precisamos entender que ficar idoso não é mais o fim da vida, e está longe disso! Hoje quem chega aos 70 anos ainda tem mais 10, 20 anos de vida. E a vida é para ser vivida, sair de casa, se divertir e ficar bem. Então isso exige toda uma mudança de mentalidade, inclusive das famílias, de não colocar a pessoa idosa como inútil e dependente. A pessoa idosa não é uma pessoa que não pode fazer nada, pelo contrário: ela pode e deve. E quanto mais coisas ela fizer, melhor vai ser a vida dela e a vida das pessoas próximas à ela.

**Dica!**

Para saber mais, confira nossa webconferência sobre **Consulta de Enfermagem ao Idoso**, com a professora de enfermagem da UFSC Silvia Maria dos Santos. Acesse: [www.youtube.com/telessaude.sc](http://www.youtube.com/telessaude.sc).

Outras importantes fontes de informação para os profissionais da saúde são o

**Caderno de Atenção Básica - n.º 19: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa** e a publicação **Envelhecimento Populacional e os Desafios para o Sistema de Saúde Brasileiro**.

Também indicamos a leitura da **Política Nacional do Idoso** e do **Estatuto do Idoso**.



# Além da **DEFICIÊNCIA**

Um olhar sobre as potencialidades e os desafios das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para promover um atendimento integral às pessoas com deficiência



No domingo de dia das mães do ano de 2004, a vida de Jonas mudou completamente. Naquele nove de maio, ele estava com amigos em uma festa na casa de uma vizinha quando, ao sentar-se em uma janela, despencou do segundo andar. O impacto da queda fraturou sua coluna vertebral, mais precisamente as vértebras cervicais quatro e cinco, o que levou a uma lesão grave em sua medula. Jonas ficou tetraplégico e, desde então, passa seus dias e noites em uma cama. Ao longo desses onze anos foram mais de trinta internações, muitas complicações e uma osteomielite que fez com que uma de suas pernas fosse amputada. Quem está sempre ao seu lado é sua mãe, Dona Lourdes, que busca apoio com os profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Agrônômica, em Florianópolis, para os cuidados com o filho. O apoio da UBS vai desde o fornecimento de materiais, como fraldas descartáveis, curativos para as escaras, extensores de urina, entre outras coisas, à assistência médica e social.

Jonas está entre os mais de 45,6 milhões de brasileiros com algum tipo de deficiência (ver imagem página 12). De acordo com o Estatuto da Pessoa com Deficiência, sancionado pela presidente em julho deste ano, as pessoas com deficiência são “aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”. Considerando esses impedimentos e barreiras,

o profissional da Atenção Básica (AB) deve estar atento às necessidades dessa população para trabalhar de forma integral e inclusiva. Entretanto, para prestar qualquer tipo de assistência a esse público, primeiro é preciso saber quem são as pessoas com deficiência da sua área de atuação.

### A importância da identificação

Por isso, a identificação e o mapeamento são o primeiro passo para o acesso aos serviços de saúde da AB. É o que defendem a professora do curso de Serviço Social da UFSC, Keli Regina Del Prá, e a assistente Social do NASF de Florianópolis, Débora Martini. Elas fazem parte da equipe multiprofissional que integra o projeto PET Redes de Atenção à Pessoa com Deficiência, da Universidade Federal de Santa Catarina, realizado em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. O PET Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - é um programa promovido pelos Ministérios da Saúde e da Educação, desenvolvido por universidades em parceria com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e tem como objetivo a formação do aluno através do trabalho, oferecendo oportunidades de troca de conhecimento e experiência entre profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) e alunos de cursos de graduação da área da saúde. No âmbito do PET existem diversos projetos que envolvem redes de atenção, entre eles o que cuida particularmente da pessoa com deficiência.

Débora, que é uma das preceptoras do projeto, explica que entre

as atividades propostas por aquele grupo de trabalho estava a de encontrar quem eram as pessoas da comunidade que tinham algum tipo de deficiência e de que forma essas pessoas acessavam os serviços. “A gente identificou no começo que as próprias equipes às vezes conheciam, mas não tinham em nenhum lugar sistematizado quem eram essas pessoas”, conta Débora. A assistente social

*Para prestar qualquer tipo de assistência, o primeiro passo é saber quem são as pessoas com deficiência*

lembra que, quando começaram o trabalho de mapeamento, havia apenas cinco pessoas com deficiência cadastradas no território da Agrônômica, que possui uma população de cerca de 20 mil pessoas. “Vimos que esses dados não correspondiam à realidade.”

O grupo conseguiu fazer a listagem de cerca de 300 pessoas com deficiência e entrevistar 65. “Nas entrevistas nós perguntávamos qual era a deficiência, se a pessoa considerava isso uma deficiência, quais eram as dificuldades que elas tinham em relação ao acesso aos serviços de saúde, se acessavam de alguma forma ou não, como é que eles percebiam seu ambiente em termos de acessibilidade, o transporte coletivo, o acesso à sua residência... entre outras coisas”, lembra Débora.

### Capacitação profissional

Uma das dificuldades para identificar as pessoas com deficiência no território é justamente



a compreensão do que é considerado uma deficiência. Débora acredita que a formação dos profissionais para entender o que é uma deficiência é algo que precisa ser muito discutido na AB. “Por exemplo, uma pessoa acamada: é uma pessoa com deficiência ou não? Alguém com mobilidade reduzida? E quem usa óculos?” problematiza a assistente social. Ela explica que a equipe estudou normativas, decretos e leis voltadas para a pessoa com deficiência para tentar

“É função do poder municipal, do executivo, pensar capacitações para esses servidores, tanto para a equipe básica quanto para a equipe de NASF”. Keli acredita que, durante a graduação, por exemplo, os futuros profissionais estão mais preocupados com a sua formação específica, e acabam não tendo contato com outros temas que não afetam diretamente a sua profissão. “A gente só vai se dar conta quando estiver na relação interdisciplinar, ou multiprofissional. Aí há muito

ta um desafio à parte. “Muitas vezes essa pessoa procura os serviços não tendo como foco a deficiência dela, mas uma situação de saúde naquele momento. Eu acho que o desafio é a gente pensar de forma mais integral, ter um olhar ampliado, ver aquela pessoa inteira: nem só a deficiência e nem só o problema de saúde, mas todo o restante”, explica Débora.

A Assistente Social também defende que os profissionais precisam praticar essa forma mais ampla de cuidado. “Mesmo que a pessoa não demande aquilo naquele momento, mesmo que a demanda seja uma dor de estômago, uma dor de cabeça, precisamos tentar compreender se essa pessoa consegue acessar os serviços, se ela precisa de algum serviço específico, se ela conhece a Rede de Atenção, se consegue acessar outro benefício diferenciado, se conhece os outros setores que atendem ou que prestam algum tipo de apoio... tudo isso faz parte.”

Esse olhar ampliado tem feito parte da rotina da Agente Comunitária de Saúde (ACS) Ana Cláudia dos Santos e da assistente social Alessandra Graciosa. Elas também fazem parte da equipe do Centro de Saúde da Agrônômica estão entre as profissionais

*“Uma pessoa acamada é uma pessoa com deficiência ou não? Alguém com a mobilidade reduzida? E quem usa óculos?”*

definir a nomenclatura e pensar em como caracterizar as pessoas com deficiência (*consulte esses documentos no quadro da página 13*).

A professora do curso de Serviço Social da UFSC, Keli Regina Del Prá, defende que dentro da educação permanente precisa-se pensar formas de capacitar essas equipes para que elas reconheçam minimamente essa população como um grupo prioritário.

evidente”

### Olhar integral

Uma vez identificada a pessoa com deficiência pelo profissional de saúde, a atenção prestada a ela, assim como de qualquer outro cidadão, deve seguir os princípios básicos do SUS, principalmente o da integralidade. No caso dessa população específica, a prática da integralidade entre os profissionais represen-

## Como as pessoas com deficiência foram chamadas ao longo da história?

A maneira de se referir às pessoas com deficiência mudou drasticamente com o passar dos anos. Grupos de diferentes épocas e lugares adotaram termos distintos, cujo significado reflete os valores vigentes na sociedade em que surgiram. Conheça agora uma breve trajetória dos termos utilizados ao longo da história da atenção às pessoas com deficiência no Brasil.

### “Inválidos”

O termo significava “indivíduos sem valor”. Aquele que tinha deficiência era considerado socialmente inútil, um peso morto para a sociedade, um fardo para a família, alguém sem valor profissional.

Do início da história ao século XX

### “Incapacitados”

O termo significava “indivíduos sem capacidade” ou “com capacidade residual”. Considerava-se que a deficiência eliminava ou reduzia a capacidade da pessoa em todos os aspectos: físico, psicológico, social, profissional etc.

Do início do séc. 20 até déc. de 1960



que prestam suporte ao Jonas e sua família. Alessandra chegou há pouco tempo: faz residência na Unidade há pouco mais de seis meses, mas Ana Cláudia, por sua vez, trabalha na comunidade há 14 anos, e em oito deles tem convivido com a família de Jonas.

A relação de Ana com esse núcleo familiar é a prova da importância do trabalho dos agentes comunitários de saúde na questão de identificar e levar as demandas das pessoas com deficiência. “Eu sempre digo que eu costumo fazer a ponte entre a Unidade e a família. Todas as famílias, independente de serem de pacientes acamados ou não. Mas com a família do Jonas é mais intenso porque ele tem uma necessidade maior de coisas, precisa de uma atenção diferenciada, e eu to aqui pra fazer o que a mãe dele não consegue fazer. Eu venho aqui, trago receitas, remédios, utensílios, eu converso, falo para a equipe as necessidades deles, explico pra quem tiver que explicar e faço a pessoa entender o que a Dona Lourdes precisa, pra poder levar uma resposta pra ela”, conta a ACS.

Atualmente, duas das maiores necessidades de Jonas e sua mãe são uma nova cama e uma cadeira de rodas motorizada. A cama

onde Jonas passa grande parte de seu tempo é emprestada, e não está mais em boas condições. Dona Lourdes precisa movê-la manualmente, o que já vem lhe causando alguns problemas de saúde. A cadeira de rodas motorizada, além de facilitar muito a vida da mãe, também proporcionaria ao filho mais independência e liberdade.

A equipe da Unidade de Saúde da Agrônômica tem ajudado a família a buscar esses direitos, seja através de orientação, conselhos, informações, e também na busca de documentos. Quando visitamos a família de Jonas, por exem-

*“Eu comecei a ir atrás dos direitos e se não fosse o posto de saúde não sei como eu iria conseguir”*

plo, Alessandra foi encontrá-los para entregar uma declaração da UBS que pode ajudá-los no processo de pedido da cadeira. “O Jonas viu na internet sobre esse direito dos cadeirantes, aí eu falei com a assistente social, levei o site pra ela ver e ela disse que nós temos sim o direito e que eles iam dar um jeito. Aí eu comecei a ir atrás. Se não tivesse o posto

de saúde, como que eu iria conseguir?” lembra Dona Lourdes.

Alessandra enfatiza a necessidade de reconhecermos essa atuação como um direito da população. “Não que a unidade tá ali para fazer por gratidão. É uma obrigação do Estado estar prestando esse serviço”, afirma.

### Condições para acesso à saúde

E para conquistar esses direitos na área da saúde, Débora destaca que a identificação da rede, o conhecimento sobre os serviços que existem no município e a atuação no fluxo são uma forma importante de qualificar a atenção à pessoa com deficiência dentro dos Centros de Saúde. Ela e Keli contam que a pesquisa realizada pelo PET do qual elas fazem parte mostrou que muitos cidadãos não têm acesso aos serviços.

A professora do curso de Serviço Social da UFSC ressalta que historicamente as pessoas com deficiência foram isoladas de suas famílias e comunidades, e mesmo com as mudanças ocorridas nas últimas décadas, muitas delas ainda não estão inseridas na sociedade, principalmente em populações com grande desigualdade socioeconômica. “Esse sujeito não tem lazer, não tem

#### “Defeituosos”; “Deficientes” e “Excepcionais”

A sociedade passou a utilizar estes três termos, que focalizam as deficiências em si sem reforçarem o que as pessoas não conseguiam fazer como a maioria. “**Defeituoso**” significava “indivíduo com deformidade” (principalmente física). “**Deficiente**” era o “indivíduo com deficiência” (física, intelectual, auditiva, visual ou múltipla) que o levasse a executar as funções básicas de vida de maneira diferente das pessoas sem deficiência. “**Excepcional**” significava “indivíduo com deficiência intelectual”.

Da déc. de 1960 até a déc de 1980

#### “Pessoas deficientes”

O substantivo “deficientes” passou a ser utilizado como adjetivo, sendo-lhe acrescentado o substantivo “pessoas”. Aqueles que tinham deficiência foram legalmente igualados em direitos e dignidade à maioria dos membros de qualquer sociedade ou país.

De 1981 até ± 1987

#### “Pessoas portadoras de deficiência”

O termo, utilizado somente em países de língua portuguesa, foi proposto para substituir “pessoas deficientes”. Logo foi reduzido para “portadores de deficiência”. O “portar uma deficiência” passou a ser um valor agregado à pessoa, e a deficiência um detalhe dessa pessoa.

De 1988 até ± 1993

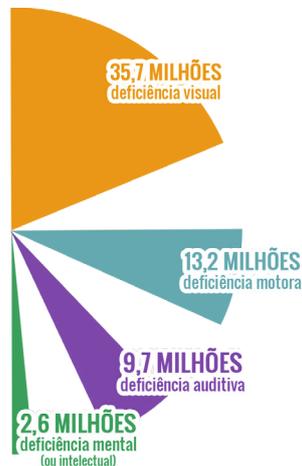
convivência familiar, comunitária, às vezes fica sozinho, pois a família trabalha o tempo todo e ele fica trancado dentro de casa... então o desafio é também da equipe de Atenção Básica, de ir para esse território e olhar também essa comunidade, olhar também essa população como um todo”, contextualiza Keli.

Ela lembra que, no início do projeto, quando foi realizado o levantamento, a equipe se assustou com a quantidade de pessoas com deficiência que existiam, moravam no território, e nunca haviam saído de casa. “Quanto mais informação essas famílias tiverem, mais elas procuraram. Mas muitas delas já sofrem um processo de exclusão que é maior ainda, e a deficiência só reforça essa exclusão”, complementa.

Muitas vezes o acesso é um problema inclusive dentro das unidades de saúde, principalmente quando se trata da estrutura dos espaços físicos. “Às vezes o poder executivo está preocupado em botar um Centro de Saúde na comunidade, mas não necessariamente se dá conta do que esse Centro vai receber”, problematiza Keli.

Débora lembra que algumas Unidades de Saúde possuem

Mais de  
**45,6**  
milhões  
de brasileiros  
têm algum tipo de  
deficiência



#### Nível de escolaridade:



#### Mercado de trabalho



dois andares, por exemplo, o que é um empecilho para pessoas com deficiência física. A assistente social lembra que existem diversas outras formas de deficiência, para as quais as unidades também, muitas vezes, não estão preparadas. “Como uma pessoa com deficiência visual se localiza dentro do Centro de Saúde? Hoje as ruas têm a normativa das calçadas, as unidades também poderiam ter uma calçada guia, ou alguma outra coisa que pudesse levar as pessoas até o consultório e aos outros serviços que elas irão utilizar. As informações poderiam estar também em braille, para que elas possam ler. E uma

pessoa surda? Por que não podemos contar com um tradutor, ou alguns profissionais da equipe capacitados para se comunicarem em LIBRAS?”, questiona.

A agente comunitária de saúde Ana luta contra esses obstáculos todos os dias em sua atuação profissional. Além de ter uma forte ligação com as pessoas de seu território por conta dos 14 anos de trabalho como ACS, ela também é moradora da Agrônômica, e conhece muito bem as necessidades da região. “Às vezes o profissional de saúde não entende porque nós temos que ir atrás, porque as pessoas não podem vir sozinhas até nós. Ele pensa: ‘ah,

#### “Pessoas com necessidades especiais” e “pessoas especiais”

A expressão “pessoas com necessidades especiais” surgiu para substituir “deficiência” por “necessidades especiais”, mas acabou sendo reduzida para “pessoas especiais”. Os termos foram tentativas de amenizar a contundência da palavra “deficientes”. Surgiram expressões como “crianças especiais”, “alunos especiais”, “pacientes especiais”, entre outras.

#### “Portadores de direitos especiais”

Frei Betto escreveu no jornal O Estado de S.Paulo um artigo em que propunha esse termo e a sigla PODE. Para ele, a palavra “deficientes” encerra o significado de falha ou imperfeição, enquanto a sigla PODE exprime capacidade. Porém o termo “portadores” é questionado por sua alusão a “carregadores”, pessoas que “portam” (levam) uma deficiência e o termo “direitos especiais” é contraditório, porque as pessoas com deficiência exigem equiparação de direitos e não direitos especiais.

#### “Pessoas com deficiência”

O uso desse termo, escolhido pelas próprias pessoas com deficiência, agregou valores como o do empoderamento e o da responsabilidade de contribuir com seus talentos para mudar a sociedade rumo à inclusão de todos.

De ± 1990 até hoje

Maior de 2002

De ± 1990 até hoje

Fonte: SASSAKI, Romeu Kazumi. Vida Independente: história, movimento, liderança, conceito, filosofia e fundamentos. São Paulo: RNR, 2003, p. 12-16.



é só um quilômetro que separa a pessoa da Unidade, mas ele não pensa em tudo o que essa pessoa vai encontrar nesse trajeto de um quilômetro. É a qualidade da rua, é a falta de calçadas, é tudo isso que, quem não conhece não vai entender.”

Nesse ponto, a assistente social Débora percebe uma postura mais acessível por parte dos seus colegas de atuação. “Eu tenho visto muito esforço dos profissionais em tentar acolher e atender de forma mais qualificada, vencendo os preconceitos em relação a essas pessoas. Claro, acho que a gente ainda precisa evoluir. Sempre dá para melhorar, e acho que ninguém nunca está totalmente pronto, ou que não precise mais aprender. A gente sempre tem que buscar qualificação, estudar... porque acredito que ainda temos muitos desafios para superar”.

Ela também destaca que é ain-

da muito comum a ideia de que as pessoas com deficiência precisam viver em instituições de longa permanência, e ressalta que os profissionais de saúde devem mudar isso. “A gente sempre tenta desmistificar essa visão. É igual saúde mental: a pessoa com deficiência tem que estar naquele serviço, ela não pode ter um convívio social... Mas não é bem assim. Sempre que chega alguma demanda desse tipo, nós pensamos em outras possibilidades antes: incluir essa pessoa na comunidade, na família, no meio, para, em último caso, realmente quando não tiver outra opção, pensar em alternativas mais institucionalizadas.

O cuidado às pessoas com deficiência, como já ficou claro,

envolve as mais distintas problemáticas. Ele passa pela luta por acesso, por direitos, por inclusão, por reconhecimento social, e os profissionais da saúde estão diretamente ligados à isso. Afinal, como comenta Keli, “a pessoa com deficiência tem que ter condições de acessar os espaços, e

*“Os serviços que têm que se adaptar às necessidades dessa população, e não o contrário.”*

os serviços têm que se adaptar às necessidades dessa população, e não ao contrário”. É nisso que Ana Cláudia, Keli, Alessandra e Débora acreditam. E é justamente disso que Jonas e inúmeras outras pessoas com deficiência precisam.

## Leituras sobre atenção à pessoa com deficiência

Para trabalhar a temática da atenção às pessoas com deficiência, primeiro é necessário estar bem informado. O Telessaúde SC selecionou alguns documentos, textos acadêmicos e até um documentário que podem ajudá-lo a compreender melhor a história e os direitos das pessoas com deficiência em nosso país. Confira a lista e clique no nome dos documentos e vídeos para acessar:

- 1) **Legislação:** *Estatuto da Pessoa com Deficiência (2015)*;
- 2) **Legislação:** *Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (2010)*;
- 3) **Legislação:** Portaria que instituiu a *Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência* no âmbito do Sistema Único de Saúde (2012);
- 4) **Legislação:** *Manual de Legislação em Saúde da Pessoa com Deficiência (2006)*;
- 5) **Videoaula:** Workshop “A Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência e o Papel da Atenção Básica”, realizado pelo Telessaúde SC no dia 12/09/2013, com a fisioterapeuta Jaqueline Reginatto;
- 6) **Orientações:** *Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde (2009)*, páginas 199 e 222;
- 7) **Dados:** *Cartilha do Censo 2010 - Pessoas com Deficiência (2012)*;
- 8) **Documentário:** *História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil (2010)*.



click!



# FEIRAS ORGÂNICAS

como espaço de integração e promoção da saúde



Toda quarta-feira, a Praça da Reitoria da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) é tomada por barracas cheias de frutas, legumes, massas integrais, caldo de cana e muitos outros itens. Essa tradicional feira de produtos orgânicos, a **Ecofeira**, existe há cerca de 10 anos e vem ganhando novos adeptos, atraídos não só pelas cores e sabores, mas também pelo espaço de integração e pela busca de uma alimentação mais saudável.

Segundo a nutricionista Cláudia Jasper, os benefícios do consumo de alimentos orgânicos são significativos, pois eles contêm maior teor de alguns nutrientes em relação aos alimentos de produção convencional, tais como: vitamina C, vitamina A, zinco, licopeno. Esses nutrientes são importantes para o bom funcionamento do nosso corpo e prevenção de doenças, reforça Cláudia.

Mas os benefícios vão além do valor nutricional e impactam também no bolso do consumidor e do agricultor, pois a regulação econômica da indústria de alimentos é muito perversa quando coloca os alimentos como mercadoria. Por isso, a nutricionista Patrícia Machado destaca a importância da criação de espaços para a aquisição de alimentos fora das grandes cadeias de alimentos (hiper e supermercados). “Para o agricultor é muito mais interessante financeiramente vender diretamente ao consumidor, pois mesmo que ele venda abaixo do preço dos mercados ele está recebendo mais do que as vendas indiretas que fazia anteriormente; e para o consumidor, há a opção de alimentos frescos e muito mais próximos do consumo, o que pode estimular hábitos alimentares mais saudáveis”, explica Patrícia.





Outro ponto positivo das feiras de alimentos orgânicos é que essas podem ser espaços de integração com a comunidade e de promoção da saúde.

A nutricionista Patrícia destaca que as feiras promovem a relação mais direta entre quem produz e quem consome e que práticas como essa precisam ser estimuladas. “Esses espaços precisam retomar a relação dos seres humanos e a produção de alimentos, do respeito à cultura, à sazonalidade, à quem produz, ao pagamento direto ao agricultor sem atravessadores, etc”, reforça Patrícia.

Além do contato direto entre produtor e consumidor, as feiras também podem ser ambientes de promoção da saúde. Um bom exemplo, citado pela nutricionista Cláudia, é a realização e organização de feiras nos arredores da unidade de saúde. “Isso pode passar uma informação subliminar da importância desses alimentos para a saúde das pessoas e, além disso, a equipe pode realizar atividades educativas sobre alimentação saudável nestes dias, pode estimular construção de hortas orgânicas comunitárias em escolas, e assim estimular a consciência com sua própria saúde, com a saúde de quem produz, com a sustentabilidade do planeta, tudo isso trabalhado pela equipe de saúde em contato com a comunidade”, sugere Cláudia.

Sem contar que esses locais também são uma boa oportunidade para incentivar minifestações artísticas, culturais e de trocas de experiências, como acontece na UFSC!



Gostou da ideia das feirinhas orgânicas? Então saiba onde está a feira mais próxima de você no site [feirasorganicas.idec.org.br](http://feirasorganicas.idec.org.br). Se você quiser encontrar lojas e restaurantes orgânicos acesse [www.teiaorganica](http://www.teiaorganica). Outras leituras interessantes sobre o tema são o [dossiê](#) da Abrasco sobre agrotóxicos e a [reportagem](#) da Revista Galileu sobre casos de intoxicação.

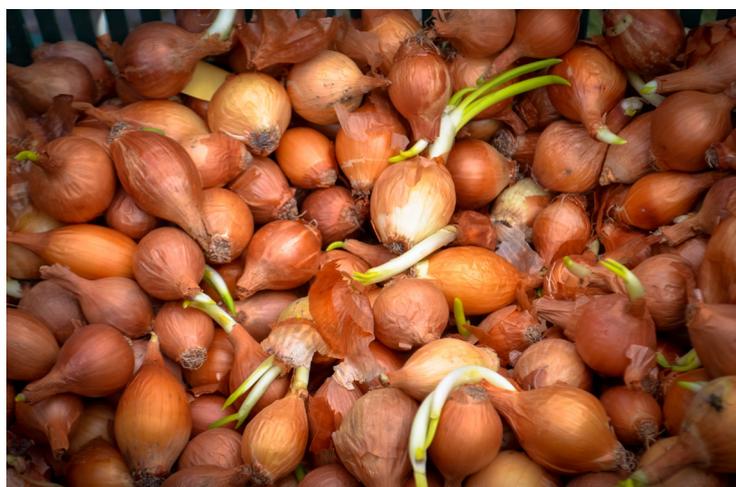




Saindo do ambiente das feiras e pensando na outra ponta da cadeia produtiva, os alimentos orgânicos também trazem benefícios no momento do cultivo. Segundo a nutricionista Patrícia, “estudos têm mostrado que os pequenos agricultores que ainda utilizam agrotóxicos possuem maior risco de desenvolver câncer, em especial do sistema linfático e circulatório, quando comparados a outros grupos populacionais”.

Já a nutricionista Cláudia destaca os riscos de intoxicação que podem ocorrer durante a manipulação (preparo, diluição, aplicação) dos agrotóxicos, gerando mal-estar, dores de cabeça, lesões de pele, irritações de vias aéreas, vômitos, diarreia, problemas no fígado. Para Cláudia, com a exposição a longo prazo, os riscos acabam sendo os mesmos dos consumidores finais.

Assim, tendo consciência da importante relação entre produção orgânica e saúde, os profissionais também podem ajudar a estimular essa lógica. Para Cláudia, a atuação dos profissionais da AB tem duas frentes importantes: uma é o incentivo aos produtores e outra é a promoção do consumo de alimentos orgânicos. “A equipe ou o conjunto de equipes de um município pode iniciar discussões com os pequenos produtores sobre a importância da agricultura orgânica e, além disso, incentivar o agricultor para tornar estes produtos acessíveis à população local: o pátio da unidade de saúde pode servir de espaço para uma feirinha de produtos orgânicos uma ou duas vezes por semana”.





# PERGUNTA DESTAQUE:

## tire suas dúvidas sobre o teste da linguinha

### Qual o objetivo, quando e como realizar o teste da linguinha?

O teste da linguinha é um exame padronizado que tem como objetivo diagnosticar e indicar o tratamento precoce das limitações dos movimentos da língua causadas pela língua presa que podem comprometer as funções de sugar, engolir, mastigar e falar<sup>1</sup>. De acordo com a Lei nº 13.002/2014, é obrigatória a realização do protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês em todos os hospitais e maternidades do Brasil<sup>2</sup>. O teste é simples, basta elevar a língua do bebê para verificar o frênulo. E deve ser feito o mais precoce possível. Caso o teste não tenha sido feito no hospital você poderá fazer na APS<sup>1</sup>.

O teste da linguinha é realizado por meio da aplicação do Protocolo de avaliação do frênulo lingual com escores para bebês. Este protocolo é dividido em história clínica, avaliação anatomo-funcional e avaliação da sucção não nutritiva e nutritiva. O protocolo tem pontuações independentes e pode ser aplicado por partes, até o 6º mês de vida<sup>1</sup>. As etapas estão descritas no quadro.

Para a triagem neonatal, nas primeiras 48 horas após o nascimento, é realizada somente a avaliação anatomofuncional do bebê, considerando que o bebê demora de 15 a 20 dias para se adaptar às novas



condições de vida. Esta avaliação inicial permite diagnosticar os casos mais severos e indicar a frenotomia lingual (pique na língua) já na maternidade. Se a soma total dos escores da avaliação anatomofuncional do protocolo for igual ou maior que 7, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua e orientar a família sobre a necessidade da cirurgia. A única parte do protocolo que pode ser aplicada, e os seus escores considerados de forma isolada, é a avaliação anatomofuncional<sup>1</sup>.

Nos casos onde houver dúvida, normalmente quando o escore total da avaliação anatomofuncional for entre 5 e 6, ou não for possível visualizar o frênulo lingual, o bebê é encaminhado para reteste com 30 dias de vida, sendo que os pais devem ser orientados sobre possíveis dificuldades na

amamentação, para que não ocorra o desmame precoce nesse período. No reteste é aplicado o protocolo completo. Para o reteste é necessário que o bebê esteja bem acordado e com fome, próximo à hora da mamada, para que possa ser realizada a avaliação da sucção nutritiva<sup>2</sup>.

Quando a soma das avaliações do Exame Clínico for maior que 9, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua. Na avaliação geral do protocolo, quando a soma da história clínica e do exame clínico (escore de 0 a 25) for maior ou igual a 13, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua<sup>1</sup>.

A cirurgia de liberação do frênulo, Frenotomia/frenectomia, pode ser realizada na APS por dentista ou médico habilitado.



## Quadro: Protocolo de avaliação do frênulo lingual

ETAPAS DO PROTOCOLO	ITENS A SEREM AVALIADOS (EM NEGRITO OS DADOS QUE INTERFEREM NO ESCORE)	ESCORES	INTERPRETAÇÃO
História Clínica	Data do exame, nome completo, gênero, data de nascimento, idade, endereço, telefone, nome dos pais, nome e grau de parentesco do informante, <b>antecedentes familiares com alteração de frênulo lingual (sim= 1)</b> , dados sobre a saúde geral atual do bebê, verificação de intercorrências durante a amamentação como <b>tempo entre as mamadas (1h ou menos = 2)</b> , <b>cansaço para mamar (sim = 2)</b> , <b>se mama um pouco e dorme (sim = 1)</b> , e <b>se solta (sim = 1) ou morde (sim = 2) o mamilo</b> .	0 a 8	Quando a soma dos itens da história clínica for igual ou maior que 4, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.
Exame Clínico: Avaliação Anatomofuncional	Observar aspectos gerais do frênulo da língua e uma avaliação das funções orofaciais para investigar os movimentos e a posição da língua na cavidade oral:  <b>1 - Postura dos lábios em repouso:</b> fechado = 0; <b>lábios entreabertos = 1; lábios abertos = 1;</b>  <b>2 - Tendência do posicionamento da língua durante o choro:</b> língua na linha média ou língua elevada = 0; <b>língua na linha média com elevação das laterais ou língua baixa = );</b>  <b>3 - Forma da ponta da língua elevada durante o choro:</b> arredondada = 0; <b>ligeira fenda no ápice = 3; formato de "coração" = 3;</b> e as funções de sucção e deglutição durante a amamentação:  <b>4 - Frênulo da língua:</b> se é possível visualizar ou não, ou se é possível visualizar com manobra.  <b>4.1. Espessura do frênulo:</b> delgado = 0, <b>ou espesso = 2;</b>  <b>4.2. Fixação do frênulo na face sublingual (ventral) da língua:</b> no terço médio = 0, <b>entre o terço médio e o ápice = 2, no ápice = 3.</b>  <b>4.3. Fixação do frênulo no assoalho da boca:</b> visível a partir das carúnculas sublinguais = 0, <b>visível a partir da crista alveolar inferior = 1.</b>	0 a 12	Quando a soma dos itens 1, 2 e 3 da avaliação anatomofuncional foi igual ou maior que 4, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua. Quando a soma do item 4, que avalia a espessura do frênulo, foi igual ou maior que 3, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua. Quando a soma da avaliação anatomofuncional for maior ou igual a 7, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.
Exame Clínico: Avaliação da Sucção Nutritiva e Não Nutritiva	Observa-se na avaliação da sucção não nutritiva, o movimento da língua ( <b>inadequado = 1</b> ), e; na avaliação da sucção nutritiva <b>o ritmo</b> (várias sucções seguidas com pausas curtas = 0, <b>e poucas sucções com pausas longas = 1</b> ) e <b>a coordenação na mamada (inadequada = 1)</b> , assim como <b>se a criança morde o mamilo (sim = 1) e se apresenta estalos de língua na sucção (sim = 1)</b> .	0 a 5	Quando a soma da avaliação da sucção nutritiva e não nutritiva for igual ou maior que 2, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua.

### Evidências e referências

1 - Martinelli RLC, Marchesan IQ, Berretin-Felix G. Cartilha do Teste da Linguinha: para mamar, falar e viver melhor. São José dos Campos, SP: Pulso Editorial, 2014. Disponível em: [http://www.sbfa.org.br/portal/pdf/tes-telinguinha\\_2014\\_livro.pdf](http://www.sbfa.org.br/portal/pdf/tes-telinguinha_2014_livro.pdf) [Acessado dia 03/05/2014, às 11h e 06min].

2 - BRASIL. Lei nº 13.002, de 20 de Junho de 2014. Obriga a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2014/Lei/L13002.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13002.htm) [Acessado dia 11/05/2015, às 20h e 11min].

Profissional solicitante: Médico

Categoria da Evidência: D

Descritores DeCS: Saúde da Criança, Atenção

Primária à Saúde, Freio Lingual

Descritores CIAP2: A43

Responsabilidade/Autor: Equipe Telessaúde SC



# PERGUNTA DESTAQUE:

## reações adversas da aplicação de Penicilina

**Quais as reações de hipersensibilidade possíveis pela aplicação da Penicilina benzatina?** De forma geral, as reações de hipersensibilidade às penicilinas podem ser divididas em<sup>1</sup>:

- **Reações imediatas:** até 20 minutos após a administração da penicilina por via parenteral. Compreendem: urticária, prurido difuso, rubor cutâneo e em menor frequência: edema laríngeo, arritmia cardíaca e choque.

- **Reações aceleradas:** até 72 horas após a administração de penicilina. Compreendem: urticária ou angioedema, edema laríngeo e, em raras ocasiões, hipotensão e morte.

- **Reações tardias:** após 72 horas da aplicação. São as mais comuns, observa-se erupções cutâneas benignas, morbiliformes e de boa evolução e, menos frequentemente, reações não cutâneas como febre, doença do soro-símile, anemia hemolítica imune, trombocitopenia, nefrite intersticial aguda, infiltrado pulmonar com eosinofilia e vasculite de hipersensibilidade. O mecanismo fisiopatológico não é conhecido.

Outras reações de hipersensibilidade também são apresentadas como possíveis: erupção maculopapular, febre, broncoespamo, vasculite, doença do soro, dermatite esfoliativa, síndrome Stevens-Johnson e anafilaxia. E reações tóxicas incluem depressão da medula óssea, granuloci-

topenia e hepatite. Pacientes com sífilis podem experimentar uma reação Jarisch-Herxheimer (febre, calafrios, dor de cabeça e reações no local da lesão), após o início do tratamento com penicilina e alguns indivíduos que receberam injeção intravenosa de penicilina G desenvolveram flebite ou tromboflebite. Quando a penicilina G é injetada acidentalmente no

*“As reações de hipersensibilidade podem ser divididas em reações imediatas, reações aceleradas e reações tardias”*

nervo ciático, ocorre dor severa e disfunção na área de distribuição deste nervo, que pode persistir por semanas<sup>2</sup>.

Para o tratamento de emergência de reações anafiláticas em Unidade Básica de Saúde (UBS) deverá haver estruturação de recursos físicos<sup>3,4</sup>:

- Espaço devidamente abastecido com medicamentos e materiais essenciais ao primeiro atendimento/estabilização de urgências que ocorram nas proximidades da unidade ou em sua

área de abrangência e/ou sejam para elas encaminhadas, até a viabilização da transferência para unidade de maior porte, quando necessário.

- **Materiais:** Ambú adulto e infantil com máscaras, jogo de cânulas de Guedel (adulto e infantil), sondas de aspiração, cilindro portátil de oxigênio, aspirador portátil ou fixo, materiais para acesso venoso, material para curativo, material para pequenas suturas, material para imobilizações (colares, talas, pranchas).

- **Medicamentos:** Adrenalina, Água destilada, Aminofilina, Amiodarona, Atropina, Brometo de Ipratrópio, Cloreto de potássio, Cloreto de sódio, Deslanosídeo, Dexametasona, Diazepam, Diclofenaco de Sódio, Dipirona, Dobutamina, Dopamina, Epinefrina, Escopolamina (hioscina), Fenitoína, Fenobarbital, Furosemida, Glicose, Haloperidol, Hidantoína, Hidrocortisona, Insulina, Isonorbida, Lidocaína, Meperidina, Midazolam, Ringer Lactato, Soro Glico-Fisiológico, Soro Glicosado.

Além da organização da estrutura física da UBS, é responsabilidade também das equipes de saúde que atuam na Atenção Básica à Saúde (ABS) realizar o acolhimento e tratamento indicado (mesmo quando necessite de encaminhamento), capacitar os recursos humanos e organizar a rede de apoio para a garantia da integralidade do cuidado<sup>4</sup>.

Em caso de reações anafiláticas



em decorrência da aplicação de penicilina, deve-se proceder de acordo com os protocolos que abordam a atenção às urgências no âmbito da ABS<sup>5</sup>. O risco de hipersensibilidade no contexto da ABS não está restrito ao uso de penicilina e a anafilaxia associada à ocorrência de parada cardiorrespiratória de qualquer natureza impõe a necessidade da disponibilidade de materiais/equipamentos para suporte adequado a pacientes com risco de choque<sup>6</sup>.

O uso da penicilina benzatina continua indicado mesmo com riscos associados, sendo a droga de primeira escolha para o tratamento de pacientes com infecção estreptocócica (I-B)<sup>7,8</sup> e é indicada para tratamento da sífilis (IV)<sup>8</sup> e na profilaxia da Febre Reumática (A)<sup>9</sup>, pois os benefícios superam os riscos.

Importante destacar que são comuns as reações do tipo vasovagal durante a administração da penicilina, e todo cuidado deve ser tomado para não confundir estes episódios com quadro real de reação anafilática<sup>7</sup>.

A história de hipersensibilidade deve ser sempre investigada e se houver qualquer reação o uso da substância deve ser interrompido e o tratamento adequado realizado<sup>6</sup>. Orienta-se não liberar o indivíduo imediatamente após a aplicação de penicilinas e orientar para o tempo de ação do medicamento e o tempo médio até o início dos efeitos sistêmicos, garantindo a compreensão para qualificar para o autocuidado.

#### Evidências e referências

1 - SÃO PAULO. Coordenação de Desenvolvimento da Ação descentralizada (COGEST). Instrução Técnica para a prescrição e a utilização de penicilinas e prevenção da sífilis congênita. 1.ed. Prefeitura Municipal de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde:



Área Temática de Assistência Farmacêutica CIM – Centro de Informações sobre Medicamentos e Área Temática de DST/AIDS; 2003. p. 10-21. Disponível em: [http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/ass\\_farmaceutica/0004/penicilinas8.pdf](http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/ass_farmaceutica/0004/penicilinas8.pdf) [acesso 11 julho 2014].

2 - Goodman & Gilman, 1995 apud Miranda MCC. Reações adversas não alérgicas à suspensão injetável de Benzilpenicilina Benzatina: uma revisão sistêmica (dissertação). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ; 2002. p. 13-5; 82-4. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4785/2/522.pdf> [acesso 11 agosto 2014].

3 - COFEN. Parecer de Conselheiro nº 008/2014 – solicitação de posicionamento do COFEN quanto a Portaria Ministério da Saúde nº 3.161, de 27/12/2011.

4 - BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048/GM, de 5 de novembro de 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm> [acesso 05 novembro 2014].

5 - BRASIL. Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011 – dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3161\\_27\\_12\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3161_27_12_2011.html) [acesso 17 julho 2014].

6 - COFEN. Parecer nº 003/2013/COFEN/CTAS e Parecer de Conselheiro nº 008/2014 – administração de penicilina aos usuários da rede de atenção básica à saúde – ABS, pelos profissionais de enfermagem. Disponível em: <http://es.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2014/09/PARECER-013-2013.pdf> [acesso 23 setembro 2014].

7 - Barbosa PJB, Müller RE, Latado AL, Achutti AC et al. Diretrizes Brasileiras para Diagnóstico, Tratamento e Prevenção da Febre Reumática da Sociedade Brasileira de Cardiologia, da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Sociedade Brasileira de Reumatologia. Arq Bras Cardiol. 2009; 93(3 supl.4):1-18. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz\\_febre\\_reumatica\\_93supl04.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_febre_reumatica_93supl04.pdf) [acesso 06 novembro 2014].

8 - Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

9 - Sociedade Brasileira de Pediatria. Febre Reumática:

ca: Tratamento e Prevenção. Projeto Diretrizes 2011. Disponível em: [http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/febre\\_reumatica-tratamento\\_e\\_prevencao.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/febre_reumatica-tratamento_e_prevencao.pdf) [acesso 06 novembro 2014].

**Categoria de Evidência: Grau I-B (A) para penicilina benzatina como droga de primeira escolha para o tratamento de pacientes com infecção estreptocócica; grau IV (C) na indicação para tratamento da sífilis e grau A na profilaxia da Febre Reumática.**

**Categoria Profissional do solicitante: Enfermeiro**  
**Descritores DeCS: Penicilina G, Reações de hipersensibilidade.**

**CIAP 2: A85; A98**

**Teleconsultor: Equipe Telessaúde**



Para saber mais sobre este assunto, confira nossa webconferência sobre o **USO DE PENICILINA NA ATENÇÃO BÁSICA**, com o médico infectologista **FILIFE DE BARROS PERINI** acesse: [www.youtube.com/telessaudesc](http://www.youtube.com/telessaudesc)





# Dicas

## Eventos

### 7ª Conferência Estadual de Saúde de Santa Catarina

A 7ª Conferência Estadual de Saúde será realizada no mês de setembro, em Lages. São esperadas mais de duas mil pessoas, entre delegados e convidados. O tema central "Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro?" será dividido em oito eixos de discussão. Um dos objetivos da etapa catarinense da 15ª Conferência Nacional de Saúde é fortalecer os princípios de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da participação e do controle social. Programe-se e participe!

**Quando:** Entre 23 e 25 de setembro

**Onde:** Lages

**Mais informações:** <http://portalses.saude.sc.gov.br/>



## Filmes

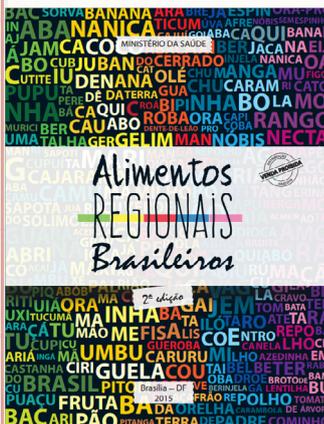
### Para sempre Alice (2014)

Alice é uma pesquisadora e professora universitária bem sucedida profissionalmente e realizada em sua vida pessoal. Mas tudo toma um novo rumo quando, aos 50 anos de idade, ela é diagnosticada com Alzheimer. A princípio Alice percebe a mudança em coisas aparentemente simples, como se perder ao sair para caminhar, ou ter um branco quando se preparava para dar uma aula já ministrada várias vezes antes. Mas, aos poucos, ela sente que está perdendo o controle da própria vida.

*Para sempre Alice* é um sensível relato dos efeitos de uma doença mental na vida de pessoas e famílias.



## Publicações



### Alimentos regionais brasileiros (2015)

A publicação reúne diversas espécies de frutas, hortaliças, leguminosas, tubérculos, cereais, ervas e uma série de outros alimentos existentes nas cinco regiões do Brasil, além de trazer orientações para o preparo culinário. O resgate, o reconhecimento e a incorporação desses alimentos no cotidiano das práticas alimentares é uma importante iniciativa de melhoria do padrão alimentar e nutricional, que contribui para a garantia do direito à alimentação adequada e saudável. Além disso, constitui um instrumento de educação que pode ser utilizado por profissionais de diversas áreas, como saúde, educação e assistência social. Vale a pena conferir! O material completo, disponível em PDF, pode ser acessado em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/livro\\_alimentos\\_regionais\\_brasileiros](http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/livro_alimentos_regionais_brasileiros)



# PROGRAMAÇÃO DE WEBS

## de agosto e setembro

**12/08****Abordagem da insônia baseada em evidências no pós câncer****13/08****CIAP no e-SUS****19/08****Acidentes causados por animais peçonhentos****20/08****Patologias causadas por animais domésticos e silvestres - raiva****26/08****Cuidados paliativos no acompanhamento de pacientes com câncer****27/08****Alimentação complementar: Considerações importantes para a Atenção Básica****02/09****Cuidados paliativos no acompanhamento de pacientes com câncer - parte 2****03/09****Vigilância e investigação epidemiológica****09/09****AIDS****10/09****Fadiga Crônica****16/09****Acompanhamento ambulatorial do sobrevivente de câncer****17/09****Como acessar os dados do PMAQ**

\* Cronograma sujeito a alterações

**Expediente:** Jornalista Responsável: Thaine Machado **Texto, redação, diagramação e edição:** Camila Hammes e Thaine Machado **Reportagem fotográfica:** Thaine Machado **Teleconsultorias:** Elyana Sousa, Fernanda Lazzari e Luana Gabriele Nilson **Design e ilustração:** Vanessa de Luca **Orientação:** Bárbara Telino, Josimari Telino, Luana Gabriele Nilson, Luíse Lüdke Dolny e Thaís Titon de Souza **Revisão:** Camila Hammes, Juliana Casagrande, Luana Gabriele Nilson, Luíse Lüdke Dolny, Thaís Titon de Souza e Thaine Machado



# Telessaúde SC Informa

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