

CURSO TÉCNICO DA ÁREA DA SAÚDE
HABILITAÇÃO PROFISSIONAL DE
TÉCNICO EM ENFERMAGEM



MÓDULO III

UNIDADE III

2 0 0 9

Elaboração, distribuição e informações

Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Recursos Humanos
Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da
Saúde
Escola Técnica do Sistema Único de Saúde de São Paulo

Rua Gomes de Carvalho, 250, Vila Olímpia
CEP. 04547-001 - São Paulo - SP
FONE/FAX: 011- 3846-4569
Email: ceforetsus@prefeitura.sp.gov.br

Ficha Catalográfica

S241c São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde.

Curso técnico da área da saúde. Habilitação profissional de técnico em enfermagem. Módulo III: saberes e práticas da enfermagem. Unidade III: o direito e o cuidado à saúde: nas diferentes fases do ciclo de vida e na urgência e emergência/Secretaria da Saúde. Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde - CEFOR. Escola Técnica do SUS - ETSUS. São Paulo: SMS, 2008.

276 p.

Técnico em enfermagem. I. CEFOR - Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde. II. ETSUS - Escola Técnica do SUS. III. Título.

CDU 614.2

CURSO DE HABILITAÇÃO PROFISSIONAL DE TÉCNICO EM ENFERMAGEM

MÓDULO III

SABERES E PRÁTICAS DA ENFERMAGEM

UNIDADE III

O DIREITO E O CUIDADO À SAÚDE: NAS DIFERENTES FASES DO CICLO DE VIDA E NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

ELABORAÇÃO:

Alva Helena Almeida
Deise Toledo Carrijo
Irene Tanno Agra
Jussara Mello Soares
Suely Yuriko Miyashiro
Tânia Maria Vargas Escobar Azevedo
Vera Lúcia de Barros

COLABORAÇÃO: Equipe Técnica da ETSUS-SP

Angela Maria Alberton
Betina Black Dalarmelino
Denize Cidalia Malschitzky
Dirlene da Costa Paolillo
Jaqueline Alves Lopes Sartori
Julieta Hitomi Oshiro
Lilian Nishimura Miyahara
Maria Cecília Machado Greco
Maria do Carmo Sales Monteiro
Neide Aparecida Bassi
Nilva Tiyomi Kitani
Rosangela Lopes Gonçalves
Sebastião Lázaro Ortiz
Suely Ferreira dos Santos
Verônica Vanderlei Cavalcante

Centro de Documentação do CEFOR

Yara Maria Spinola e Castro

Agradecimento:

Equipe do CEFOR

Apoio:

Ministério da Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO DO CURSO	07
OBJETIVOS	09
COMPETÊNCIAS DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM	10
ITINÉRÁRIO DE FORMAÇÃO	11
O Direito a Saúde e o Cuidado nas Diferentes Fases do Ciclo de Vida	13
Preâmbulo	15
TEMA 1 – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	17
TEMA 2 – SER CRIANÇA NA SOCIEDADE BRASILEIRA	22
Estágio Supervisionado 1	31
Instrumento de Avaliação: crescimento e desenvolvimento	33 a 35
Texto – Mortalidade infantil no Brasil caiu quase metade do patamar de 1999, constata UNICEF	36
Texto – Um quadro de exclusão por raça de crianças no Brasil	38
Texto – Crescimento e Desenvolvimento	40
Texto – A importância da brincadeira e do brincar no desenvolvimento	47
Texto – Crescimento: parâmetros ponderais	49
Texto – Higiene Bucal	54
Texto – Verificação dos sinais vitais em pediatria	56
Texto - Estratégias de prevenção de acidentes na criança e adolescente	62
Texto – A Criança em situação de sofrimento agravo - doença	69
Estágio Supervisionado 2	73
Instrumento de Avaliação do Estágio Supervisionado 2	75 e 76
Textos – Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados - Brasil	77
Textos – A importância do brincar durante a hospitalização infantil	79
Texto - Maus tratos na infância e adolescência	81
Texto – Doenças respiratórias prevalentes na infância	87
Texto – Desnutrição protéico energética	95
TEMA 3 – O PROCESSO DE ADOLESCER	106
Estágio Supervisionado 3	110
Instrumento de Avaliação – Estágio Supervisionado 3	111 a 113
Texto - Conceitual e Legal	114
Texto – A Adolescência e as Transformações	117
Texto – Nutrição na Adolescência	124
Texto – Adolescência: vulnerabilidade e potencialidades	128
Texto – Sexualidade	131
Texto – Portaria 295/04 -SMS	134
Texto Gravidez na Adolescência	135

Texto – Contracepção	140
Texto – Principais Acidentes	143
Texto – Acidentes de Trânsito	146
Texto – Associação de Riscos	148
Texto – A doença Falciforme	153
Texto – A Esquizofrenia	154
TEMA 4 – SER HOMEM E SER MULHER	157
Estágio Supervisionado 4	161
Instrumento de Avaliação – Estágio Supervisionado 4	163 a 165
Texto – Ser Mulher no Século XXI: afetos e projetos no mundo do trabalho	166
Texto Políticas Públicas com Recorte de Gênero	170
Texto - Violência contra a Mulher: marido ou parceiro são os principais agressores	174
Texto – O Homem do Século XXI	177
Texto – Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem	180
Texto – Declaração Universal dos Direitos do Homem	183
Texto – Hipertensão e Diabetes	186
Texto – Crise Hipertensiva	190
Texto – Disfunções Metabólicas	192
Texto –Epidemiologia do Câncer no Município de São Paulo	202
Texto – Prevenção do Câncer de Colo de Útero e de Mamas	204
Texto – Câncer de Próstata	210
Texto – Sobre Morte e o Morrer	214
Texto – Atenção à Saúde das Mulheres Negras	219
Texto – A Mortalidade Materna e Neo Natal no Brasil	226
TEMA 5 – A SAÚDE E O ENVELHECIMENTO	230
Estágio Supervisionado 5	233
Instrumento de Avaliação – Estágio Supervisionado 5	237
Texto – Envelhecimento Populacional	238
Texto – Marcos do Envelhecimento	242
Texto – Mitos do Envelhecimento	244
Texto – Necessidade em Saúde	247
Texto – Avaliação da Autonomia para o auto cuidado e Relações Sociais	257
Texto – Doença de Alzheimer	263
Texto – Depressão	269
ANEXO	
I. Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa	275

APRESENTAÇÃO DO CURSO

O currículo do Curso de Técnico em Enfermagem vem responder à necessidade de educação profissional permanente, na perspectiva da mudança de paradigma hospitalocêntrico e assistência medicalizadora, para o da promoção da saúde e da cidadania, propiciando a compreensão da determinação social do processo saúde-doença, do cuidado humanizado nas diferentes fases do ciclo de vida em um sistema de saúde que funcione como malha de cuidado ininterrupto à saúde.

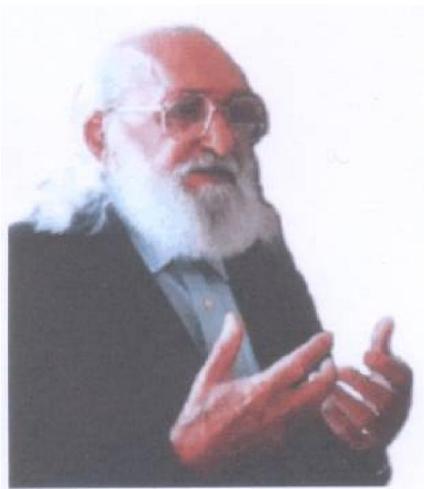
A organização curricular atende à proposta político-pedagógica da Escola Técnica do SUS – SP. O Curso é planejado na concepção de currículo integrado, onde teoria e prática mantêm permanente correlação, desenvolvendo-se em períodos teórico-prático e de estágio supervisionado.

A metodologia utilizada privilegia as estratégias pedagógicas que favorecem a participação, o debate, o pensamento crítico dos alunos/trabalhadores – sujeitos ativos na construção do conhecimento e das práticas sociais, buscando a formação de um profissional cujas potencialidades estejam assentadas nas dimensões da competência humana: a ética, a comunicativa, a política e a técnica.

A avaliação do processo ensino-aprendizagem inicia-se com o acompanhamento sistemático do desenvolvimento das competências, previamente estabelecidas, na perspectiva da experimentação de aprendizagens significativas.

Suely Yuriko Miyashiro
Diretora do Centro de Formação e
Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde.

2008



“A Grande generosidade está em lutar para que, cada vez mais, essas mãos, sejam de homens ou de povos, se estendam menos em gestos de súplica. Súplica de humildes a poderosos. E se vão fazendo, cada vez mais, mãos humanas, que trabalham e transformam o mundo”

Paulo Freire

OBJETIVOS

- Formar trabalhadores comprometidos com a consolidação do SUS, por meio de situações de ensino-aprendizagem que propiciem o desenvolvimento das competências profissionais nas dimensões técnica, ética, política e comunicativa, para a melhora da qualidade de vida da população.
- Formar Técnicos em enfermagem que atuem em equipe multiprofissional, sob a supervisão do Enfermeiro, de acordo com o Código de Ética e atribuições que lhe foram conferidas pela Lei do Exercício Profissional de Enfermagem - Lei nº 7498/86, e que contribua com a reorganização do serviço na perspectiva da construção do modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS.

COMPETÊNCIAS DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

1. Desenvolver a prática profissional baseada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), na determinação social do processo saúde e doença e nos conhecimentos advindos da observação, da pesquisa e da aquisição de novas tecnologias, contribuindo para a transformação das práticas de saúde.
2. Compreender o processo de trabalho em saúde, atentando para o trabalho em equipe, a importância da complementaridade das ações e especificidade do trabalho do técnico em enfermagem.
3. Participar do planejamento, execução, avaliação e reorientação do processo de cuidar em enfermagem, atuando individualmente ou em equipe, com a finalidade do atendimento das necessidades de saúde individuais e coletivas, identificadas no perfil social, econômico, cultural e epidemiológico do território.
4. Desenvolver ações de vigilância em saúde atuando em equipe para conhecer, analisar, monitorar e intervir sobre os determinantes do processo saúde doença com a finalidade de prevenir agravos e doenças e promover a saúde da população.
5. Prestar cuidados aos indivíduos, famílias e grupos, nas diferentes fases do ciclo de vida, com qualidade técnica e compromisso ético e solidário, considerando a singularidade de ser sujeito/cidadão na sociedade e a saúde como direito universal.

ITINERÁRIO DE FORMAÇÃO

<p>MÓDULO I</p> <p>AS PRÁTICAS DE SAÚDE E O SUS: CONSTRUINDO ALICERCES PARA TRANSFORMAR</p>	<p style="text-align: center;">UNIDADE</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">1 - Relação Saúde/Sociedade: instrumentalizando para a prática</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">84h</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2 - Novas Práticas: ressignificando as necessidades em saúde</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">126h</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">3 - Vigilância em Saúde: um campo em construção</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">150h</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">4 - Gestão para o Cuidado Integral em Saúde</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">40h</td> </tr> </tbody> </table>	1 - Relação Saúde/Sociedade: instrumentalizando para a prática	84h	2 - Novas Práticas: ressignificando as necessidades em saúde	126h	3 - Vigilância em Saúde: um campo em construção	150h	4 - Gestão para o Cuidado Integral em Saúde	40h		
1 - Relação Saúde/Sociedade: instrumentalizando para a prática	84h										
2 - Novas Práticas: ressignificando as necessidades em saúde	126h										
3 - Vigilância em Saúde: um campo em construção	150h										
4 - Gestão para o Cuidado Integral em Saúde	40h										
<p>MÓDULO II</p> <p>QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL DE AUXILIAR DE EM ENFERMAGEM</p>	<p style="text-align: center;">UNIDADE</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">1-O papel do auxiliar de enfermagem na equipe de saúde: programação do cuidado</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">50h</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2-Ações específicas do auxiliar de enfermagem na Vigilância em saúde</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">320h</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">3-Cuidado integral à saúde nas diferentes fases do ciclo de vida;</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">360h</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">4-Cuidado integral de enfermagem em situação de urgência</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">160h</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">5-Organização do processo de trabalho em enfermagem</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">140h</td> </tr> </tbody> </table>	1-O papel do auxiliar de enfermagem na equipe de saúde: programação do cuidado	50h	2-Ações específicas do auxiliar de enfermagem na Vigilância em saúde	320h	3-Cuidado integral à saúde nas diferentes fases do ciclo de vida;	360h	4-Cuidado integral de enfermagem em situação de urgência	160h	5-Organização do processo de trabalho em enfermagem	140h
1-O papel do auxiliar de enfermagem na equipe de saúde: programação do cuidado	50h										
2-Ações específicas do auxiliar de enfermagem na Vigilância em saúde	320h										
3-Cuidado integral à saúde nas diferentes fases do ciclo de vida;	360h										
4-Cuidado integral de enfermagem em situação de urgência	160h										
5-Organização do processo de trabalho em enfermagem	140h										
<p>MÓDULO III</p> <p>SABERES E PRÁTICAS DA ENFERMAGEM</p>	<p style="text-align: center;">UNIDADE</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">1- O Planejamento do cuidado de enfermagem</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">40h</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2-A vigilância epidemiológica e os cuidados de enfermagem aos indivíduos, famílias e grupos</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">110h</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">3-O direito e o cuidado à saúde: nas diferentes fases do ciclo de vida e na Urgência e Emergência</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">160h</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">4-Gestão em enfermagem</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">40h</td> </tr> </tbody> </table>	1- O Planejamento do cuidado de enfermagem	40h	2-A vigilância epidemiológica e os cuidados de enfermagem aos indivíduos, famílias e grupos	110h	3-O direito e o cuidado à saúde: nas diferentes fases do ciclo de vida e na Urgência e Emergência	160h	4-Gestão em enfermagem	40h		
1- O Planejamento do cuidado de enfermagem	40h										
2-A vigilância epidemiológica e os cuidados de enfermagem aos indivíduos, famílias e grupos	110h										
3-O direito e o cuidado à saúde: nas diferentes fases do ciclo de vida e na Urgência e Emergência	160h										
4-Gestão em enfermagem	40h										

MÓDULO III

Pretende-se que os alunos desenvolvam a prática assistencial de enfermagem em equipe, utilizando os alicerces construídos no Módulo I deste Curso, assim compreendidos: a organização social, econômica e política da sociedade brasileira e a determinação social do processo saúde-doença, a política de saúde como instrumento de inclusão social, o processo de trabalho a fim de atender às necessidades de saúde dos indivíduos, nos diferentes territórios, vinculando-o à participação social e às demais instituições sociais, com vistas à intersetorialidade.

Buscar-se-á desenvolver a prática profissional nos diversos espaços assistenciais da rede de serviços de saúde do Município, na perspectiva da prestação do cuidado integral humanizado, nas diferentes fases do ciclo de vida, incorporando conhecimentos e tecnologias, com vistas à qualidade técnica do cuidado e o compromisso ético do trabalho em equipe.

Trata-se de um Módulo com terminalidade, constituído por quatro Unidades Didático-Pedagógicas, assim identificadas:

1. Planejamento do cuidado em enfermagem;
2. Vigilância epidemiológica e os cuidados de enfermagem aos indivíduos, famílias e grupos;
3. O direito e o cuidado à saúde: nas diferentes fases do ciclo de vida, no trabalho, na urgência e emergência;
4. Gestão em enfermagem.

Carga Horária: 350 horas

UNIDADE III

O DIREITO À SAÚDE E O CUIDADO NAS DIFERENTES FASES DO CICLO DE VIDA

Objetivos

- Reconhecer a importância dos Direitos Humanos, das políticas sociais e de saúde;
- Considerar aspectos das diversidades sociais, econômicas, culturais, religiosas, raciais, étnicas e de gênero, na prestação do cuidado nas diferentes fases do ciclo da vida;
- Reconhecer as características de desenvolvimento nas diferentes fases do ciclo da vida para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- Identificar as situações de risco e de vulnerabilidade, maus tratos, violências, agravos e doenças prevalentes na infância, na adolescência, na fase adulta e no envelhecimento;
- Prestar cuidado de enfermagem nas diferentes fases do ciclo da vida em situações de sofrimento, agravo, doença, desenvolvendo vínculo terapêutico, carinho, atenção e escuta;
- Participar das ações de vigilância a morbimortalidade nas diferentes fases do Ciclo de Vida;
- Desenvolver ações educativas para a promoção da saúde nas diferentes fases do Ciclo da Vida;
- Prestar cuidado de enfermagem nas situações de urgência e emergência clínica, obstétrica, traumática e de alteração de comportamento no ambiente extra e intra-hospitalar;
- Compreender e acompanhar o processo da morte e do morrer nas diferentes fases do Ciclo de Vida, apoiando o indivíduo, a família e o grupo.

Conteúdos

Tema 1 – Urgência e Emergência

- Políticas Públicas, legislação.
- Histórico do atendimento de urgência no mundo e no Brasil
- Emergências: clínicas, obstétricas, alteração de comportamento, trauma em ossos, reanimação cardiopulmonar
- Sala de Emergência

Tema 2 – Ser criança na sociedade brasileira

- Políticas de saúde e o papel social da criança.
- Marcos do crescimento e desenvolvimento, promoção da saúde.
- Agravos, riscos, vulnerabilidade e maus tratos.

Tema 3 – O processo de adolecer

- Políticas públicas e o processo de adolecer.
- Estatuto da criança e do adolescente.
- Adolescência, vulnerabilidade, potencialidade e violência.

Tema 4 – Ser Homem e ser Mulher

- Políticas públicas, papéis sociais e a questão de gênero.
- Agravos, riscos, morbidade e a violência.

Tema 5 – Saúde e o envelhecimento

- Políticas públicas e o processo de envelhecimento.
- Senescência, senilidade.
- Riscos, agravos e morbidades.

Tempo previsto para a o desenvolvimento da unidade: 160h

- 56 horas em sala de aula;
- 26 horas de atividades teórico – práticas;
- 78 horas de estágio supervisionado.

PREÂMBULO

Inicialmente, faremos uma reflexão sobre as condições de saúde da população no contexto social e epidemiológico em cada uma das fases do ciclo de vida. Para tanto, faz-se necessário recordar as discussões realizadas no Módulo I, Unidade I - processo saúde-doença, modos de produção.

Quanto melhor se configurar o acesso e usufruto dos indivíduos e grupos sociais aos bens produzidos pela sociedade como trabalho, renda, educação, saúde e cultura, melhor tendem a ser as suas condições de vida, saúde e envelhecimento.

As diferentes condições de vida da população brasileira decorrentes do modelo econômico, social e político, condicionam a mobilidade dos grupos para os grandes centros urbanos à procura de trabalho, e impõe a uma parcela significativa, a disputa pela oferta insuficiente de serviços da infra-estrutura urbana na periferia desses centros, onde vivem e descansam.

Atentamos para a forma como o país se organizou ao longo dos séculos, no que se refere particularmente à mobilidade das diferentes raças e etnias na composição da sociedade brasileira, aspectos estes já contemplados anteriormente, com o intuito de favorecer a compreensão das diferenças e das desigualdades nesta sociedade e em particular na saúde.

Após a II guerra mundial com a ação dos movimentos sociais, foi criada a Organização das Nações Unidas – ONU, e no final dos anos 40 do século passado, foi promulgada a *Carta dos Direitos do Homem* – determinando vários direitos próprios da condição humana, dentre eles o direito à saúde.

É nesse contexto social mais amplo que se intenciona discutir a questão da *violência*, compreendida como um problema social complexo, resultante dos determinantes anteriormente apontados, e que afeta a vida e a saúde de milhões de brasileiros e cujo enfrentamento exige o empenho de diferentes setores na articulação, implementação e monitoramento de políticas intersetoriais.

É importante o posicionamento dos profissionais de saúde, no sentido de observar, investigar, acolher e favorecer as ações que visam denunciar, combater e minimizar os efeitos nocivos nas situações de violência na busca de preservar a saúde física, mental e social dos indivíduos.

Em cada uma das fases do ciclo de vida, ocorrerá abordagens específicas sobre as condições de violência que afetam o respectivo grupo, assim como situações particulares que se configuram como urgência e emergência.

Nesta unidade introduziremos os conceitos de urgência e de emergência, e estudaremos como proceder nestas situações.

TEMA 1 – URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Objetivo

1. Ressignificar os conhecimentos e práticas frente ao atendimento às urgências e às emergências nos âmbitos pré-hospitalar e intra-hospitalar.

Conteúdo

- Histórico do Atendimento Pré-hospitalar;
- Biossegurança avaliação da cena;
- Avaliação primária avaliação secundária;
- Parada cardiorrespiratória;
- Emergências clínicas;
- Lesões osteoarticulares.

- ✓ O docente deverá resgatar os conceitos do Módulo I, Unidade I Tema 1.
- ✓ Os textos indicados para leitura, neste tema, estão na apostila de Atendimento Pré-hospitalar de Urgência Suporte Básico à Vida

Proposta para encaminhamento das atividades:

1. Em pequenos grupos: refletir, discutir e registrar:
 - a) O que o grupo entende por urgência e emergência?
 - b) Em quais situações uma pessoa deve procurar o serviço de emergência?
 - c) Quais são os serviços de emergência disponíveis em sua região?
 - d) Quando uma pessoa é vítima de um trauma, ou de mal súbito, o que pode acontecer com ela? Quais devem ser as condutas iniciais para essas situações?
 - e) Quais as condições que favorecem a sobrevivência e quais são os fatores que concorrem para que as pessoas não tenham seqüelas?
 - f) Quais as influências na evolução e prognóstico entre uma vítima que recebeu atendimento pré-hospitalar de outra que chega ao Pronto Socorro sem esses cuidados?
 - g) O que o grupo conhece sobre a legislação brasileira no que diz respeito aos serviços de urgência?

2. Em plenária apresentação dos trabalhos e sistematização. Ler "O SISTEMA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR, HISTÓRICO E ACIONAMENTO". Relacionar com os resultados apresentados pelos grupos.
3. Retomando os estudos sobre anatomia - Modulo III, Unidade I, Tema 1. Em pequenos grupos desenhar o corpo humano, identificar os principais sistemas e responder:
 - a) O que acontece se nosso organismo ficar com suprimento insuficiente de oxigênio?
 - b) O que acontece se o coração parar de bombear o sangue para o organismo?
 - c) Quais as conseqüências que uma vítima pode ter se estiver com hemorragia interna ou externa?

Em plenária:

Apresentação dos trabalhos e sistematização. Ler os textos: "BIOSSEGURANÇA", "AVALIAÇÃO DE CENA", "AVALIAÇÃO PRIMÁRIA", "REANIMAÇÃO CÁRDIO-PULMONAR - RCP" e "HEMORRAGIA E CHOQUE".

O docente deve demonstrar as técnicas de: avaliação primária, reanimação cardiopulmonar e contensão de hemorragia por meio de simulações práticas com manequim e, em seguida, os alunos deverão realizar os procedimentos.

4. Orientar a atividade a ser realizada

Caros alunos:

1. Realizar um levantamento em sua unidade para verificar quais são as emergências clínicas mais comuns;
2. A partir do item anterior, quais os encaminhamentos realizados pela equipe de enfermagem;
3. Registrar.

5. Realizar a atividade em serviço

Em plenária:

Apresentação e discussão dos trabalhos. Ler o texto: "EMERGÊNCIAS CLÍNICAS".

6. Conforme o enunciado do item 3 desta seqüência Responder:

- a) Ao chegar a uma cena em que a vítima está consciente, e refere ter caído de uma escada, o que eu posso fazer enquanto aguardo o socorro especializado chegar?
- b) Quais são as lesões indicativas quando uma pessoa é vítima de uma queda, atropelamento ou colisão de veículo?
- c) Quais os passos que deverão ser seguidos para prestar os primeiros socorros?

7. Em plenária:

Apresentação dos trabalhos e sistematização. Ler os textos: AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA E TRAUMA EM OSSOS E PRINCÍPIOS GERAIS DE IMOBILIZAÇÃO.

O docente deve demonstrar as técnicas de: avaliação secundária e imobilização por meio de simulações práticas e, em seguida, os alunos deverão realizar os procedimentos.

8. Orientar a atividade a ser realizada

Caros alunos

Discutir em plenária e registrar:

- A estrutura física da Unidade de Pronto Socorro: Instalações, equipamentos e materiais utilizados que devem estar disponíveis na sala de emergência.
- Como é realizada, pela equipe de enfermagem, a recepção da vítima na sala de emergência.
- Qual a seqüência do atendimento às vítimas em nos casos clínicos e de trauma: a avaliação, os cuidados, os encaminhamentos e os registros. A relação de trabalho entre a equipe multiprofissional. Orientação aos familiares e/ou acompanhantes.
- Os medicamentos e as drogas utilizadas, procedimentos da enfermagem, conforme legislação.
- Discutir o encaminhamento e o fluxo de atendimento de emergência dentro das unidades de internação.

9. Realizar a atividade em laboratório - montar uma sala de emergência, possibilitar aos alunos praticas simuladas.

10. Retomar a unidade II do Módulo I e discutir com os alunos a ética e as relações interpessoais na urgência emergência.

Tempo previsto: 18

- 12 horas em sala de aula
- 06 horas teórica-prática em laboratório



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal da Saúde
Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde
Escola Técnica do SUS – São Paulo



CURSO TECNICO EM ENFERMAGEM
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO – Urgência Emergência
Módulo III- Unidade III- Tema 1
Aluno

Aluno:

Matrícula:

Turma:

Data:

Local:

- a) Relatar as dificuldades e as facilidades no desenvolvimentos dos procedimentos nas praticas simuladas em laboratório e em sala de aula.
- b) Como você avalia o seu conhecimento em relação a este tema.
- c) Qual a contribuição deste tema para o seu e trabalho e para a sua vida pessoal.

Aluno

Docente



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal da Saúde
Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde
Escola Técnica do SUS – São Paulo



CURSO TECNICO EM ENFERMAGEM
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO – Urgência Emergência
Módulo III- Unidade III- Tema 1
Docente

Aluno:
Turma:

Data:

Matrícula:
Local:

Registrar o desempenho do aluno nos procedimentos das práticas simuladas em sala de aula e em laboratório,atentando para:

- Avaliação e cena e biossegurança;
- Avaliação primária e secundária;
- Reanimação cardiopulmonar;
- Princípios gerais de imobilização;
- Atendimentos a emergências clínicas;
- Ética e relação interpessoal no atendimento às emergências.

Aluno

Docente

TEMA 2 - SER CRIANÇA NA SOCIEDADE BRASILEIRA

Objetivos

1. Conhecer a importância das políticas de saúde, dos direitos da criança e do adolescente, o papel da família e das demais instituições sociais na promoção da saúde e no processo de adoecer da criança;
2. Considerar no cuidado às crianças, os aspectos da diversidade social, econômica, cultural, religiosa, racial, étnica, de gênero, os valores da família e do grupo a que pertence;



Foto Mila Petrillo

http://www.andi.org.br/noticias/templates/boletins/template_direto.asp?articleid=5156&zoneid=21

3. Diferenciar nos marcos do crescimento e desenvolvimento as necessidades de saúde da criança e do adolescente, considerando as dimensões biológica, psicoafetiva e social.
4. Conhecer as necessidades nutricionais da criança a fim de orientar, educar e intervir quando necessário;
5. Desenvolver ações educativas para a promoção da saúde da criança;
6. Participar e envolver familiares e cuidadores nas atividades recreacionais para estimulação da criança, ressaltando a importância do ato de brincar;
7. Identificar situações de risco e de vulnerabilidades, maus tratos, trabalho infanto-juvenil, agravos e doenças prevalentes;
8. Participar de ações preventivas e de controle de agravos e doenças, contribuindo assim, para a diminuição da morbimortalidade infantil;
9. Prestar cuidados de enfermagem às crianças em situação de sofrimento/agravo/doença, recuperação, desenvolvendo vínculo terapêutico, carinho, atenção e escuta.

Conteúdo

- Estatuto da criança e do Adolescente (ECA);
- Trabalho Infantil;
- Mortalidade Infantil no Brasil;
- Um quadro de exclusão por raça;
- Crescimento e desenvolvimento;
- A importância da brincadeira e do brincar no desenvolvimento;
- Higiene Bucal;
- Verificação dos sinais vitais em pediatria;
- Estratégias de prevenção de acidentes na criança e adolescentes;
- Direitos da criança e do adolescente hospitalizados;
- A importância do brincar durante a hospitalização
- Maus tratos na infância e adolescência;
- Doenças Respiratórias prevalentes na infância;
- Desnutrição proteico-energética;
- Doença Diarréica Aguda.

O que sabemos sobre as nossas crianças?



...uma reflexão: ao mesmo tempo em que se procura respeitar os direitos da criança, sabe-se que muitas delas estão vivendo em situações adversas, enfrentando precárias condições de vida, em situações que vão desde a exploração do trabalho infantil até o abuso e exploração

sexual por parte dos adultos, além da falta de atenção com as que têm necessidades especiais...

- Recomendamos a leitura do texto "O HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO INFANTIL NO MUNDO", no site: www.Artigonal.com/educação-infantil-artigos/concepção-de-infancia-e-educacao-1080579.html. (se tiver dificuldade para entrar no site acima, entrar através do Google e colar o endereço na barra de busca do site).

A SAÚDE E O ESTATUTO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE - ECA¹

Art. 4º: Lei nº 8069, 13/07/1990

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende;

- a) Primazia de receber proteção e socorro de quaisquer circunstâncias;
- b) Precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) Preferência na formulação e na execução das políticas públicas;
- d) Destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

Trabalho Infantil

Diminuiu: a unidade familiar responde pela maioria dos casos.
Gabriela Sylos

Em São Paulo o índice de trabalho infantil caiu entre os anos de 2005 e 2006, informam os números da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad). Apesar da queda, o número de jovens trabalhadores ainda está na casa dos milhões.

Os dados variam de acordo com as regiões brasileiras. O Nordeste, por exemplo, foi a região que mais reduziu o percentual entre os anos analisados, de 9,4% para 8,4%, entretanto ainda é a o local com o maior índice de trabalho infantil: 14,4%. O Sul, apesar de concentrar bons índices socioeconômicos em relação ao resto do Brasil, registra 13,6% de trabalho infantil.

Segundo Leonardo Soares, diretor da Secretaria de Inspeção do Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego, o alto número se deve à economia familiar, tradicional tanto na área urbana quanto na rural. "As pequenas unidades de produção familiar são tradicionais na região Sul, e vêm principalmente dos imigrantes". Por economia familiar entende-se tanto o trabalho agrícola quanto as produções domésticas, como a venda de doces, por exemplo.

¹ Texto organizado para fins didáticos: artigos referentes à saúde, extraídos do Estatuto da Criança e do Adolescente.

QUANTAS PESSOAS DE 5 A 17 ANOS TRABALHAM (%)						
	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Total	11,5	12,4	14,4	8,4	13,6	9,9
Homens	14,5	16,1	19	10,2	16,7	12,1
Mulheres	8,3	8,4	9,7	6,6	10,3	7,5

Para combater o trabalho infantil, o governo vem realizando ações de conscientização e fiscalização através do plano da Comissão Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil. Quando irregularidades são encontradas, segundo Leonardo Soares, as crianças são encaminhadas ao Ministério da Educação e as famílias à programas de transferência de renda - o diretor calcula que em cerca de 48 horas a família já pode ser cadastrada em algum destes programas.

Perfil do jovem trabalhador

Se pudéssemos caracterizar o trabalhador brasileiro entre 05 e 17 anos ele seria homem, preto ou pardo, estaria na atividade agrícola, seria alfabetizado e freqüentaria a escola.

DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES ENTRE 5 E 17 ANOS (%)						
	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Sexo						
Homens	64,4	67,1	66,9	61,2	62,6	62,9
Mulheres	35,6	32,9	33,1	38,8	37,4	37,1
Domicílio						
Urbano	59,1	45,1	44,8	80,6	59,6	72,6
Rural	40,9	54,9	55,2	19,4	40,4	27,4
Cor						
Branca	40,5	18	24,5	49,4	79	36,1
Preta ou parda	59,1	81,5	75,1	50,4	20,4	62,9

Estas características representam a maioria da população de jovens trabalhadores entre 05 e 17 anos: 64,4% são do sexo masculino, 41,4 % está na atividade agrícola, 59,1% são pretos ou pardos, 94,5% são alfabetizados e 19% não freqüentam a escola. Apesar dos números positivos em relação à escolaridade, a atividade ainda está bem abaixo da média nacional. O IBGE registra que entre os jovens de 5 a 17 anos que não trabalham 6,4% não freqüentam a escola.

Apesar de os trabalhadores infantis estarem mais concentrados na zona urbana, 59,1% contra 40,9% na zona rural, a participação das crianças e adolescentes na população total de trabalhadores agrícolas é aproximadamente três vezes superior a exercida na atividade não-agrícola. Ou seja, enquanto no trabalho não agrícola o percentual de jovens é 4,2%, na atividade agrícola esse número sobe para 12,2%. Mas a redução de 2005 para 2006 também segue a proporção: na atividade agrícola, o trabalho infantil diminuiu 1,1%, enquanto na atividade não-agrícola a diminuição foi de apenas 0,2%.

Em relação ao rendimento familiar, estes jovens vivem em domicílios que registram em média renda de R\$ 280,00 per capita. A média da carga horária trabalhada por eles é de 20 horas semanais. Para 58,1% dos que têm entre 05 e 09 anos, esse trabalho não é remunerado, sendo que a maioria (33%) trabalha para consumo próprio.

Entre os adolescentes de 15 a 17 anos, 51,5% são empregados e 24,9% não são remunerados.

A PNAD mostrou redução no trabalho infantil ao longo de 11 anos. Em 1995 o número registrado estava em 18,7%, baixando para 12,7% em 2001 e 11,5% em 2006.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

KAPPEL, D. B. - Índice de desenvolvimento infantil no Brasil: uma análise regional, **Revista Brasileira de Educação** v.12 n.35 maio/ago. 2007 p.239. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v12n35/a04v1235.pdf>>. Acesso em 10 mar.2009.

SYLOS, Gabriela - Trabalho infantil diminui; unidade familiar responde pela maioria dos casos. Artigo Publicado em 14 set.2007 em São Paulo/SP. Disponível em:

<<http://noticias.uol.com.br/ultnot/2007/09/14/ult23u570.ihm>>. Acesso em 08 out.2008.

Proposta para o desenvolvimento das atividades

1. Ler e discutir os recortes acima selecionados sobre alguns aspectos das condições de vida das crianças brasileiras. Acrescentar outros que julgar importantes para desencadear uma discussão a esse respeito.

2. Responder e registrar as seguintes questões:

- Você sabe quais são os direitos das crianças e dos adolescentes? Qual a opinião do grupo sobre esses direitos?
- Como estes direitos estão sendo exercidos e garantidos no seu serviço de saúde? Exemplifique.
- Quais as instituições governamentais e não governamentais que trabalham com a criança e adolescente no território de sua unidade de saúde?

Em plenária:

- ler e discutir os textos: "MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL CAIU QUASE METADE DO PATAMAR DE 1999" e "UM QUADRO DE EXCLUSÃO POR RAÇA DE CRIANÇAS NO BRASIL". Comparar com os registros dos grupos e fazer as modificações necessárias.
- discutir a responsabilidade da família e das instituições, considerando os direitos e exercício da cidadania da criança.

3. Em pequenos grupos:

a) registrar as respostas às perguntas abaixo relacionadas.

- O que entendem por crescimento e desenvolvimento;
- Quais os fatores que influenciam o crescimento e desenvolvimento da criança;

b) discutir e sistematizar as respostas;

c) realizar a leitura dos textos:

- "CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO", pg 37;
- "DESENVOLVIMENTO INFANTIL DE 0-10 ANOS", do site

www.contemporâneo.org.br/folder/folder82.doc ;

"NUTRIÇÃO INFANTIL - ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR". **Saúde da criança**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica n. 23. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília - DF 2009.

Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cab.pdf>

d) preencher o quadro a seguir identificando os marcos (aspectos) do crescimento e desenvolvimento de cada faixa etária, relacionando-os com as necessidades de saúde: estimulação, nutrição, higiene corporal e bucal. Rever o calendário de imunização, estudado no Módulo I, unidade III. Utilizar os textos de apoio: "MARCOS DO CRESCIMENTO e "DESENVOLVIMENTO INFANTIL", "HIGIENE BUCAL" e "A IMPORTÂNCIA DA BRINCADEIRA" e "DO BRINCAR NO DESENVOLVIMENTO".Preencher o quadro a seguir:

Considerar: a Diversidade Social, Étnico Racial, os Valores da Família, do Grupo de Pertencimento e as Dimensões Biológicas e Psico-afetiva.			
Grupos	Faixas etárias	Aspectos do crescimento e desenvolvimento	Necessidades de saúde e os cuidados necessários
Grupo 01	0 - 11 meses		
	12 - 24 meses		
Grupo 02	2 - 4 anos		
	4 - 6 anos		
Grupo 03	6 - 8 anos		
	8 - 10 anos		

e) Em plenária:

- apresentar o produto dos grupos e esclarecer dúvidas;
- sistematizar os principais conceitos.

O docente deverá indicar a leituras dos textos: "PARÂMETROS PÔNDERO-ESTATURAIS", "PARÂMETROS VITAIS" e "DESNUTRIÇÃO PROTEICO ENERGÉTICA", (como atividade extra-sala de aula), cujo conteúdo será desenvolvido na aula seguinte.

4. Em plenária, resgatar dos alunos os principais conceitos dos textos. Elaborar quadro síntese.

5. Em pequenos grupos:

- distribuir o cartão da criança e os gráficos de crescimento do menino e da menina, com idade em meses e anos;
- registrar e analisar 03 casos de curvas pondero-estaturais, nos gráficos de desenvolvimento.

Grupo 1 - registrar no gráfico o peso, estatura, perímetro cefálico de um lactente do sexo feminino, em três momentos:

IDADE	PESO	ESTATURA	PERÍMETRO CEF.
02 meses	4.200 g	54 cm	38 cm
06 meses	5.700 g	62 cm	42 cm
10 meses	8 Kg	68 cm	44 cm

Grupo 2 - registrar o peso e a estatura de uma criança do sexo feminino em três momentos:

IDADE	PESO	ESTATURA
03 anos	11 Kg	90 cm
03 anos/ 6 meses	12.500 g	93 cm
04 anos	14 Kg	97 cm

Grupo 3 - registrar o peso e a estatura de uma criança do sexo masculino em três momentos:

IDADE	PESO	ESTATURA
06 anos	26 Kg	111 cm
06 anos/ 6 meses	28 Kg	113 cm
07 anos	31 Kg	115 cm

Em plenária:

- cada grupo deverá apresentar os seus gráficos, analisando e interpretando os respectivos percentis;
- o grupo deverá identificar os casos que requeiram vigilância e aqueles que deverão ser encaminhados para atendimento médico;
- o docente fará as intervenções necessárias durante as apresentações das atividades propostas.

6. Orientar a atividade:

Caros docentes

- Agendar visita a uma creche ou escola, a fim de propiciar a observação do Crescimento e Desenvolvimento Infantil;
- Selecionar casos de risco para obesidade e baixo peso para que os alunos possam discutir, verificando e interpretando os parâmetros pondero-estaturais;
- Atentar o aluno em relação em relação às necessidades de saúde considerando as diferentes faixas etárias e a estimulação através do brinquedo e da brincadeira.

7. Realizar a atividade;
8. Atividade em casa: orientar o aluno para a leitura dos textos: "PREVENÇÃO DE ACIDENTES NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA" (p. 62) e "MAUS TRATOS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA", p. 95). Essa leitura tem como objetivo contribuir para a realização das atividades no estágio.
9. Preparar os alunos para as atividades de estágio nº 1.

Tempo Previsto

- Sala de aula: 12 hs
- Teórico-prática: 06 hs

ESTÁGIO SUPERVISIONADO Nº 1

Crescimento e Desenvolvimento

Esta atividade tem por objetivo desenvolver as seguintes habilidades:

- identificar os marcos de crescimento e desenvolvimento;
- identificar as necessidades nutricionais da criança;
- proporcionar estimulação psicomotora da criança segundo sua faixa etária;
- verificar e avaliar os parâmetros vitais da criança;
- registrar as medidas pondero-estaturais e avaliar a curva de crescimento;
- desenvolver ações educativas para a promoção da saúde da criança e estimular práticas de autocuidado;
- participar das ações de vigilância a morbimortalidade da criança.

Para atingir estes objetivos é necessária a apropriação dos conhecimentos das unidades anteriores e de novos saberes, conforme segue:

- crescimento e desenvolvimento infantil;
- necessidades nutricionais da infância;
- a importância do "brincar";
- prevenção de acidentes;
- parâmetros vitais segundo a faixa etária;
- ações de enfermagem na promoção da saúde infantil, incluindo saúde bucal e saúde mental.

Orientar a atividade do Estágio Supervisionado nº 1

Organizar os grupos de estágio de modo a proporcionar vivências em UBS ou Escolas de Educação Infantil (EMEI) e orfanatos. O trabalho realizado será objeto de discussão em grupo e de avaliação individual.

1. Participar do processo de trabalho da unidade de estágio, realizando atendimentos às crianças sob supervisão:

- acolhimento das crianças no serviço de saúde;
- identificação das necessidades nutricionais, afetivas, higiene, repouso, sono, conforto, segurança, estimulação, de brincar, educação etc.
- identificação dos marcos do crescimento e do desenvolvimento;
- aferição de medidas pondero-estaturais acompanhadas do registro no Cartão da Criança e interpretação do respectivo gráfico;
- verificação dos sinais vitais das crianças nas diferentes faixas etárias;
- desenvolvimento de uma atividade educativa (em grupo ou individual), enfocando: a promoção da saúde, incluindo saúde bucal e saúde mental e a prevenção de agravos.
- realização de visita domiciliar dentro da programação da unidade de saúde.

Nota: escolher um caso dentre os atendimentos realizados e registrar no Instrumento de Avaliação do Estágio Supervisionado Nº 1.

2. Registrar no **Instrumento de Avaliação do Estágio Supervisionado Nº 1** quais as ações que a Unidade de Estágio executa, voltadas para os Direitos da Criança, programas de saúde da criança, promoção de atividades lúdicas, além de observar:

- Fluxo de atendimento;
- Qualidade e tipo de acolhimento à criança e à família;
- Adequação da planta física para atender as necessidades da criança, incluindo áreas de lazer, mobiliário específico para o tamanho do infante, louças sanitárias infantis, equipamento específico como balança digital, manguitos pediátricos.

Tempo previsto: 06 horas



TÉCNICO EM ENFERMAGEM
Módulo III – Unidade III
O Direito à Saúde o cuidado nas diferentes fases do ciclo de vida
Instrumento de Avaliação do Estágio Supervisionado Nº 1
Crescimento e Desenvolvimento
Aluno

Aluno:

Matrícula:

Turma:

Data:

Local:

a) Relate objetivamente: como se deu o acolhimento, quais as necessidades identificadas, aspectos do exame físico sumário realizado e os cuidados prestados.

b) Algum aspecto da vida da criança fere ou contradiz o que é esperado para ela frente ao estatuto ou programas assistenciais?

c) Relate as informações obtidas junto à Unidade de Estágio

Aluno

Docente



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal da Saúde
Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde
Escola Técnica do SUS – São Paulo



TÉCNICO EM ENFERMAGEM
Módulo III – Unidade III
O Direito à Saúde o cuidado nas diferentes fases do ciclo de vida
Instrumento de Avaliação do Estágio Supervisionado N° 1
Crescimento e Desenvolvimento
Docente

Aluno:

Matrícula:

Turma:

Data: Data:

Local:

Avaliar as atividades desenvolvidas pelo aluno na unidade de estágio: o atendimento, a ação educativa e o relatório do caso estudado.

Aluno

Docente

MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL CAIU A QUASE METADE DO PATAMAR DE 1999, CONSTATA UNICEF

Mylene Fiori – Repórter da Agência Brasil

Brasília - O relatório *Situação Mundial da Infância 2008* divulgado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), mostra uma redução na mortalidade infantil no Brasil.

Segundo o documento, em 1990 a taxa entre crianças de até 01 ano de idade era de 46,9 mortes para cada mil. Em 2006, este índice caiu para 24,9 – praticamente metade do patamar anterior. No mesmo período, a redução de mortalidade entre crianças até 05 anos de idade foi de cerca de 50%.

O relatório revela, no entanto, os números da exclusão no Brasil: as crianças pobres têm duas vezes mais chances de morrer do que as ricas. A taxa de mortalidade também é maior entre a população indígena (48,5 para cada mil nascidos vivos) e entre filhos de mães negras – 27,9 por mil, 37% acima do registrado entre filhos de mães brancas.

O UNICEF cita dados do Ministério da Saúde que indicam que nos últimos cinco anos caiu mais de 60% o número de crianças desnutridas com até 01 ano de idade.

No Nordeste, entretanto, o número é quatro vezes maior do que na Região Sul. Embora a redução da mortalidade materna faça parte do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, o número cresceu 2,1% no Brasil entre 2000 e 2005, passando de 52,3 mulheres para 53,4 por 100 mil.

Ainda, deve-se destacar que os óbitos ocorrem por causas evitáveis, relacionadas com a melhoria do padrão de vida da população (saneamento, habitação, emprego etc.), acesso aos serviços de saúde e nestes, aos padrões adequados de atendimento.

“Desde 1995, o Ministério da Saúde (MS) tem estado à frente de um movimento nacional, o Projeto de Redução de Mortalidade Infantil (PRMI), que busca diminuir significativamente as taxas de mortalidade de nossas crianças. Além do incremento anual dos recursos financeiros e da agilização do repasse aos municípios

através do Piso de Atenção Básica, procurou-se promover um atendimento integrado e focalizado em municípios mais carentes, envolvendo ações de saneamento, imunização, promoção ao aleitamento materno e do pré-natal, combate às doenças infecciosas e à desnutrição. Ademais, o incansável trabalho de milhares de Agentes Comunitários de Saúde, que visitam as casas onde habitam milhões de mulheres e crianças tem sido decisivo para os progressos encontrados nos indicadores de saúde destes grupos populacionais” (DATASUS, Ministério da Saúde, 2001).

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

SYLOS, G. - Trabalho infantil diminui; unidade familiar responde pela maioria dos casos, Artigo Publicado em 14 set.2007 - São Paulo/SP. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/ultnot/2007/09/14/ult23u570.jhtm>>.

Acesso em 08 out. 2008.

UM QUADRO DE EXCLUSÃO POR RAÇA DE CRIANÇAS NO BRASIL

Usando dados do Programa da ONU para o Desenvolvimento (PNUD), a UNICEF traçou um desenho sombrio de como o racismo afeta futuras gerações de brasileiros e compromete setores-chave do desenvolvimento.

Segundo o PNUD, a taxa de homicídios registrada entre negros foi o dobro da registrada entre brancos em 2006. Em 2000, de acordo com o Datasus, em média 14 adolescentes entre 15 e 18 anos morreram por dia no Brasil – destes, 70% eram negros.

Mas, se a situação da criança melhorou no Brasil nos últimos anos – com a melhora de índices de escolarização e a queda nas taxas de mortalidade – a análise por raça mostra que os bons ventos não sopraram para todas as crianças. O levantamento mostrou também que as crianças negras estão em pior situação na escola e no mercado de trabalho.

Segundo o UNICEF, 65% dos 26 milhões de adolescentes de 10 a 15 anos trabalhando no Brasil são negros. Existem 500 mil crianças e adolescentes trabalhando como domésticas no Brasil. Cerca de 400 mil são meninas, e, destas, 98% são negras.

Na faixa dos 7 a 14 anos, são negras 500 mil das 800 mil crianças que estão fora da escola.

A proporção de crianças e adolescentes negros fora da escola é 30% maior que a média nacional, e o dobro, se consideradas apenas as crianças brancas. O que podemos ver claramente nesse estudo é que as crianças negras são as que têm sofrido as conseqüências mais perversas do modelo de desenvolvimento brasileiro seguirmos com uma proposta de desenvolvimento econômico e social que não reduza desigualdades – de raça, de gênero, de etnia - vamos certamente perceber um impacto muito negativo no futuro.

No caso de crianças indígenas esse quadro ainda é pior. No país, 49,7% das crianças indígenas não têm acesso à água, contra 24,9% das negras e 10% das brancas. Crianças indígenas têm quatro vezes mais chances de estar fora da escola que brancas. Para cada mil nascimentos, 47 crianças indígenas morreram em 2004, enquanto que a média brasileira foi de 26. No estado do Mato Grosso do Sul, a taxa para as crianças indígenas chegou a 60%.

A desnutrição também é um caso grave entre as crianças indígenas – no Estado do Mato Grosso do Sul, 27% delas estavam desnutridas. Entre os xavantes, foram registrados 133,8 óbitos de crianças menores de um ano por mil nascimentos, ou seja, 5,5 vezes maior que a média nacional.



Até 2015, o Brasil e os outros 191 países da ONU se comprometeram a garantir o ensino básico a todas as crianças, e reduzir, em dois terços com base em 1990, a mortalidade de crianças de até cinco anos de idade.

O problema é que, no Brasil, as crianças negras ainda tardam dois anos mais que as brancas para atingir o mesmo grau de escolaridade. E no caso das crianças indígenas embora não se tenham dados, esse quadro certamente é bem pior.

A falta de acesso ao exame pré-natal – realidade de cerca de 100 mil gestantes no país – é três vezes maior entre as mães negras que entre as brancas.

Para a UNICEF, o Brasil precisa de programas de desenvolvimento infantil em comunidades quilombolas, indígenas e em bairros pobres das grandes cidades, onde se concentram as crianças negras. A sociedade brasileira necessita agir rápido para reverter esse quadro de exclusão social, no qual, vivem a grande parcela da população negra e indígena no Brasil. Caso nada seja feito corremos o risco de perpetuar um cenário árduo de extrema desigualdade, que naturaliza determinadas posturas, como a de que ser negro e índio significa ser pobre e miserável, e que brancos têm mais chances na vida.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BARBIERI, E., Articulando Lideranças para um mundo sustentável, Artigo publicado no site da ABDL – Associação Brasileira para o Desenvolvimento de Lideranças, 26 nov. de 2007. Disponível em: <<http://www.lead.org.br/article/view/3594>> Acesso em 27 ago.2008.

CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

O crescimento e desenvolvimento expressam a somatória de numerosas alterações que ocorrem na vida de um indivíduo. A evolução total engloba várias dimensões inter-relacionadas:

- **Crescimento:** corresponde a um aumento no número e tamanho de células, à medida que elas se dividem; resulta em tamanho e peso aumentado da totalidade ou de qualquer de suas partes.
É um fenômeno quantitativo;
- **Desenvolvimento:** representa o avanço de estágios mais inferiores para os mais avançados de complexidade. Significa aumento da capacidade do indivíduo na realização de suas funções, cada vez mais complexo;
- **Maturação:** aumento na competência e na adaptabilidade, envelhecimento; indica a alteração na complexidade de uma estrutura que a possibilita começar a funcionar ou atuar em nível mais elevado. É um fenômeno qualitativo.
- **Diferenciação:** desenvolvimento de atividades e funções simples para mais complexas.

Áreas de Desenvolvimento

A maioria dos especialistas no campo do desenvolvimento infantil categoriza o crescimento e o comportamento da criança, em estágios etários aproximados. Os limites que separam cada etapa do desenvolvimento são arbitrários ou vagos e, como eles não levam em consideração as diferenças individuais, não podem ser aplicados a todas as crianças com exatidão.

Entretanto, essa categorização, permite um meio conveniente para descrever as características associadas à maioria das crianças nos períodos em que as alterações nítidas aparecem e que as tarefas específicas devem ser realizadas.

O desenvolvimento da criança inclui habilidades tais como, controle neuromuscular, desenvolvimento da linguagem, destreza, traços de caráter. Estas funções só podem ser avaliadas por meio de testes ou provas funcionais.

Exemplo: Teste de análise de desenvolvimento de Denver.

1. Desenvolvimento Motor:

Depende da maturação neurológica, para que ocorra o controle neuromotor.

- motor grosso: controle da cabeça, rolar, sentar, engatinhar, levantar, andar, locomover.
- motor-adaptativo delicado (fino): uso das mãos e dos dedos na preensão.

2. Desenvolvimento da linguagem:

- quando a criança começa a emitir sons guturais, balbuciar, pronunciar monossílabos;
- depois passa a utilizar frases curtas sem verbos, pronomes, seguidas de adjetivos para qualificar os substantivos;
- posteriormente é capaz de usar sentenças simples, estruturalmente completas, com 5 a 7 palavras.

As crianças nascem com a capacidade de desenvolver a fala e as habilidades de linguagem. Entretanto, elas não falarão de forma espontânea. O ambiente deve fornecer um meio para que adquiram tais habilidades. A fala requer estrutura e função fisiológica íntegras da laringe, cordas vocais (incluindo função auditiva e cerebral), além da inteligência, da necessidade de se comunicar e da estimulação. O gesto precede a fala e retrocede à medida que a fala se desenvolve, mas nunca desaparece por completo.

3. Desenvolvimento psicossocial

a) Da inteligência cognitiva

A criança necessita de agir para aprender. Precisa descobrir tudo.

Por seus brinquedos e experiências, e a partir de objetos, armazena os dados que a levam a “gravar” sensações que serão identificadas quando ela falar: “é redondo, é uma flor, é azul, etc”.

Brincando ela elabora esquemas mentais que a conduzirão aos conceitos.

Exemplo: o conceito de um copo se forma, à medida que ela enxerga e toca os diferentes tipos de copo (vidro, plástico).

No começo, quando os objetos desaparecem do campo visual e de apreensão do bebê, os objetos deixam de existir para ele.

A criança gosta de repetir gestos: lançar algo numa caixa só pelo prazer de achá-lo novamente. Assim seu pensamento se estrutura a partir de experiências que ela interioriza pela repetição frequente e por suas semelhanças.

A criança modifica seus comportamentos face a novos objetos e a novas situações.

b) Desenvolvimento da afetividade

A aquisição de confiança acontece através da provisão do calor, alimento, proteção e amor por parte dos pais ou de seus substitutos. Se estas experiências promotoras da confiança forem deficitárias ou inadequadas gerarão na criança, desconfiança em relação ao mundo, outras pessoas e em si mesmo.

Por outro lado, quando os pais sempre satisfazem a criança antes que ela sinalize sua necessidade, esta nunca aprenderá a testar sua capacidade de controlar o ambiente e isto a levará à frustração.

À medida que os processos corporais (visão, movimentos motores, vocalização) são melhores controlados, os lactentes utilizam comportamentos mais avançados para interagir com outras pessoas. Exemplo: em vez de chorar, o lactente pode elevar seus braços para representar o desejo de ser colocado ao colo.

As etapas do desenvolvimento são influenciadas pelo meio ambiente, condições de vida, estímulos que a criança recebe, valores culturais e de estruturas sociais.

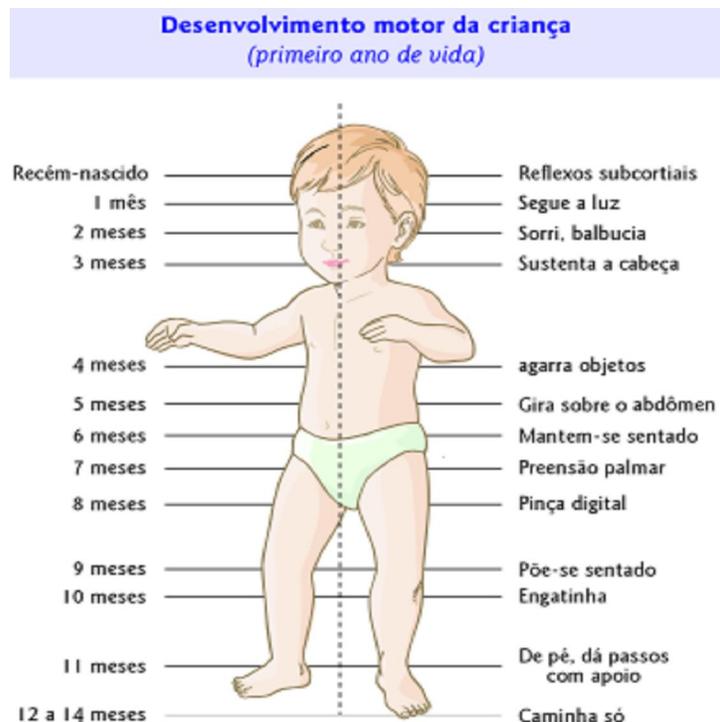
A seqüência dos períodos etários está listada a seguir.

Marcos do Desenvolvimento Infantil

Desenvolvimento da criança de 0 a 12 anos

Primeiro mês de vida

O recém-nascido dorme quase todo o tempo; afina e adapta seus reflexos primários (preensão); guarda dentro da mão um objeto involuntariamente, sem olhar para ele; tem reflexo de sucção; brinca com sua língua; olha suas mãos; se imobiliza ao ouvir a voz humana. Sono: dorme de dezessete a dezenove horas/dia: período noturno dez horas e diurno seis a sete horas.



Fonte: Caderno de Atenção Básica MS, 2002 figura p. 74

Estimulação de 1 mês a 23 meses

Até o 2º mês de vida da criança, ficamos limitados a dar-lhe o conforto necessário, em termos de ambiente e higiene pessoal, alimentação adequada e carinho, pois neste período e até o final do 1º ano de vida, ela depende exclusivamente do adulto que dela cuida. Ainda assim, é necessário promover estímulos diversos, para que ela vá alcançando um desenvolvimento normal.

No 1º ano de vida deve-se oferecer à criança brinquedos adequados para a sua idade: objetos não muito pequenos e nem demasiadamente grandes, brinquedos coloridos como bolas, bichos de borracha, chocalhos etc. Conversar muito com a criança, pois nesta fase desenvolvem-se os músculos da fala, e estimula a sua socialização. Brincar de esconder aos 7-8 meses.

Para o desenvolvimento neuromuscular: colocar a criança de bruços por alguns minutos, a partir do 4º mês. Deixá-la sentada às refeições, a partir do 4º e 5º mês com apoio. A partir do 6º - 7º mês, deixá-la sentada por alguns instantes, sem apoio nas costas. A partir do 8º - 9º mês, estimular a criança a engatinhar (toda criança deve engatinhar antes de andar; é um processo natural do desenvolvimento do homem).

A criança poderá levantar-se e ficar de pé apoiada com as mãos, aos 11 ou 12 meses. Proporcionar berço seguro com grades, lugares que possuam móveis para ela se apoiar.

Retirar móveis e objetos que venham a machucá-la, até que passe esta fase de exploração, que se estende até 3º - 4º ano de vida.

Deve-se iniciar o controle dos esfíncteres com 18-20 meses. É importante lembrar que isto deve ser feito sem forçar.

Estimulação 2 a 3 anos

Nesta faixa etária a criança já anda, corre, pula, portanto, oferecer brinquedos maiores como triciclos, carrinhos e também lápis e papel para rabiscar. Conversar com ela, falando as palavras corretamente. Permitir que brinque com outras crianças de sua idade.

Comentar as atividades da criança com outras pessoas, perto dela, para que perceba que é sobre ela que estão falando e elogiando, demonstrando desta forma que é querida.

Estimulação de 3 a 4 anos:

É um período de grandes atividades que se estende até 10-12 anos. Permitir que escolha seus brinquedos. Contar-lhe histórias curtas. Proporcionar jogos e brincadeiras acompanhados de músicas e dança. Poderá brincar com uma ou mais crianças. Nas dramatizações, permitir que dê asas a imaginação; não censurar ou criticar suas idéias. Deixar que construa um ambiente doméstico: brinque de cozinhar, limpar, é importante exercitar, e tão logo possa, participar de pequenas tarefas no lar, o que estimulará o seu senso de organização e colaboração.

Estimulação de 4 a 5 anos:

Poderá permanecer seca a noite; caso contrário não repreendê-la: evitar oferecer-lhe muito líquido antes de dormir e pedir para esvaziar a bexiga antes de deitar-se. Nesta idade, o apetite encontra-se diminuído, não forçar a ingestão de alimentos pelos quais sinta aversão.

Estimulação de 5 a 6 anos:

Diante do nascimento de um irmão, parente, ou presença de uma criança menor, poderá apresentar regressão de

comportamento. Explicar-lhe com calma, sem bater, que não deve fazer certas coisas, que o bebê é pequeno e não sabe o que faz. Com certeza, compreenderá.

As perguntas sobre sexualidade devem ser respondidas de acordo com seu entendimento. Explicar, utilizando frases curtas, sem fantasias ou mentiras. Se necessário solicitar ajuda de quem saiba explicar ou mostrar de preferência, livros figurativos.

Estimulação de 6 a 7 anos:

Encaminhar a criança ao dentista para uma avaliação. Atentar-se quanto às afecções respiratórias e doenças contagiosas. Questionar a criança sobre os companheiros e professores da escola que frequenta.

Estimulação de 7 a 8 anos:

Deixar que brinque e escolha seus companheiros; quando for necessário algum impedimento desta ordem, explicar o "porquê". Não repreender a criança quando se machucar ou acidentar com brinquedos ou jogos, orientá-la ou alertá-la sobre os riscos. Proibir brincadeiras, objetos inadequados ou perigosos, explicando-lhe os acidentes que poderão advir. Contar fatos ou histórias, por exemplo, de quem brincou com fogo, facas, tesouras, venenos etc. e se feriu.

Estimulação de 8 a 12 anos:

Compreende melhor a vida e aceita críticas. Demonstra maturidade em muitos aspectos: permitir que ela se posicione, tome iniciativas, responsabilize-se por determinados assuntos, planeje suas férias, seu domingo, sua hora de estudo.

Explicar melhor às meninas, a maturidade sexual (menstruação, nascimento de pêlos e crescimento das mamas), procurando fazê-lo sempre corretamente sem fantasias. Mostrar figuras, desenhos, ou livros escritos e figurativos. Nos meninos, o corpo vai tomando conformidades que podem deixá-lo desajeitado, perdidos no espaço: orientar, não fazer gozações, prevenir, antes que outras crianças o façam, para não levar a sério e aceitar como um processo natural e passageiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento Infantil**. Brasília, DF, 2002. (Série - A Cadernos de Atenção Básica, 11). Normas e manuais técnicos, 173. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/publicações/crescimento_desenvolvimento.pdf> Acesso em out. 2008.

SAVASTANO, Helena et al, **Seu filho de 0 a 12 anos**, Ibrasa, São Paulo, 2.ed., 1979.

SHMITZ, Edilza, **A Enfermagem em Pediatria e Puericultura**, Atheneu, São Paulo, 1995.

WHALEY, L. F.; WONG, D. L. **Enfermagem Pediátrica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara - Koogan, 1997. P. 78.

A IMPORTÂNCIA DA BRINCADEIRA E DO BRINCAR NO DESENVOLVIMENTO

Um jardim ou parque público povoado por pequenos seres correndo entre os brinquedos, uma escola. No entanto, todas essas imagens são acompanhadas por uma condição muito peculiar, vivenciada quase que exclusivamente nesse período do desenvolvimento, isto é, a de estar exercitando alguma atividade lúdica.

Do ponto de vista da legislação, o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, Lei 8.069/90) considera a atividade lúdica um direito da criança e um dever do Estado, da família e da sociedade proporcionar condições para este exercício.

A brincadeira tem como função favorecer a auto-estima, possibilitar o desenvolvimento da linguagem oral e gestual, ajudar na elaboração das emoções e sentimentos e na construção de regras sociais. Enquanto as crianças brincam, assumem papéis sociais diferenciados que podem proporcionar o estabelecimento de vínculos, de relações e generalizações para outras situações e internalização de modelos e valores dos adultos.

Além disso, a brincadeira possibilita o desenvolvimento da identidade e da autonomia.

“Todo hábito entra na vida como brincadeira, e mesmo em suas formas mais enrijecidas sobrevive um restinho de jogo até o final”. A repetição também ajuda a internalizar as dualidades: bom/mau, leve/pesado, muito/pouco, triste/alegre.

Vygotsky (1984) e Leontiev (1998): brincadeira é vista como uma atividade essencial e, mesmo, principal, no desenvolvimento infantil, a importância da brincadeira é que ela prepara o caminho de transição de um estágio para o outro (pré-escolar/ escolar) e que, por meio dela, ocorrem as mais importantes mudanças no desenvolvimento psíquico.

Vygotsky (1984) e Leontiev (1988) concordam que os sentidos vão sendo construídos no decorrer da brincadeira. É pelo brinquedo que a criança aprende a agir cognitivamente. A criança, até mais ou menos dois anos de idade, não consegue simbolizar, não separa o significado da ação, da percepção do objeto;

depende, assim, das características do brinquedo. Já na criança de idade pré-escolar, começa a existir uma separação entre significado e percepção imediata do objeto, e a ação surge por meio da situação, e não do objeto em si.

Conforme a Lei brasileira 8.069/90, a brincadeira é tida como um direito essencial à vida da criança, e as teorias psicológicas apontam as contribuições de atividades lúdicas no desenvolvimento infantil.

Toda e qualquer criança tem o direito de brincar, mas como crianças em condições diferenciadas de desenvolvimento, por exemplo, meninos (as) em situação de rua, vivenciam esse direito?

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

OLIVEIRA, Indira Caldas Cunha de; FRANCISCHINI, Rosângela. - **A importância da brincadeira:** o discurso de crianças trabalhadoras e não trabalhadoras. Psicologia: teoria e prática, Natal. 2003, 5(1):41-56. Disponível em:

<<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/ptp/v5n1/v5n1a04.pdf>> Acesso em 31 jul. 2008.

CRESCIMENTO: PARÂMETROS PONDERAIS

Na velocidade do crescimento das diferentes partes do corpo: as diversas partes do corpo apresentam diferentes ritmos de crescimento. Assim, é que a cabeça no feto aos 2 meses de vida intra-uterina representa, proporcionalmente, 50% do corpo; no recém-nascido representa 25% e na idade adulta 10%.

a) **Peso**

Excelente indicador das condições de saúde e da nutrição da criança. As maiores informações são obtidas através da evolução do peso no tempo (curva de peso: variação entre 2 pesagens sucessivas).

Indicações da curva de peso: avaliação da situação nutricional, da desidratação e da necessidade de implementação de ações preventivas educacionais (sanitárias e dietéticas).

Parâmetros Ponderais¹

1. Ganho ponderal mensal nos 2 primeiros anos de vida:

Até 3 meses	750 – 900 g / mês
de 3 a 6 meses	600 g / mês
de 5-6 meses a 1 ano	300 a 400 g / mês
de 1 a 2 anos	200 a 300 g / mês

2. Evolução do peso de 0 a 2 anos:

Peso do nascimento - PN	3.300 ± 500 g
Peso ± 6 meses	2 vezes PN
Peso ± 1 ano	3 vezes PN
Peso ± 2 anos	4 vezes PN

3. Ganho Ponderal anual de 2 a 7 anos:

de 2 a 3 anos	1.800 – 2.000 g / ano
de 3 a 4 anos	± 1.800 g / ano
de 4 a 5 anos	1.650 g / ano
de 5 a 7 anos	1.500 g / ano

Tabelas adaptadas. "A Enfermagem, o Crescimento e Desenvolvimento Infantil", SHMITZ, Edilza, Cap. 1

¹ Texto de Edilza Maria Schmitz.

Nota: segundo Whaley Wong, os pré-escolares e escolares têm um ganho 2-3 Kg/ano e o Estirão do Crescimento Puberal é de:

- Meninas (10 - 14 anos): média 17,5 Kg
- Meninos (11 - 16 anos): média 23,7 Kg

Métodos e técnicas de pesagem:

- balança manual ou digital : deitar ou sentar a criança menor de 2 anos.
- balança antropométrica: deixar a criança maior de pé, sobre a balança.

Sugestões para pesquisa:

Consultar Caderno de Atenção Básica Nº 11. Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento. Normas e Manuais Técnicos. Ministério da Saúde, 2002.

b) Estatura

O crescimento linear ou altura ocorre quase inteiramente como consequência do crescimento esquelético e é considerado uma medida estável do crescimento geral.

Com efeito, a desnutrição só se retrata tardiamente sobre a altura do corpo da criança. Uma lentidão no crescimento da estatura verifica-se após 2 - 3 meses ou mais, de desnutrição. Se houve uma deficiência do crescimento, como causa secundária a uma desnutrição aguda, o estabelecimento de uma dieta adequada, produzirá aceleração ideal da velocidade do crescimento, até que o padrão de crescimento individual seja retomado.

Já o peso retrata rapidamente uma desnutrição.

IDADE	GANHO DE ALTURA	OBSERVAÇÕES
6 m vida intra-uterina	Feto \pm 35 cm	
Ao nascimento	\pm 50 cm	
3 meses	\uparrow 10 - 12 cm	3 - 4 cm / mês
3 - 6 meses	\uparrow 6 cm	2 cm / mês
6 meses - 1 ano	\uparrow 6 - 9 cm	1 - 1,5 /mês
1 ano	\uparrow 20 - 22 cm	1º trim. \uparrow 10-12 cm = metade total
1º - 2º ano	\uparrow 12 cm	1 cm / mês
2º - 3º ano	\uparrow 6 - 8 cm	0,75 cm / mês
3º - 4º ano	\uparrow 5 - 7,5 cm	0,75 cm / mês
4 anos	\pm 1 metro	Dobra a estatura do nascimento
Após 7 anos	5 cm / ano	
13 anos		Triplifica a estatura do nascimento

Tabelas adaptadas. "A Enfermagem, o Crescimento e Desenvolvimento Infantil", SHMITZ, Edilza, Cap. 1

Parâmetros de altura

Estirão de Crescimento Puberal:

- meninas (10 – 14 anos): 95% da altura madura é atingida em torno do início da menarca ou na idade esquelética de 13 anos;
- meninos (11 – 16 anos): 95% da altura madura é alcançada em torno da idade óssea de 15 anos.

Métodos e Técnicas de Medição antropométrica

- Toesa móvel: para medir crianças menores de 2 anos;
- Toesa fixa: para medir crianças maiores.

c) Perímetro Cefálico = PC

Importante variável para avaliar crescimento da cabeça/cérebro de crianças nos dois primeiros anos de vida. O perímetro adequado é expresso na forma de uma faixa de normalidade que se situa entre os percentis 10 e 90.

Em 12 meses, o volume do cérebro se expande entre 30 – 60 % em relação ao volume que ocupa numa pessoa adulta. Isto explica o aumento rápido do PC e a importância da medição regular, principalmente no 1º ano de vida.

- **Objetivo:** detectar o aumento acelerado do PC ou parada brusca; fechamento precoce da fontanela anterior (bregmática) ou soldadura das suturas.
- **Método de mensuração:** fita métrica ao redor do crânio, passando sobre os pólos proeminentes: bossa occipital e as 2 frontais.

Perímetro Cefálico entre 0 a 3 anos:

Nascimento - 35 cm	6 meses ↑ 5 cm	12 meses ↑ 1 cm	18 m = 48 cm	13 anos-50 cm
3 meses ↑ 5 cm	9 meses ↑ 2 cm	12 meses = 47 cm	2 anos = 49 cm	Adulto = 57 cm

d) Perímetro Torácico = PT

PC até seis meses é maior que o PT. Cerca de seis meses: PC=PT.
Com cerca de nove meses, PC < PT.

Índices de maturação:

- maturação dentária;
- ossificação.

Os valores de referência para peso e altura são diferentes para meninos e meninas. Portanto, existe um gráfico com curvas de peso e altura para cada sexo, com idade em meses e idade em anos. As curvas são realizadas a partir de dois parâmetros de peso e estatura num determinado intervalo de tempo.

Avaliação antropométrica:

Peso, Estatura e Perímetro Cefálico satisfatórios.

- situados entre os percentis 10 e 90 (P10 e P90);

A interpretação da curva é:

- acima do percentil 97: SOBREPESO;
- entre os percentis 90 e 10: faixa de NORMA LIDADE NUTRICIONAL;
- entre os percentis 10 e 3: classificar como RISCO NUTRICIONAL;
- entre os percentis 3 e 0,1: classificar como PESO BAIXO;
- abaixo do percentil 0,1: classificar como PESO MUITO BAIXO.

Curva de crescimento do cartão da criança com traçado **estacionário** - criança sem ganho de peso entre duas ou mais consultas;

Curva de crescimento do cartão da criança com traçado **descendente** - criança com perda de peso entre duas ou mais consultas.

Curva de crescimento do cartão da criança com traçado O percentil inferior a 10 pode significar os seguintes agravos:

- peso - desnutrição, perda ou ganho insuficiente devido a um agravo;
- estatura - desnutrição crônica ou prolongada, patologia que afeta o crescimento;
- perímetro cefálico - risco de desnutrição.

E os agravos existentes no percentil acima de 90 podem ser:

- peso- obesidade, acentuado desenvolvimento muscular;
- altura- patologia que acelera o crescimento, mas geralmente indica criança normal;
- perímetro cefálico- hidrocefalia, tumores.

Portanto os percentis inferiores a 10 requerem vigilância e encaminhamento médico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SCHMITZ, Edilza. A Enfermagem, o crescimento e desenvolvimento infantil. In: **A enfermagem em pediatria e puericultura**. São Paulo, Atheneu, 1985. Cap.1.

CAMPINAS. Secretaria da Saúde. **Protocolo de saúde da criança**. Campinas. Disponível em:

http://www.campinas.sp.gov.br/saude/programas/protocolos/protocolo_crianca/diagnostico_peso.htm

Acesso em: 02 jun. 2009.

WHALEY, L. F; Wong, D. L.: **Enfermagem Pediátrica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. p.78.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria de Saúde. **Caderno temático da criança**. São Paulo; 2003.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria de Saúde. Programa Mãe Paulistana, **Manual Técnico: saúde da criança no 1º ano de vida**. Coordenadoria de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS. 2006.

HIGIENE BUCAL

Destacar a importância da mãe ou responsável no cuidado da saúde bucal da criança, observando e corrigindo seus hábitos, orientando sobre alimentação e realizando pelo menos uma vez ao dia a escovação.

Hábitos

Orientar os responsáveis para observação de hábitos de chupar dedo e chupetas. Tais hábitos devem ser desestimulados, uma vez que os mesmos interferem no posicionamento dos dentes, no desenvolvimento da arcada óssea e podem atrapalhar (dificultam) a forma de falar e respirar. Para os que fazem uso da chupeta, orientar para mantê-la sempre limpa e efetuar esta limpeza com água e sabão.

Conversar sobre os hábitos alimentares das crianças, orientando para os riscos da quantidade e frequência do consumo de açúcares, e da importância dos alimentos fibrosos (mais consistentes), para o desenvolvimento de uma boa função mastigatória.

Transmissibilidade

Orientar que a cárie dentária é uma doença transmissível e, portanto devem ser evitados hábitos como utilização das mesmas escovas dentais para mais de um indivíduo, soprar ou provar o alimento que está sendo fornecido à criança.

Escovação e Flúor

É muito importante estimular a criança a escovar os dentes e usar o fio dental, para que ela mantenha este hábito para sempre. Quando a mãe, ou qualquer pessoa fizer sua própria higiene bucal, leve a criança com ela para que a mesma perceba que este ato é bom, e sempre estimule a fazê-lo.

O uso do flúor é benéfico para prevenção da cárie, ele está presente na água e nas pastas dentais.

Crianças menores, que ainda não conseguem cuspir, devem ser acompanhadas quando realizam a escovação. Nesta fase recomendamos o uso de quantidade mínima de pasta com flúor, pelo risco da ingestão provocar manchas escuras dos dentes (fluorose). Caso não seja possível acompanhar a criança, a escovação deve ser feita sem pasta.

Não é necessário fazer uso de medicamentos que contenham flúor. Para a boa saúde dos dentes, o flúor que já está presente na água tratada e na pasta dental é suficiente.

Dentição Decídua (de leite)

Destacar a importância da dentição decídua (de leite) para a saúde bucal da criança. São 20 dentes decíduos, iniciam a erupção por volta dos 6 meses e concluem por volta dos 3 anos. A presença de cárie ou perda precoce do dente provoca desconforto, dor e perda de espaço. Isso compromete a estética e as funções de mastigação e da fala.

Chamar a atenção para o fato de que:

Por volta dos 6 anos nasce o 1º dente permanente. Localiza-se na região posterior e, ao contrário dos outros dentes permanentes, não há perda de dente de leite para o mesmo nascer.

Este dente é considerado elemento chave (importante) para uma boa função mastigatória.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **Cuidado integral nos ciclos de vida**. Disponível em:

<<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/concurso/cuidadointegralnosciclosdevida.pdf>> Acesso em 30 abr.2009.

VERIFICAÇÃO DOS SINAIS VITAIS EM PEDIATRIA

O funcionamento dos sistemas orgânicos mais importantes para a manutenção da vida é expresso por determinados sinais: temperatura, respiração, pulso, pressão arterial. A mensuração destes sinais vitais (SV) e identificação de tendências, diferenças e desvios revelam ao observador as alterações físicas e funcionais que estão se processando naqueles sistemas.

a) **Respiração:** Consiste na sucessão rítmica de movimentos de expansão e de retração pulmonar com a finalidade de efetuar as trocas gasosas entre o organismo e o meio ambiente promovendo absorção de O_2 e eliminação de CO_2 .



Características:

Tipo: abdominal ou diafragmática.

Ritmo: irregular e Regular.

Freqüência:

- normal;
- eupneica;
- bradipneica;
- taquipneica.

OBS: nos prematuros e lactentes pequenos, o ritmo é irregular, os movimentos são mutantes, em geral superficiais. A freqüência varia de acordo com esforço, excitação, digestão, idade.

No lactente, e, sobretudo no recém-nascido prematuro os movimentos respiratórios podem ser irregulares, arrítmicos, intermitentes e ainda com alternância da profundidade. Devido a este fato deve-se contar os movimentos por 1 minuto para que haja precisão.

Freqüência respiratória

IDADE	VALORES
Prematuros	50 IRP/M
Lactentes	30-40 IRP/M
1 ano	25-30 IRP/M
Pré - escolar	20-25 IRP/M
10 anos	+20 IRP/M

Atenção!

- Verificar a respiração durante 1 minuto nos lactentes e pré-escolares, 30 segundo nos escolares.
- Verificar a respiração antes dos outros SV em decorrência das alterações provocadas pelo choro.
- Observar dificuldade respiratória, presença de secreção.
- Efetuar o registro das condições respiratórias, anotando as condições da criança durante a verificação.

b) **Pulso:** é a expansão e a retração de uma artéria, produzida pela onda de sangue, forçada através da mesma pela contração cardíaca.

Freqüência: número de batimentos por minuto. A freqüência varia de acordo com sexo, esforço, biótipo, emoções, choro, sono.

Ritmo:

- normal;
- arritmico.

Força da batida:

- cheia e forte;
- fracas.

Métodos para verificação do pulso

- Por palpação:
 - artéria femoral;
 - artéria temporal;
 - artéria pediosa.
- Nas crianças maiores:
 - artéria braquial;
 - artéria radial;
 - artéria femoral;
 - artéria carótida;
 - artéria temporal;
 - artéria pediosa.

OBS: ausculta do pulso apical: método utilizado freqüentemente com lactentes, onde normalmente é difícil a verificação de pulso por palpação. O estetoscópio deve ser colocado entre o mamilo esquerdo e o externo, e a freqüência verificada durante 60 segundos. Observar se o aparelho esta frio, para que a criança não se assuste estimulando o choro e alternando os dados.

Freqüência cardíaca normal

IDADE	PULSAÇÃO	MÉDIA NORMAL
Recém - nato	70-170	120
11 meses	80-160	120
2 anos	80-130	110
4 anos	80-120	100
6 anos	75-115	100
8 anos	70-110	90
10 anos	70-110	90
Adolescentes	60-110	+70-65

c) **Temperatura:** indica o calor do organismo e expressa o equilíbrio entre o calor produzido e eliminado.

- oral: 35, 8^oC - 37,2^o C;
- retal: 36, 2^oC - 38^o CF;
- axilar: 35, 9^oC - 36,7^o C.

Material: termômetro de mercúrio. Deve ser lavado com água e sabão a cada uso, secado e colocado em solução anti-séptica. Cada criança hospitalizada deve possuir o seu próprio termômetro, guardado em recipiente individual. Antes da tomada de temperatura a coluna de mercúrio deve ser baixada até o nível mínimo.

Preparo do paciente:

- a) sempre que possível obter a temperatura com a criança calma, em repouso pelo menos meia hora antes.
- b) o local da verificação da temperatura deve estar seco e o termômetro livre de solução desinfetante.
- c) desde que a criança compreenda, explicar o procedimento e fazê-la conhecer o equipamento.
- d) os locais onde se verifica a temperatura não devem estar expostos à ação do calor ou frio.
- e) nunca deixar o lactente e pré escolar sozinhos ao tomar a temperatura.

Registro:

Registrar o local e o método utilizado para verificação da temperatura.

Locais para verificação

LOCAL	VANTAGENS	DESVANTAGENS
Axila	Acesso fácil e seguro. Pouco risco de traumatismo psicológico	Influenciado facilmente por temperatura ambiente e fluxo de ar. Período de tempo grande para obtenção do resultado exato.
Reto	Não é diretamente influenciado pela ingestão de líquidos quentes ou frios, temperatura ambiente, etc. Fidedignidade dos resultados. Menos tempo de verificação que os outros métodos.	Contra indicado em pacientes com diarreia, doenças do reto e submetidos a cirurgias retais. Risco de traumatismo psicológico. Risco de danos à mucosa retal. Difícil colocação. Estimula a evacuação.
Boca	Fácil acesso. Fácil colocação. Leitura em menor tempo que a temperatura axilar.	Não pode ser usado em crianças pequenas pelo risco de morder e quebrar o termômetro. Contra indicado em afecções ou cirurgias orais. Sofre interferência de vários fatores, como ingestão de líquidos quentes e frios, oxigenoterapia, etc.

d) **Pressão arterial:** É a pressão exercida pelo sangue contra a parede das artérias, quando este é impulsionado pela sístole cardíaca. A pressão sistólica é o ponto mais alto da pressão arterial e acontece no momento da sístole cardíaca. A pressão diastólica é o ponto mais baixo da pressão arterial, acontecendo no momento da diástole cardíaca.

Tipos:

Casual: pode ser verificada a qualquer hora do dia, sem que exija um preparo prévio do paciente.

Basal é aquela que é verificada com repouso absoluto prévio de no mínimo 12h. O paciente deve estar preparado física e psicologicamente.

Material:

- esfigmomanômetro;
- estetoscópio.

A pressão arterial também pode ser medida utilizando-se dispositivos eletrônicos que empregam técnicas oscilométricas ou Doppler.

Atenção durante a verificação

A pressão arterial deve ser tomada quando a criança estiver descansando e em uma posição confortável. Deve ser tranquilizada. O processo deve ser antes explicado à criança.

Se necessário repetir a mensuração: aliviar totalmente a pressão, desinsulflando o aparelho. Aguardar 3 minutos para nova verificação, já que as alterações circulatória locais alteram os resultados.

Métodos de verificação da pressão arterial

- Método auscultatório.
- Método palpatório.
- Método ausculto-palpatório.

Locais para medição da PA em pediatria

- Artéria braquial.
- Artéria radial.
- Artéria poplítea.
- Artéria tibial posterior.

Média dos valores da pressão arterial

IDADE	MÉDIA VALORES - SÍSTOLE/DIÁSTOLE
0 - 3 meses	75/50 MMHG
3 meses - 6 meses	85/65 MMHG
6 meses - 9 meses	85/65 MMHG
9 meses - 12 meses	90/70 MMHG
1 anos - 3 anos	90/65 MMHG
3 anos - 5 anos	95/60 MMHG
5 anos - 7 anos	95/60 MMHG
7 anos - 9 anos	95/60 MMHG
9 anos - 11 anos	100/60 MMHG
11 anos - 13 anos	105/65 MMHG
13 anos - 14 anos	110/70 MMHG

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

SILVA, J. L. L. "Verificação dos sinais vitais Em Pediatria", extraído integralmente do site: <www.uff.br/disicameps/sinais.htm> Acesso em 22/04/09.

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES NA CRIANÇA E ADOLESCENTE

Os acidentes na infância e adolescência constituem atualmente um dos principais problemas de saúde pública no Brasil, em especial nas crianças maiores de cinco anos de idade. Enquanto na infância o ambiente doméstico é o principal local onde são gerados esses agravos, na adolescência, o espaço extradomiciliar tem prioridade no acontecimento desses problemas. Além disso, esses acidentes causam um sofrimento muito grande as famílias e um custo econômico muito alto ao sistema de saúde, principalmente nos casos em que deixam seqüelas e invalidez na criança.

Em 2005, no Brasil, do total de óbitos entre a população etária entre menor de um ano a 19 anos, 21.040 mortes foram causadas por acidentes e violência. Dessas, 1762 (8,4%) ocorreram na região Norte; 5437 (25,8%) na Região Nordeste; 8783 (41,7%) na região Sudeste; 3229 (15,3%) na região Sul e 1984 (9,4%) na região Centro-Oeste.

A partir de cinco anos de idade, ocorre uma modificação no perfil epidemiológico da morbimortalidade infantil quando os acidentes constituem a principal causa de mortalidade na criança, ao invés das doenças perinatais, infecciosas e parasitárias.

Devido à importância desse problema, o Ministério de Saúde adotou em 2001 a "Política Nacional de Redução de Mortalidade por Acidentes e Violência" baseada nas seguintes diretrizes: promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis, monitorização da ocorrência de acidentes e de violências, sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar, assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências, estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação, capacitação de recursos humanos e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Conceitos básicos

O acidente no contexto atual pode ser definido como uma cadeia de eventos que ocorre em um período relativamente curto de tempo (geralmente segundos ou minutos), não tenha sido

desejada conscientemente, começa com a perda de controle do equilíbrio entre um indivíduo (vítima) e seu sistema (ambiente) e termina com a transferência de energia (cinética, química, térmica, elétrica ou radiação ionizante) do sistema ao indivíduo, ou bloqueio dos seus mecanismos de utilização de tal energia. Está implícita, ao contrário da violência, a conotação da não intencionalidade, mas não de fatalidade, pois os acidentes são causados por fatores reversíveis e passíveis de prevenção. Os acidentes e violências configuram um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar ao óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais – devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes – e as causas intencionais (agressões e lesões auto provocadas). Esse conjunto de eventos é classificado sob a denominação de causas externas. O acidente caracteriza-se por uma transferência de energia de um ou mais objetos para a vítima, de modo a causar danos. Nesse processo ocorrem três fases: fase pré-evento na qual as condições do ambiente e os fatores de risco são evidenciados, a fase do evento na qual ocorre o acidente com a liberação de energia, e fase pós acidente que estão relacionados aos acontecimentos após a liberação de energia. Em todas essas fases pode ocorrer a prevenção, com o objetivo de eliminar, diminuir ou recuperar a transferência de energia.

Tipos de acidentes

Os tipos de acidentes estão diretamente relacionados às faixas etárias e fases de desenvolvimento. Na infância predominam os acidentes domésticos, enquanto que nos adolescentes os acidentes de trânsito, principalmente os atropelamentos, têm maior impacto na mortalidade.

Estratégias de prevenção

Os acidentes domésticos que ocorrem principalmente com crianças são passíveis de prevenção por intermédio da orientação familiar, de alterações físicas do espaço domiciliar e da elaboração e ou cumprimento de leis específicas (por exemplo, as relativas a embalagens de medicamentos, dos frascos de álcool e outras).

Especificamente para a prevenção das quedas, nos casos em que a criança esteja correndo, recomenda-se afastar brinquedos e outros objetos do piso, colocar borracha antiderrapante no banheiro, enxugar imediatamente quando derramar substância líquida no chão; para prevenir quedas de escadas não deixar objetos na escada, colocar corrimão e portão de segurança se houver criança pequena em casa; para prevenção de quedas de cama, deve-se evitar pular na cama, colocar grade de proteção e; para a prevenção de quedas de janelas e varandas, colocar rede de proteção nas janelas e não permitir brincadeiras nas varandas.

Dos fatores de risco modificáveis em casa, a presença de crianças mais jovens merece especial atenção por estar associado a uma taxa de 30% maior de injurias acidentais.

Para a prevenção dos acidentes de trânsito, as propostas de prevenção incluem reorganizar o trânsito e as áreas urbanas e, principalmente investir na educação para o trânsito e na prevenção dos atropelamentos. Essa educação deve ser feita nas escolas para que desde cedo a criança adquira valores de respeito e de proteção. As estratégias educativas devem incluir o treinamento em habilidades do pedestre com ênfase nos perigos relacionados ao trânsito e nas formas de prevenção. Além disso, medidas de segurança devem ser tomadas, tais como o uso do assento infantil, a posição central no banco traseiro, evitar transportar a criança no colo etc.

Um outro aspecto importante é a inclusão de ações de prevenção de acidentes e violência contra criança e adolescentes na política de saúde adotada no setor público, que ainda é insuficiente. Estas devem incluir campanhas educativas e ações de prevenção.

Quadro 1. Tipos de acidentes, conforme fases de desenvolvimento

Faixa etária	Tipos de Acidentes	Desenvolvimento
RN a 4 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Asfixia • Quedas • Queimaduras • Intoxicações • Afogamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente dependente do adulto • Segue objeto na linha média • Eleva a cabeça • Segura objetos. • Sentado sustenta a cabeça
5 a 10 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Aspiração • Intoxicações • Traumas em geral • Queimadura • Choque elétrico 	<ul style="list-style-type: none"> • Coloca tudo na boca • Senta • Engatinha • Fica de pé com apoio • Não tem medo de animais
1 ano	<ul style="list-style-type: none"> • Anteriores + • Acidentes de trânsito • Quedas 	<ul style="list-style-type: none"> • Fica de pé • Anda • Pode subir escadas
1 a 3 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Anteriores + • Quedas • Mordedura 	<ul style="list-style-type: none"> • Atividade motora intensa • Empilha objetos • Tem crises de birra
3 a 5 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Anteriores + • Acidentes de trânsito • Quedas 	<ul style="list-style-type: none"> • Corre • Pula • Começa a vestir-se sozinho
6 a 10 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Anteriores + • Acidentes esportivos • Agressões entre crianças • Traumatismo dentário 	<ul style="list-style-type: none"> • Conta e inventa histórias • Gosta de canções • Corre
10 a 15 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Anteriores + • Uso de drogas • Armas e violência 	<ul style="list-style-type: none"> • Mudanças físicas e psicológicas • Risco de gravidez e DST • Tem impulsividade

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria. Segurança da Criança e do Adolescente. Belo Horizonte-MG, 2003, modificado.

Quadro 2. Medidas de prevenção, conforme tipos de acidentes

Quedas e	<ul style="list-style-type: none"> • Do colo do adulto - manter a criança bem segura.
Traumas	<ul style="list-style-type: none"> • Da cama ou berço - ter grades protetoras e observar altura • Bebê conforto – utilizar sempre no nível do piso, com o cinto de segurança afivelado. • Pisos lisos, tapetes, escadas – ter corrimão bilateral, portões de segurança, piso antiderrapante. • Janelas tipo guilhotina ou basculante – colocar trava de segurança. • Traumas no mobiliário - evitar móveis de bordas pontiagudas ou cortantes. • Vidros grandes em portas ou janelas – devem estar identificados. • Elevadores e escadas rolantes – crianças só acompanhadas. • Árvores – evitar a criança subir nas árvores, ser vigilante. • Parquinhos – observar tipo de brinquedos e utilizar sempre com vigilância.
Queimaduras	<ul style="list-style-type: none"> • Água de banho - testar a temperatura antes do banho com cotovelo. • Líquidos ou alimentos quentes - não manusear com a criança no colo. • Velas, isqueiros, fósforos – não devem ser manuseados por crianças. • Ferro de passar e aparelhos eletrodomésticos – dificultar o acesso da criança. • Frasco de álcool e produtos químicos inflamáveis – nunca manter próximos a chamas e sempre fora do alcance das crianças. • Banhos de sol – antes das 10 e depois das 16 horas.
Afogamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Banho – jamais deixar a criança sozinha. • Piscinas, praias, rios, lagos – sempre acompanhada e com vigilância máxima. • Baldes, bacias, piscinas de plástico com água – evitar o acesso das crianças e esvaziar após o uso. • Poços artesianos – manter completamente fechados e fora do alcance das crianças.

Continuação Quadro 02. Medidas de prevenção, conforme tipos de acidentes

Asfixias, sufocações, engasgos	<ul style="list-style-type: none"> • Talco – não usar e não deixar o recipiente ao alcance da criança • Cordão ou presilha de chupeta – não devem ser utilizados. • Sacos plásticos – manter fora do alcance da criança. • Caroços de frutas, balas, pequenos objetos – sempre fora do alcance da criança. • Lençóis, mantas, cobertores – sempre presos ao colchão. • Travesseiros – evitar o seu uso, em especial nos lactentes.
Intoxicações	<ul style="list-style-type: none"> • Dar preferência a produtos químicos cujas embalagens disponham de tampa de segurança. • Medicamentos – apenas com orientação médica, sempre fora do alcance, ler a receita antes de administrar a criança. • Derivados de petróleo – não armazenar em casa • Plantas ornamentais – verificar as tóxicas e evitá-las como: saia branca, comigo ninguém pode, oficial de sala, pinhão paraguaio. • Alimentos que podem deteriorar – devem ser conservados em geladeira ou freezer, verificando a validade e experimentando antes.
Elétricos	<ul style="list-style-type: none"> • Fios descascados – substituí-los imediatamente. • Chaves com fusíveis expostos – substituir por disjuntores. • Tomadas – sempre que possível ocultas ou com protetores.
Corpos estranhos	<ul style="list-style-type: none"> • Grãos de cereais, chiclete, balas duras, botões, colchetes, tachinhas, pregos, parafusos, agulhas, alfinetes, moedas, medalhinhas, nunca ao alcance de crianças, manter em armários fechados.
Brinquedos	<ul style="list-style-type: none"> • Não devem ser pequenos, não podem destacar pequenas partes, não ter arestas cortantes, nem pontiagudas e não podem ser facilmente quebráveis. Triciclos e ou bicicleta apenas na época correta com aprendizado seguro e uso de capacete.
Outras causas de acidente	<ul style="list-style-type: none"> • Objetos perigosos – facas, furadores, martelos, alicates, chaves de fenda, serra devem ser mantidos sempre fora do alcance da criança. Armas de fogo, punhais, canivetes - devem ser guardadas em locais seguramente inacessíveis da criança. • Animais – não manter em casa animais de comportamento sabidamente agressivo ou de grande porte. Manter rigorosamente em dia a vacinação. Oriente a criança para evitar contato com animais estranhos.

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria. Segurança da Criança e do Adolescente. Belo Horizonte-MG, 2003, modificado.

Conclusão

As crianças freqüentemente estão expostas às situações de risco, seja pela inadequação do ambiente ou por desinformação e negligência dos pais ou responsáveis. Desta forma no atendimento da criança e baseado na escala de desenvolvimento deve-se antecipar precocemente com os pais ou responsáveis algumas etapas deste processo fazendo a correlação direta com as possíveis situações de risco, inerentes a cada faixa etária, visando criar um ambiente seguro no qual a criança possa explorar e desenvolver suas habilidades, sem que isto a coloque em situação de perigo.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

AMARAL, J.J.F; Paixão, AC. Estratégias de prevenção de acidentes na criança e adolescente **Rev Pediatr**, 8(2): 66-72 jul./dez. 2007. Disponível em <www.socep.org.br/rped/pdf> Acesso em 11 jun. 2009.

A CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE SOFRIMENTO AGRAVO - DOENÇA

Proposta desenvolvimento das atividades

Sugestão de gincana, caso haja tempo disponível

Gincana Saúde da Criança:

Esta atividade tem por objetivo identificar e ampliar os conhecimentos dos alunos sobre saúde da criança para uma revisão teórica de anatomia, fisiologia, fisiopatologia e procedimentos técnicos em pediatria.

Orientação para a gincana:

Duração: 50 minutos.

Material: jogo (quatro envelopes coloridos ou numerados com várias perguntas em cada um, organizados por tema ou por dificuldade) lousa e giz.

Procedimento

- Elaborar antecipadamente, questões que achar importante para este grupo de alunos e na quantidade que achar necessário.
- Separar o número de cartões, por cores ou em números, de acordo com o tempo e o conteúdo a ser abordado;
- Dividir turma em grupos, no máximo 6 alunos;
- Sortear o primeiro grupo a Jogar e os demais seguem a direção horária;
- Na sua vez, um integrante do grupo Joga o dado. Se o dado sair com o número 6, o grupo perde a vez; se sair o número 5, o grupo tem direito a responder dois cartões de envelopes com cores diferentes, de acordo com a escolha do grupo; se saírem os números de 1 a 4, o educador tira um cartão do envelope da cor referente ao número sorteado e faz a pergunta em voz alta.
- O grupo tem 1 minuto para dar a resposta.
- Esgotado o tempo, um membro do grupo deve responder imediatamente.
- Dando a resposta certa, o grupo ganha 2 pontos e a vez passa para o próximo grupo que repetirá a mesma operação.

- Se a resposta for incompleta, ele ganha só 1 ponto e o educador logo em seguida faz a complementação necessária.
- Caso o grupo não saiba, o educador lança um desafio para os outros grupos responderem. O grupo que aceitar o desafio, se acertar a resposta ganha 3 pontos e se errar perde 3 pontos.
- Quando os cartões de uma determinada cor se esgotarem, o educador pode pedir para o grupo escolher o envelope de outra cor. Desta forma, todo o conteúdo previsto será abordado.
- O jogo termina quando acabarem os cartões.
- Fazer a contagem de pontos e identificar o grupo ganhador (aquele que fizer mais pontos).

Comentários:

Após recolher o jogo, em plenária estimular o grupo a falar como se sentiu no jogo, quais perguntas não ficaram claras, o que cada um gostaria de acrescentar, etc. Sistematizar as conclusões do grupo.

Avaliação:

Solicitar aos alunos dizer em poucas palavras o que leva consigo desta atividade.

1. Leitura em plenária dos textos:

- “DOENÇAS RESPIRATÓRIAS PREVALENTES NA INFÂNCIA”;
- DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS.

O docente deverá elucidar as dúvidas.

2. Trabalhar em três grupos:

Solicitar que cada grupo elabore um plano de cuidados para cada caso, de tal forma que terminem a construção dos casos a partir de suas experiências no trabalho. Cada grupo ficará responsável respectivamente pela discussão do atendimento numa UBS, outro no PS e o terceiro na Unidade de Internação.

a) **Cenário - Unidade Básica de Saúde**

Personagem principal: criança de 18 meses, peso= 9.100 g, com história de diarréia há dois dias, fezes fétidas, 5 a 6 episódios/dia, apresentou vômitos após as refeições. Mãe refere que o filho "não ficou quentinho" nenhum dia, está recusando a alimentação, mas aceita água, que ficou "molinho" e irritado hoje e "abatido, olhos fundos"; não se lembra se as vacinas estão em dia, que começou a andar sem apoio recentemente. Referiu ainda que a criança "sempre comeu pouco, que é muito fraquinho, tem sempre diarréia, começou a andar tarde". Refere ainda que tem mais 3 filhos pequenos, mora num barraco (não tem geladeira), distante da UBS, trabalha na limpeza de um supermercado e que paga a vizinha para tomar conta de seus filhos. Demonstra ser afetuosa, porém mostra-se confusa, pouco esclarecida.

- Simular possíveis dados que faltaram para elucidação do caso e o atendimento de enfermagem:
 - descrever a Unidade de Saúde, os profissionais envolvidos, o dia (útil ou final de semana) e o horário do atendimento;
 - elaborar um plano de cuidados envolvendo ações imediatas e mediatas, considerando as dimensões biopsicossocial.

b) **Cenário - Pronto Socorro**

Personagem Principal: criança negra de quatro anos, acompanhada pela mãe, com quadro de febre alta, desconforto respiratório, tosse produtiva intermitente, agitação, palidez, sudorese generalizada, cianose de extremidades. Mãe refere que procurou o serviço logo cedo, que no final da tarde do dia anterior criança recusou a alimentação, ficou "cansadinha", nauseada e chorosa. Durante a noite percebeu que estava gemente, cabelos muito úmidos. Mãe demonstra ser bem informada, preocupada, refere morar perto da UBS, que tem mais um filho de nove anos, não trabalha, que o marido sustenta a casa, que é pobre, mas não lhe falta nada.

- Simular possíveis dados que faltaram para elucidação do caso e o atendimento de enfermagem:
 - descrever a Unidade de Saúde, os profissionais envolvidos, o dia (útil ou final de semana) e o horário do atendimento;
 - elaborar um plano de cuidados observando as ações imediatas e mediatas, e as dimensões biopsicossocial que envolvem o atendimento desta criança.

c) **Cenário – Hospital**

Personagem Principal: menino de sete anos admitido com história de politraumatismo por queda de um muro alto; marcas fortes de fivela na coxa, cicatrizes na testa e nas pernas. Encontrava-se confuso, com sangramento no super cílios, acentuado edema no olho direito, lesão em joelhos, andava com dificuldade, escoriações e vergões generalizados. Foi levado ao Hospital pela vizinha, que informou: que a mãe trabalha fora e o pai estava embriagado, que o mesmo sempre fica em casa ou no bar, desde que ficou desempregado. O irmão de nove anos foi quem pediu socorro e que referiu a queda do muro de seu irmão menor.

- Simular possíveis dados que faltaram para elucidação do caso e o atendimento de enfermagem:
 - descrever a Unidade de Saúde, os profissionais envolvidos, o dia (útil ou final de semana) e o horário do atendimento;
 - elaborar um plano de cuidados observando as ações imediatas e mediatas, e as dimensões biopsicossocial que envolvem o atendimento desta criança.

3. Em plenária:

- apresentar o resultado dos trabalhos, correlacionando os sinais e sintomas, fisiopatologia dos agravos enunciados nos casos com a assistência de enfermagem.

O docente deverá complementar e sistematizar.

4. Atividade em casa:

Orientar a leitura dos textos "DIREITOS DA CRIANÇA HOSPITALIZADA", p. 77, e "A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO", p. 79, a fim de preparar o aluno para a realização das atividades do estágio nº 2.

Tempo previsto

- sala: 04 horas

ESTÁGIO SUPERVISIONADO Nº 2

Esta atividade tem por objetivo desenvolver as seguintes habilidades:

- reconhecer os direitos da criança hospitalizada;
- prestar cuidados de enfermagem às crianças em situação de sofrimento/agravo/doença, desenvolvendo vínculo terapêutico, carinho, atenção e escuta;
- identificar as prioridades do atendimento à criança com agravo;
- reconhecer os parâmetros vitais da criança, comunicando as alterações significativas;
- participar das ações de vigilância à morbimortalidade da criança;
- conhecer as especificidades do preparo e administração de medicamentos em Pediatria.

Para atingir estes objetivos é necessária a apropriação dos conhecimentos das unidades anteriores e de novos saberes como se segue:

- assistência à criança hospitalizada;
- direitos das crianças e adolescentes hospitalizados;
- a importância do brincar durante a hospitalização;
- situações de sofrimento/agravo/maus tratos;
- cuidados de Enfermagem nas afecções de morbi-mortalidade da infância;
- princípios do preparo e administração de medicamento em pediatria. Cálculos de diluição e rediluição de drogas.

Orientar a atividade de Estágio Supervisionado nº 2

Organizar os grupos de estágio de modo a proporcionar vivências em Ambulatórios, Pronto Socorro e Hospital.

As experiências vivenciadas e os itens abaixo relacionados serão objetos de avaliação individual.

- Cuidados de Enfermagem às crianças em situação de sofrimento/agravo/doença:
 - observar medidas de controle e prevenção de infecção hospitalar, adotando equipamentos de proteção individual (EPIs), precauções padrão e específicas quando se fizer necessário;
 - prestar cuidados às crianças, segundo as prescrições médica, de enfermagem e o plano de trabalho elaborado pelo aluno, atentando-se para as necessidades da criança no que se refere ao comportamento afetivo, conforto, recreação, alimentação e higiene;
 - identificar problemas e situações que requeiram intervenção de enfermagem (fluxos, insumos, equipamentos), comunicando o enfermeiro e realizando os registros padronizados;
 - prever a possibilidade de realizar atendimento domiciliar terapêutico;
 - preparar e administrar medicamentos sob a supervisão direta do docente responsável, conforme prescrição médica, observando dose, via, droga, efeitos colaterais, tempo de infusão.

Orientar atividade a ser realizada

Caro aluno

- O docente deverá reservar o **primeiro dia de estágio** para rever:
 - cálculos de diluição e rediluição de medicamentos pediátricos, cálculos de gotejamentos, manuseio de equipo tipo “bureta” etc.;
 - técnicas assépticas de preparo de medicamentos parenterais, técnica de preparo de medicamentos orais;
 - cuidados e recomendações específicas para vias de administração de medicamentos injetáveis, ressaltando a técnica intramuscular na via ventro-glútea;
 - Para a realização destes procedimentos, deverá ser solicitado com antecipação, um local na Unidade de Estágio, de preferência com lousa ou similar, giz ou caneta mágica, frascos de medicações parenterais, diluentes, equipo tipo “bureta”, seringas, para simulação técnica de rediluição.

Observação: na impossibilidade de disponibilização de local na Unidade, realizar o procedimento na sala de aula ou laboratório de enfermagem.

Tempo previsto: 12 horas



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal da Saúde
Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde
Escola Técnica do SUS – São Paulo



TÉCNICO EM ENFERMAGEM
Módulo III – Unidade III
O Direito à Saúde o cuidado nas diferentes fases do ciclo de vida
Instrumento de Avaliação do Estágio Supervisionado Nº2
A criança em situação de sofrimento/agravo/doença
Aluno

Aluno:

Matrícula:

Turma:

Data:

Local:

Registrar o que aprendeu neste estágio, incluindo os aspectos teóricos e as experiências práticas, que considerou importante para ser socializado na sua Unidade de Trabalho.

Aluno

Docente



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal da Saúde
Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde
Escola Técnica do SUS – São Paulo



TÉCNICO EM ENFERMAGEM
Módulo III – Unidade III
O Direito à Saúde o cuidado nas diferentes fases do ciclo de vida
Instrumento de Avaliação do Estágio Supervisionado Nº 2
A criança em situação de sofrimento/agravo/doença
Docente

Aluno:

Matrícula:

Turma:

Data:

Local:

Avaliar o registro efetuado pelo aluno e o desempenho do mesmo frente aos objetivos do Tema e do Estágio. Indicar junto ao aluno atividades de apoio caso haja necessidade.

Aluno

Docente

DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE HOSPITALIZADOS - BRASIL

1. Direito a proteção, a vida e a saúde com absoluta prioridade e sem qualquer forma de discriminação.
2. Direito a ser hospitalizado quando for necessário ao seu tratamento, sem distinção de classe social, condição econômica, raça ou crença religiosa.
3. Direito de não ser ou permanecer hospitalizado desnecessariamente por qualquer razão alheia ao melhor tratamento da sua enfermidade.
4. Direito a ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização, bem como receber visitas.
5. Direito de não ser separada de sua mãe ao nascer.
6. Direito de receber aleitamento materno sem restrições.
7. Direito de não sentir dor, quando existam meios para evitá-la.
8. Direito de ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos, respeitando sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico quando se fizer necessário.
9. Direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência hospitalar.
10. Direito a que seus pais ou responsáveis participem ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetida.
11. Direito a receber apoio espiritual/religioso, conforme a prática de sua família.
12. Direito de não ser objeto de ensaio clínico, provas diagnósticas e terapêuticas, sem o consentimento informado de seus pais ou responsáveis e o seu próprio, quando tiver discernimento para tal.
13. Direito a receber todos os recursos terapêuticos disponíveis para a sua cura, reabilitação e/ou prevenção secundária e terciária.

14. Direito a proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência ou maus tratos.
15. Direito ao respeito à sua integridade física, psíquica e moral.
16. Direito a preservação de sua imagem, identidade, autonomia de valores, dos espaços e objetos pessoais.
17. Direito a não ser utilizado pelos meios de comunicação de massa, sem a expressa vontade de seus pais ou responsáveis ou a sua própria vontade, resguardando-se a ética.
18. Direito a confidência dos seus dados clínicos, bem como direito de tomar conhecimento dos mesmos, arquivados na instituição pelo prazo estipulado em lei.
19. Direito a ter seus direitos constitucionais e os contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente respeitados pelos hospitais integralmente.
20. Direito a ter uma morte digna, junto a seus familiares, quando esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis. Brasil. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução nº 41 de Outubro de 1995 (DOU 17/19/95).

Pesquisa em crianças e adolescentes

Diretrizes, normas e lei em assistência à saúde (textos dos documentos) Página de Abertura - Bioética ©Goldim/97.
<<http://www.ufrgs.br/bioetica/conanda.htm>> Acesso em 25/07/2008.

A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL



Doutores da Folia

www.unipar.br:8080/.../Image00021129 acesso em 20/10/2008.

...Para cuidar da criança hospitalizada não basta apenas a técnica e afeição por ela, faz-se necessário, também um sentimento de infância, assim definido por considerar-se a criança como sujeito de sua história e plena de direitos, dentre os quais o direito a liberdade e a dignidade e, sobretudo, o direito de estar junto aos entes queridos num momento de crise como é o da hospitalização...

...Para a família a jornada da hospitalização da criança é difícil e desgastante, pois, família e criança compartilham angústias, preocupações e estresse, impondo à família a reformulação de seu cotidiano para estar com a criança hospitalizada e sua rotina adaptada para manter a unidade familiar. Os profissionais envolvidos no contexto da criança hospitalizada, principalmente o enfermeiro, devem procurar compreender a vivência da família e delinear intervenções que auxiliem durante a crise que pode representar a hospitalização da criança no seu ciclo vital...

O profissional de saúde que pretende trabalhar com a criança deve saber que para tal é fundamental poder comunicar-se com seu pequeno paciente através do lúdico, não só para acessar de forma mais completa o universo infantil, mas também para que sua intervenção possa ser realmente assimilada e elaborada pela criança.

O brincar se insere nesse contexto como uma tentativa de transformar o ambiente das enfermarias, proporcionando condições psicológicas melhores para as crianças e adolescentes internados.

Transformar técnicas de abordagem terapêuticas em atividades lúdicas nos parece à maneira mais adequada e, por que não dizer, eficiente de se trabalhar com a criança, uma vez que, como dito anteriormente, ela passa a ser o sujeito da ação e não apenas seu mero receptor ou objeto.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, A. M.; GONÇALVES, C. S. F.; MARTINS, M. A.; SILVA, S. T.; AUWERTER, T. C.; ZAGONEL, I. P. S. **A efetividade do cuidado solidário diante de eventos que acompanham a cronificação da doença da criança hospitalizada.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 08, n. 02, p. 192 – 204 - 2006.

Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a04.htm> Acesso em 20 out. 2008.

MAUS TRATOS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência

A violência é considerada um grave problema de saúde pública no Brasil, constituindo hoje a principal causa de morte de crianças e adolescentes a partir dos 5 anos de idade. Trata-se de uma população cujos direitos básicos são muitas vezes violados, como o acesso à escola, a assistência à saúde e aos cuidados necessários para o seu desenvolvimento.

As crianças e adolescente são, ainda, exploradas sexualmente e usadas como mão-de-obra complementar para o sustento da família ou para atender ao lucro fácil de terceiros, às vezes em regime de escravidão.

Há situações em que são abandonados à própria sorte, fazendo da rua seu espaço de sobrevivência. Nesse contexto de exclusão, costumam ser alvo de ações violentas que comprometem física e mentalmente a sua saúde.

É crescente o número de crianças e adolescentes vítimas de violência que vem sendo atendido nos consultórios a rede pública de saúde, assim como nas clínicas particulares. Entretanto, não se conhece ainda a magnitude real desse problema, devido a alguns fatores culturais e institucionais.

Por um lado, não existe no país o estabelecimento de normas técnicas e rotinas para a orientação dos profissionais da saúde frente ao problema da violência, o que contribui para a dificuldade desses profissionais de diagnosticar, registrar e notificar os casos.

Por outro lado, colabora também para este desconhecimento o pacto de silêncio nos lares, espaço socialmente sacralizado e considerado isento de violência, mas que, na verdade, constitui-se como um lugar privilegiado para a prática de maus-tratos contra crianças e adolescentes.

Os maus-tratos a crianças e adolescentes, tema do presente Guia, são, entre as formas de expressão de violência, as mais freqüentes e mais passíveis de prevenção pelo setor saúde.

O atendimento às vítimas de maus-tratos se encontra pouco estruturado no país, sendo insuficiente para a demanda que

chega aos serviços de saúde. Em algumas cidades já vêm sendo utilizadas fichas de notificação compulsória, treinados os profissionais e reorganizados os serviços para atender à especificidade dessa demanda.

A fim de contribuir para a adequação e a universalização desse atendimento, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) instituiu em outubro de 1998 a Campanha de Prevenção de Acidentes e Violência na Infância e Adolescência, tendo como eixo fundamental a observância dos preceitos legais contidos na Lei Federal 8.069/90, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Segundo o ECA, os profissionais da saúde são obrigados a notificar os maus-tratos cometidos contra crianças e adolescentes. Para que este preceito legal seja cumprido, é preciso sensibilizar e conscientizar os profissionais da área para o problema; fornecer maior conhecimento sobre o tipo de atendimento a ser dado às vítimas desses agravos; disponibilizar informação e capacitação para o diagnóstico e a intervenção; promover medidas preventivas; e aperfeiçoar o sistema de informação sobre o perfil de morbimortalidade por violência.

O cumprimento dos direitos garantidos pelo ECA é amparado pelo Conselho Tutelar, que é um órgão permanente e autônomo, mantido com recursos públicos. De acordo com o ECA, os municípios deverão ter pelo menos um Conselho Tutelar, composto por cinco membros eleitos diretamente a cada três anos pela comunidade que reside em sua área de abrangência. Por este motivo, o profissional de saúde deve notificar ao Conselho Tutelar, estabelecendo uma parceria fundamental para a proteção da criança e o apoio à família. O campo de atuação do Conselho Tutelar é diferente e mais amplo que o de uma unidade de saúde e o profissional passa a ter um parceiro para compartilhar o atendimento e dividir responsabilidades. Os pediatras têm um importante papel na prevenção e no atendimento dos casos de maus-tratos, pois participam ativamente do acompanhamento da vida de seus pacientes e podem contribuir para a harmonia familiar, sendo muitas vezes referência de apoio e confiança.

A formação pediátrica possibilita, felizmente numa proporção significativa, a prática profissional cuidadosa e solidária, permeando a abordagem técnica com atitudes que trazem conforto e segurança às famílias.

A partir dessas considerações, em virtude da magnitude e da gravidade do problema dos maus-tratos na infância e adolescência e da relevância do papel preventivo e de assistência da equipe de saúde, é apresentado esse Guia de orientação para os pediatras e demais profissionais da saúde.

Este texto tem como objetivo auxiliar no reconhecimento, na notificação, no tratamento e na adequada referência dos casos. Visa ainda à prevenção da reincidência e de episódios novos.

Através deste Guia pretende-se, com uma linguagem franca, objetiva e voltada para a ação, alcançar o universo dos pediatras e demais profissionais da saúde brasileiros. Busca-se apoiar esses profissionais em seus mais diversos locais de trabalho, para que possam adequar e melhorar o atendimento às crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos. Acredita-se que sua participação mais efetiva possa colaborar para a ampliação das iniciativas de atendimento a esses casos de violência, minimizando esta situação cruel que atinge toda a sociedade.

Conceituando a violência contra a criança e o adolescente

As definições para violência contra a criança e o adolescente variam de acordo com visões culturais e históricas sobre a criança e seus cuidados, com os direitos e o cumprimento de regras sociais relacionados a ela e com os modelos explicativos usados para a violência.

Historicamente o conceito de violência vem sendo ampliado, em decorrência da maior conscientização a respeito do bem-estar da criança e do adolescente, de seus direitos e dos efeitos que a violência exerce sobre o seu desenvolvimento.

Definindo maus-tratos

“Define-se o abuso ou maus-tratos pela existência de um sujeito em condições superiores (idade, força, posição social ou econômica, inteligência, autoridade) que comete um dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa.” (Deslandes, 1994).

A definição do que possa ser uma prática abusiva passa sempre por uma negociação entre a cultura, a ciência e os movimentos sociais (Deslandes, 1994). Os maus-tratos contra a criança e o adolescente podem ser praticados pela omissão, pela supressão ou pela transgressão dos seus direitos, definidos por convenções legais ou normas culturais.

Classicamente os maus-tratos são divididos nos seguintes tipos:

- **Maus-tratos físicos:** uso da força física de forma intencional, não-acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou adolescente, com o objetivo de ferir, danificar ou destruir esta criança ou adolescente, deixando ou não marcas evidentes. (Deslandes, 1994).
- **A "síndrome do bebê sacudido":** é uma forma especial deste tipo de mau-tratamento e consiste de lesões cerebrais que ocorrem quando a criança, em geral menor de 6 meses de idade, é sacudida por um adulto. A síndrome da criança espancada *"se refere, usualmente, a crianças de baixa idade, que sofreram ferimentos inusitados, fraturas ósseas, queimaduras etc. ocorridos em épocas diversas, bem como em diferentes etapas e sempre inadequada ou inconsistentemente explicadas pelos pais"* (Azevedo & Guerra, 1989). O diagnóstico é baseado em evidências clínicas e radiológicas das lesões.
- **Síndrome de Munchausen por procuração:** é definida como a situação na qual a criança é trazida para cuidados médicos devido a sintomas e/ ou sinais inventados ou provocados pelos seus responsáveis. Em decorrência, há conseqüências que podem ser caracterizadas como violências físicas (exames complementares desnecessários, uso de medicamentos, ingestão forçada de líquidos etc.) e psicológicas (inúmeras consultas e internações, por exemplo).
- **Abuso sexual:** é todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou o adolescente. Tem por intenção estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual. Estas práticas eróticas e sexuais são impostas à criança ou ao adolescente pela violência física, por ameaças ou pela indução de sua vontade. Podem variar desde atos em que não existam contato sexual (voyerismo, exibicionismo) aos diferentes tipos de atos com contato sexual sem ou com penetração. Engloba ainda a situação de exploração sexual visando a lucros como prostituição e pornografia (Deslandes, 1994).

- **Maus-tratos psicológicos:** são toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança ou punição exageradas e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas dos adultos. Todas estas formas de maus tratos psicológicos podem causar danos ao desenvolvimento biopsicossocial da criança. Pela sutileza do ato e pela falta de evidências imediatas de maus-tratos, este tipo de violência é dos mais difíceis de serem identificados, apesar de estar, muitas vezes, embutido nos demais tipos de violência.
- **Negligência:** é ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento (Abrapia, 1997). O abandono é considerado uma forma extrema de negligência. A negligência pode significar omissão em termos de cuidados básicos como a privação de medicamentos; cuidados necessários à saúde; higiene; ausência de proteção contra as inclemências do meio (frio, calor); não prover estímulo e condições para a freqüência à escola. A identificação da negligência no nosso meio é complexa devido às dificuldades sócio-econômicas da população, o que leva ao questionamento da existência de intencionalidade. No entanto, independente da culpabilidade do responsável pelos cuidados da vítima, é necessária uma atitude de proteção em relação a esta.

O atendimento clínico

A suspeita e identificação dos casos de vitimização de crianças e adolescentes ainda é um desafio para muitos profissionais de saúde. Isto faz com que as patologias e agravos evidenciados sejam diagnosticados e tratados apenas com base em sinais orgânicos evidentes. A suspeita de maus-tratos contra crianças e adolescentes surge, geralmente, no momento em que se procede a anamnese ou no decorrer do exame físico do paciente. Cabe ressaltar que, na maioria das vezes, as vítimas não possuem evidências físicas de maus-tratos. Sendo assim, a anamnese ocupa lugar relevante no esclarecimento dos casos, não apenas pelo relato da ocorrência da violência em si, como também de sintomas sugestivos de que a criança pó estar sendo vitimizada. Sempre que possível, é importante que a avaliação seja feita por equipe multiprofissional, na qual estejam incluídos, além do médico, psicólogo e assistente social.

O profissional da saúde deve manter uma atitude de isenção, mesmo que haja suspeita de que um dos pais ou o responsável seja o abusador. As perguntas devem ser isentas de qualquer conotação de acusação ou de censura, embora as intenções de esclarecer a suspeita ou confirmação dos maus-tratos e de proteger a criança de novas agressões devam estar sempre presentes. A abordagem à família deve ser empática, uma vez que, na maioria das vezes, a intervenção terá como um dos objetivos a reorganização dos vínculos familiares.

Algumas dificuldades e temores têm sido alegados pelos profissionais da saúde ao justificarem a falta de uma abordagem objetiva, no sentido de esclarecer sobre a intencionalidade ou não dos agravos. Entre esses receios, merecem destaque o de assumir um papel de denunciante, o de poder ser convocado para depor durante as investigações e o processo criminal, o risco de sofrer retaliações por parte da família denunciada, a insegurança para abordar o paciente e seus responsáveis, a desinformação sobre a legislação pertinente, para citar alguns.

Os dados da anamnese e do exame físico, além de alguns exames complementares podem auxiliar no esclarecimento dos casos que se apresentam na prática pediátrica. Ressaltamos que, muitas vezes, esses maus-tratos ocorrem de forma concomitante. Muitos dos sinais e sintomas relacionados aos maus-tratos são inespecíficos e podem ocorrer sem que a criança ou o adolescente esteja sendo vítima de qualquer tipo de violência. Faz-se sempre necessário, portanto, contextualizar cada situação que se apresenta.

Texto extraído parcialmente do “Guia de Atuação Frente aos Maus-tratos na Infância e na Adolescência” – SBP – aos 21/04/2009

Produção: Assessoria de Comunicação da Sociedade Brasileira de Pediatria. Escola Nacional de Saúde Pública nota de rodapé

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Centro Latino - Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli. Ministério da Justiça Secretaria de Estado dos Direitos Humanos Departamento da Criança e do Adolescente.

Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/MausTratos_SBP.pdf>

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

São as doenças mais freqüentes durante a infância, acometendo um número elevado de crianças, de todos os níveis sócio-econômicos e por diversas vezes. Nas classes sociais mais pobres, as infecções respiratórias agudas ainda se constituem como importante causa de morte de crianças pequenas, principalmente menores de um ano de idade. Os fatores de risco para morbidade e mortalidade são baixa idade, precárias condições sócio-econômicas, desnutrição, déficit no nível de escolaridade dos pais, poluição ambiental e assistência de saúde de má qualidade (SIGAUD, 1996).

O trato respiratório superior ou as vias aéreas superiores, consiste principalmente do nariz e da faringe. O trato respiratório inferior consiste dos brônquios, bronquíolos (os quais são a porção mais reativa das vias aéreas por causa de seu conteúdo muscular liso e da capacidade de contração) e dos alvéolos.

Agentes Infecciosos: está sujeito a uma ampla variedade de microorganismos infecciosos, porém a maior porcentagem de infecções é gerada por vírus, principalmente nas vias respiratórias superiores. Estas infecções contribuem para muitas doenças agudas na infância.

Idade: Os lactentes abaixo de 3 meses de idade apresentam menor taxa de infecção, presumivelmente por causa dos anticorpos maternos. A taxa sobe dos 3 aos 6 meses de idade, que é o intervalo entre o desaparecimento dos anticorpos maternos e a produção dos próprios anticorpos por parte da criança. A taxa de infecção viral continua a ser elevada durante o período pré-escolar, porém a partir daí, cai de modo contínuo.

Infecções agudas do trato respiratório superior (IRAS).

1. **Nasofaringite:** (equivalente ao resfriado comum). É provocada por qualquer um dentre os numerosos vírus, em geral, rinovírus, vírus sincicial respiratório (VSR), adenovírus, parainfluenza.

Sintomas: são mais graves nos lactentes e crianças que nos adultos. Caracterizada por febre, irritabilidade, espirros, vômitos e/ou diarreia as vezes, dores musculares, ressecamento do nariz, sensação de calafrios, coriza, olhos lacrimejantes.

2. **Amigdalite/Tonsilite:** a cavidade orofaríngea é colonizada por muitos microrganismos, nomeadamente bactérias que fazem parte do ambiente (flora) normal da orofaringe. Por exemplo, a fadiga, as mudanças bruscas de temperatura ou o uso inapropriado de antibióticos pode levar à proliferação de qualquer um dos microrganismos existentes na orofaringe, ou a invasão de vírus e bactérias do meio exterior, pode levar a um desequilíbrio da flora local e desencadear uma infecção.

A maioria dos casos de amigdalite são provocados por vírus, sendo os restantes de origem bacteriana, nomeadamente o -estreptococos beta-hemolítico do grupo A - que é responsável por cerca de 15% dos casos.

A amigdalite aguda manifesta-se por garganta inflamada (avermelhada e inchada) associada quase sempre à dor de garganta, nomeadamente ao engolir (por vezes mesmo com a saliva). O doente pode queixar-se de dor de ouvido (dor refletida da orofaringe), mau hálito (halitose) e febre. Se a amigdalite for de causa viral, pode ocorrer corrimento pelo nariz, tosse e espirros; e as amígdalas apresentam-se hipertrofiadas e avermelhadas.

As amigdalites bacterianas são caracterizadas pelo início súbito de dor de garganta (por vezes intensa), gânglios na parte anterior do pescoço aumentados e dolorosos, dor de cabeça e febre (acima de 38°C). Nas crianças as amigdalites de causa bacteriana podem manifestar-se por dor abdominal, náuseas e vômitos. A origem bacteriana é sugestiva quando se observa amígdalas hipertrofiadas, de cor avermelhada viva, que podem estar cobertas por uma secreção amarelada ou branca-acinzentada (exsudato purulento).

3. **Pneumonias**

A Organização Mundial da Saúde estima que cerca de 2 milhões de crianças abaixo de 5 anos de idade morrem de pneumonia a cada ano predominantemente nos países em desenvolvimento. Nesses países, as pneumonias são responsáveis por 30% das hospitalizações de crianças e a taxa de mortalidade média varia entre 5% e 10% dos casos internados. No Brasil, as pneumopatias agudas são responsáveis por 11% das mortes em crianças com idade inferior a 1 ano e 13% na faixa etária entre 1 e 4 anos.

Tipos de pneumonia: Atípica; Viral; Bacteriana; aspirativa.

Principais sinais e sintomas: é um processo inflamatório do parênquima pulmonar causado por agentes infecciosos. Eventualmente, pode ser acometido também o espaço entre as pleuras (as membranas que envolvem os pulmões). Nessa condição, ocorre o acúmulo de líquido ou pus na cavidade entre as pleuras, provocando um derrame pleural.

Etiologia: bacteriana, fúngica, viral e químicas.

Sintomas: queda do estado geral, febre freqüente (na maioria dos casos), tosse, prostração, taquipnéia (60 resp/ min), distensão abdominal e dificuldade para se alimentar.

As crianças que concomitantemente apresentam dispnéia com retração intercostal e subdiafragmática, gemência, batimentos de asa de nariz, devem ser levadas para atendimento médico imediatamente, pois esses sinais são particularmente importantes em crianças menores de 2 anos.

Os fatores de risco para o desenvolvimento de pneumonia em crianças são baixo peso no nascimento, desnutrição, falta de aleitamento materno, deficiência de vitamina A, poluição ambiental e exposição à fumaça de cigarro. A desnutrição e baixo peso no nascimento constituem também fatores de alto risco de óbito por pneumonia aguda.

As crianças que tem maior risco de contrair pneumonia são aquelas que:

- a) Não receberam imunização adequada com as vacinas disponíveis contra as principais moléstias infecto-contagiosas que predispõem a pneumonia e contra os principais agentes de pneumonias (sarampo, varicela, coqueluche, gripe, *Haemophilus influenzae* tipo b, pneumococos);
- b) Não foram amamentadas ao seio pelo menos nos primeiros seis meses de vida e que não estão recebendo uma boa nutrição;
- c) Crianças que permanecem em ambientes fechados em aglomeração com outras crianças doentes como creches ou berçários;
- d) Crianças expostas à fumaça de cigarro (fumantes passivos), à poluição e a ambientes sem higiene com muita poeira doméstica e ácaros.

Tratamento:

O tratamento é feito com antibiótico, na grande maioria dos casos, conforme orientação médica. Se a criança estiver bem, o tratamento poderá ser realizado em casa, sob supervisão médica constante, com a administração de antibiótico por via oral e com reavaliações conforme a necessidade. As crianças com pneumonia grave e as que pioram durante o tratamento domiciliar devem ser internadas, para que possam tomar antibiótico pela veia (via intravenosa) e receber cuidados especiais como hidratação, administração de oxigênio, broncodilatadores e fisioterapia respiratória.

Prevenção: a melhor maneira de prevenir pneumonias é a manutenção rigorosa do calendário de imunização, particularmente em relação às vacinas consideradas obrigatórias. As vacinas contra as duas bactérias que causam a maior parte das pneumonias, pneumococos e *Haemophilus influenzae b*, devem ser administradas rotineiramente.

Outras medidas de prevenção das pneumonias são:

- a) Manter o aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida, uma alimentação saudável e um bom estado nutricional.
- b) Suplementar a dieta com vitaminas A e D no primeiro ano de vida, conforme recomendação médica.
- c) Evitar a exposição da criança à fumaça de cigarro e a locais muito poluídos.
- d) Evitar locais com aglomeração de pessoas, em ambientes fechados, particularmente no outono e inverno.
- e) Procurar atendimento médico sempre que a criança apresentar os sintomas de alerta, como tosse constante, gemência, dificuldade para se alimentar, apatia e movimentos anormais no tórax.

4. **Asma:** obstrução da via aérea ou um estreitamento que se caracteriza por irritabilidade brônquica após a exposição a vários estímulos. Quando os sintomas se agravam de maneira abrupta ou progressiva, com dificuldade respiratória e sibilância, a criança está experimentando uma exacerbação. A etiologia é duvidosa e ocorre a partir de hipersensibilidade às

substâncias ambientais. A Incidência, a gravidade, a mortalidade têm aumentado em todo o mundo. Podem resultar da crescente poluição do ar, subdiagnóstico e subtratamento.

É a mais frequente doença crônica da infância; principal causa de absenteísmo escolar e responsável por maior número de admissões nas emergências pediátricas. A primeira crise geralmente ocorre entre 3 a 8 anos. É mais rara em lactentes e quando ocorre é associada às infecções virais; portanto os fatores alérgicos desempenham papel menos importante por levar mais tempo para desenvolver a sensibilidade alérgica.

A reação alérgica leva ao e edema das mucosas dos brônquios e bronquíolos, estreitamento bronquiolar, ao acúmulo de secreções viscosas, espasmo anormal da musculatura lisa.

Fatores desencadeantes: poluição do ar; mofo; árvores; pólenes; fumaça do tabaco; mudança de temperatura, como ar frio; animais (gatos, cães, roedores, etc); resfriados e infecções; alimentos (amendoim, leite, produtos lácteos, ovos, chocolate, à base de sulfeto etc.); exercícios; emoções fortes tipo raiva, choro, medo, (riso); menstruação; doenças da tireóide.

Manifestações clínicas: tosse metálica, não produtiva no início. Torna-se produtora de escarro espumoso, claro e gelatinoso nos estágios mais avançados. A criança apresenta falta de ar, expiração prolongada, sibilância, rubor malar e orelhas avermelhadas, lábios escuros, cianose perioral e de leito ungueal, sudorese, fala com frases curtas, pausadas e ofegantes; senta-se ereta com um ombro arqueado. Demonstra apreensão, agitação. Com a repetição das crises passa a apresentar o tórax em barril, ossos malares achatados, círculos ao redor dos olhos, nariz estreito, dentes superiores proeminentes. A meta global do controle da asma é evitar a incapacidade e minimizar as morbidades físicas e psicológicas – ajudar a criança a viver uma vida a mais normal e feliz possível. Isto inclui facilitar os ajustes sociais da criança na família, na escola, na comunidade, bem como participação normal das atividades de recreação e nos esportes.

Orientações de Enfermagem para cuidados domiciliares à criança com Pneumopatias:

1. manter a criança em ambiente arejado, limpo, tranquilo;
2. manter criança agasalhada se estiver frio;
3. promover o repouso da criança;
4. lavar sempre as mãos e objetos da criança;
5. ministrar medicamentos conforme o receituário médico (antibióticos, sintomáticos, analgésicos, antitérmicos, inalação com broncodilatadores), respeitando dose/horários;
6. evitar contato com outras crianças;
7. verificar com frequência a temperatura.
8. havendo **febre**: dar banho, de preferência de imersão, morno; aplicar compressas com água morna e álcool nas regiões inguinal e axilar; retirar excessos de roupa ou administrar antitérmico recomendado pelo pediatra;
9. estimular a ingesta hídrica (perda de água devido sudorese, febre, anorexia, vômitos ou diarreia);
10. fluidificar as secreções para estimular a expectoração;
11. fazer inalação com soro fisiológico-0,9% ou - realizar a inalação caseira (ferver água, pingar 3-5 gotas de essência ou óleo de eucalipto, menta etc.) e depois passar para uma bacia. Fazer o bebê ou criança, sob uma tenda de toalha, inalar o vapor quente, protegendo os seus olhos. Segurá-la com firmeza e certificar-se de que não há outras crianças no local, (para evitar acidentes);
12. realizar tapotagem a fim de remover secreções e muco das vias aéreas superiores após a inalação, caso não tenha contra-indicados os exercícios respiratórios;
13. sedar a tosse, conforme prescrição médica, somente se for muita intensa, pois inibe a expectoração;
14. oferecer a alimentação com bastante cuidado para evitar aspiração;
15. suspender as mamadas ou a alimentação se criança apresentar dificuldade respiratória, agitação, cianose; procurar o serviço médico.

16. Cuidados de Enfermagem à criança hospitalizada com pneumopatias

Realizar todos os cuidados anteriores, acrescidos de:

- verificar e executar a prescrição médica e a de Enfermagem;
- observar as precauções padrão e a higienização das mãos antes e após a manipulação do paciente e realização de procedimentos;
- manter decúbito elevado e deitar a criança sobre o lado afetado para facilitar a respiração, principalmente quando há pneumotórax unilateral, pois imobiliza o tórax daquele lado e reduz o atrito pleural, o qual provoca muito desconforto e dor;
- realizar inalação e fornecer oxigênio úmido na concentração prescrita;
- realizar mudanças de decúbito frequentemente e intensificar fisioterapia respiratória ou vibrações, principalmente em pacientes com depressão do SNC ((diminuição do reflexo da tosse);
- verificar sinais vitais;
- monitorar padrão respiratório, perfusão periférica; registrar e comunicar alterações, presença de cianose, taquicardia, dor, agitação ou prostração;;
- sedar o paciente, conforme prescrição médica, nos casos de extrema agitação;
- controlar a infusão de soros e líquidos administrados na fase aguda (via endovenosa, oral, enteral etc.);
- fazer drenagem postural e fisioterapia torácica;
- promover a diminuição da ansiedade e da angústia da criança;
- estimular a presença de um familiar próximo da criança;
- apoiar psicologicamente a criança e família (manter os pais informados da situação clínica dos filhos);
- manter VAS desobstruídas, permeáveis, aspirando sempre que necessário, observando a e EPI;
- suspender dieta se paciente apresentar taquidispnéia e comunicar de imediato;
- realimentar criança, após jejum, com dieta líquida e fracionada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCÂNTARA, P. ROZOVIT, T. Infecções Vias das Aéreas Superiores. *In*: MARCONDES, E. **Pediatria Básica**. 8. ed. São Paulo: Sarvier, 1994.

AMIGDALITE. Disponível em

<<http://www.medicoassistente.com/modules/smartsection/item.php?itemid=141>>

Acesso em 06 abr. 2009.

GRUMACH, A.S. & SAMPAIO, P.L. Doenças Alérgicas Respiratórias. *In*: MARCONDES, E. **Pediatria Básica**. 8. ed. São Paulo: Sarvier, 1994.

RIBEIRO. T.V.M. Bronquite. *In*: MARCONDES, E. **Pediatria Básica**. 8. ed. São Paulo: Sarvier, 1994.

SAMPAIO, P.L. Otorrinolaringologia. *In*: MARCONDES, E. **Pediatria Básica**. 8. ed. São Paulo: Sarvier, 1994.

SÃO PAULO (Cidade). Sociedade de Pediatria de São Paulo. **Pneumonia aguda na criança**. Disponível:

<http://www.spsp.org.br/spsp_2008/materias.asp?Id_Pagina=246&sub_secao=104>

Acesso em 03 maio. 2009.

WHALEY. L.F; WONG, D. L.: **Enfermagem Pediátrica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1997.

<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?221>. Acesso dia 05/05/09.

<http://www.medicoassistente.com/modules/smartsection/item.php?itemid=141>. Acesso dia 03/05/2009.

DESNUTRIÇÃO PROTEICO ENERGÉTICA

Agravo desencadeado por uma má-nutrição, na qual são ingeridas quantidades insuficientes de alimentos ricos em proteínas e/ou energéticos a ponto de suprir as necessidades do organismo. A desnutrição pode originar-se de forma:

- primária: baixo nível sócio-econômico - pobreza, privação nutricional, más condições ambientais levando a infecções e hospitalizações frequentes, baixo nível educacional e cultural, negligência, falta de amamentação, privação afetiva. Neste caso a correção da dieta bastará para que se obtenha a cura;
- secundária: apesar de haver oferta existem outros fatores que impedem a ingestão e absorção dos alimentos - má-absorção, estenose do piloro, ou aumentam a sua necessidade-hipertireoidismo. Sua evolução estará na dependência da doença que a ocasionou;
- mista: situação em que os dois mecanismos estão envolvidos.



<http://brasil.indymedia.org/images/2006/01/342781.jpg>
www.geocities.com/mackenzie_melo/blog/01/fome.jpg

A baixa ingestão energética leva o organismo a desenvolver mecanismos de adaptação: queda da atividade física em comparação com crianças normais; parada no crescimento (falta de ganho de peso e altura) e alteração da imunidade.

A desnutrição é uma das doenças que mais causa mortes no mundo. Segundo a UNICEF (1994) "é um problema chocante, tanto em escala quanto em gravidade; cúmplice secreto da pobreza que impede o crescimento físico e mental de uma em cada três crianças nos países em desenvolvimento".

Em termos de conduta é importante distinguir duas formas de desnutrição: a denominada **desnutrição aguda** (deficiência de peso/altura), associada a um episódio recente de doença infecciosa ou de uma alimentação inadequada, e a **desnutrição crônica** (deficiência de altura /idade) que reflete o passado de vida da criança com repercussão sobre o seu crescimento linear

(baixa estatura). Às vezes a criança pode apresentar as duas formas de desnutrição.

O indicador peso/idade não distingue as formas de desnutrição (tanto a deficiência apenas de altura, pode refletir-se no baixo peso/ idade, quanto a deficiência apenas do peso). Em caso de crianças maiores de dois anos com deficiência de peso/idade é recomendado medir a estatura para saber se tem deficiência somente de altura/ idade ou também de peso/altura, para evitar levar a criança a um quadro de sobrepeso ou obesidade por orientação alimentar hipercalórica.

Como diagnosticar: a avaliação deve ser feita baseada na curva de crescimento (índice peso por idade) do cartão da criança, nos menores de seis anos de idade. A desnutrição pode ser classificada por diversos critérios, porém no Estado de São Paulo, utiliza-se percentis (valores que dividem o conjunto ordenado de dados obtidos em 100 partes iguais). Os percentis de corte escolhidos foram 10 e 90. Assim, considera-se normal valor compreendido entre os dois.

A desnutrição grave pode apresentar-se de três formas: Marasmo, Kwashiorkor e Marasmo-Kwashiorkor.

1. Marasmo: criança fica com baixa atividade, pequena para a idade, membros delgados devido a atrofia muscular e subcutânea, costelas proeminentes, pele se mostra solta e enrugada na região das nádegas, apresenta infecções constantes, comumente é irritadiça e seu apetite é variável.
2. Kwashiorkor: déficit importante de estatura, massa muscular consumida, tecido gorduroso subcutâneo preservado, alterações de pele dos membros inferiores, alterações dos cabelos, hepatomegalia, face de lua, anasarca e baixa concentração sérica de proteínas e albumina, área perineal frequentemente irritada com dermatites e escoriações devido a diarréias. Apatia exagerada, raramente responde a estímulos e não apresenta apetite.
3. Marasmo-Kwashiorkor: a origem pode ser de um marasmo que entrou em déficit protéico ou um Kwashiorkor que passou a sofrer déficit energético. Estão presentes: retardo da estatura, do desenvolvimento neuro psicomotor e queda da resistência imunológica.

Como tratar:

- orientação dietética adequada com consumo de alimentos ricos em micronutrientes e aporte calórico - protéico adequado;
- prevenção e tratamento de enfermidades associadas (diarréia, parasitoses, infecções respiratórias, etc);
- correção dos distúrbios hidro-eletrolíticos, ácido-básicos e metabólicos
- encaminhar para imunização se for o caso (calendário de vacinas atrasado);
- as crianças maiores de 2 anos diagnosticadas como portadoras apenas de retardo de crescimento, devem ser acompanhadas com cuidados gerais de alimentação adequada para a idade , seguimento do calendário de imunização e monitorização do crescimento;
- crianças portadoras de manifestações clínicas devem ser referidas para tratamento hospitalar, sobretudo se apresentam inapetência acentuada devido ao risco de hipotermia, hipoglicemia e infecção sub-clínica associada que agravam o prognóstico e elevam o risco de morte.

Como acompanhar:

- Objetivo do acompanhamento nutricional : ganho de peso e retomada do canal de crescimento da criança, segundo a faixa etária;
- Monitoramento da curva de crescimento no cartão da criança – MS;
- Acompanhamento periódico do ganho de peso e altura;
- Monitoramento do consumo alimentar;
- Tratamento de patologias associadas e eliminação de fatores de risco ambientais;
- Acompanhamento da evolução de exames bioquímicos e sinais clínicos.

Por se tratar de um problema, em sua maioria das vezes, social é importante que a equipe de saúde esteja atenta, encaminhando esta família para assistentes sociais, comunidades de bairro e pastorais da criança para que consigam algum tipo de auxílio para suprirem suas carências.

A não-criação de vínculo mãe-filho também pode levar uma criança a desenvolver desnutrição em função da negligência. Outras vezes a falta de informação leva a um preparo inadequado dos alimentos, levando a família a alimentar-se com uma dieta pouco nutritiva.

Os profissionais não podem culpar a família pela debilidade de seus filhos, cabe a nós orientá-los para evitar danos à saúde de nossas crianças e adolescentes, promovendo o fortalecimento do vínculo da criança com a família, com informação.

DOENÇA DIARREICA AGUDA

Prevenção das doenças diarreicas agudas

Importância da diarreia: responsável por altos índices de atendimento médico, absenteísmo em escolas e trabalhos, e ainda expressiva causa de morbimortalidade no mundo e no país (no mundo, mais de quatro milhões de crianças < 5 anos, principalmente, em países em desenvolvimento, vão a óbito devido a diarreia infantil aguda. No Brasil ocorrem mais de 600 mil internações/ano e 8 mil óbitos por diarreia, conforme AIH/DATASUS).

- Dificuldades na implantação de um sistema de vigilância:
 - incidência elevada;
 - não notificação de surtos apesar da obrigatoriedade;
 - considerada pela população e parte dos profissionais de saúde como "normal".

Importância da diarreia:

Estimativas apontam que mais de 4 milhões de crianças no mundo, menores de 5 anos, principalmente nos países em desenvolvimento vão a óbito, devido à diarreia infecciosa aguda.

No Brasil, apesar das limitações do sistema de informações, há registros no sistema AIH/DATASUS, em anos mais recentes, de que mais de 600 mil internações por ano ocorrem devido à doença infecciosa intestinal, causando quase 8 mil mortes, o que representa uma perda econômica significativa para o país e um importante prejuízo à saúde da população.

As dificuldades para a implantação de um sistema de vigilância têm sido:

Se de um lado a diarreia é reconhecida como uma importante causa no quadro de morbimortalidade do país, de outro, a implantação de um sistema para sua vigilância tem encontrado várias dificuldades. Primeiramente, sua incidência elevada impõe desafios concretos para seu registro; em segundo lugar, a inobservância da obrigatoriedade de notificação de surtos e a aceitação tanto de parte da população como de profissionais de saúde de que a ocorrência da diarreia é fato "normal" têm contribuído para o insucesso em seu controle e para a instalação de surtos inesperados de grandes proporções.

Mudanças do perfil epidemiológico das doenças diarreicas:

1. declínio da morbidade e mortalidade por Doenças Infecciosas e Parasitárias devido às medidas de saneamento básico;
2. diminuição da mortalidade pela introdução da Terapia de Reidratação Oral (TRO) e soro caseiro;

3. patógenos emergentes: podendo causar manifestações graves, óbitos e seqüelas (E. coli O157:H7, Salmonella Enteritidis, etc.).
4. patógenos reemergentes: com capacidade alastradora que requerem medidas de monitoramento mais rígidos para prevenção e controle (por ex. Cólera).

Cabe ressaltar, contudo, que o perfil epidemiológico das doenças diarreicas nos dias de hoje vem se alterando, tendo em vista, principalmente, o surgimento de novos patógenos denominados emergentes. As diarreias que causavam a desidratação com complicações decorrentes do atendimento inadequado ou da falta de atendimento e que tiveram no passado ainda recente redução drástica com a implantação de programas como o da TRO - Terapia da Reidratação Oral, hoje, devido aos patógenos emergentes podem provocar graves manifestações clínicas, óbitos e seqüelas resultantes de suas potentes toxinas, além da alta capacidade alastradora de vários de seus patógenos, que requerem medidas e monitoramentos mais rígidos para seu controle.

É fato que com a introdução de medidas de saneamento básico, obteve-se em todo o mundo, incluindo-se os países em desenvolvimento, um declínio importante das taxas de mortalidade e de morbidade por Doenças Infecciosas e Parasitárias, que eram transmitidas principalmente pela água contaminada e devido à ausência de esgotos.

Ainda que as antigas doenças caracterizadas como doenças da pobreza e decorrentes da ausência de saneamento básico possam ser encontradas em regiões rurais e pontos da periferia urbana, onde as condições de vida são ainda bastante precárias, as diarreias nos dias atuais têm tido como principal fonte de veiculação os alimentos.

Importância dos alimentos como principal fonte de veiculação de doenças (ainda que a veiculação hídrica permaneça importante em regiões rurais e pontos da periferia urbana):

- desenvolvimento econômico e globalização do mercado mundial;
- intensa mobilização mundial das populações através de viagens internacionais, etc.
- modificação no estilo de vida - utilização de alimentos industrializados e mudanças de hábitos (refeições fora de casa);

- processos tecnológicos de produção - condições para surgimento de novos patógenos (uso indiscriminado de antimicrobianos na criação de animais, uso de rações industriais ou processo industriais de preparação de alimentos);
- aumento do consumo de alimentos "frescos" ou "in natura" ou crus.

Alguns fatores são apontados como determinantes para que o alimento seja considerado a principal fonte de veiculação de doenças:

- a) o desenvolvimento econômico e a globalização do mercado mundial favoreceram a disseminação dos micróbios;
- b) as modificações no estilo de vida com a crescente utilização de alimentos industrializados e pela mudança de hábitos consumindo-se refeições fora de casa;
- c) os próprios processos tecnológicos de produção que podem propiciar condições para o surgimento de novos patógenos como o uso indiscriminado de antimicrobianos na criação de animais, o uso de rações industrializadas, ou processos industriais de preparação do alimento;
- d) o aumento do consumo de alimentos "frescos" ou "in natura" ou crus, além da,
- e) intensa mobilização mundial das populações, através das viagens internacionais, dentre outros.

Definição de diarreia:

Síndrome clínica de diversas etiologias, que se caracteriza por alteração do volume, consistência e frequência das fezes, mais comumente associada com fezes líquidas e aumento no nº de evacuações.

Com frequência pode ser acompanhada de vômitos, febre, cólicas e dor abdominal.

Às vezes pode apresentar muco e sangue (disenteria). Representa um sintoma de infecção que pode ser causada por diferentes bactérias, vírus e parasitas ou outros agentes entéricos (toxinas naturais, produtos químicos, etc.), bem como, estar associada a outras doenças não de origem alimentar.

A diarreia aguda é uma síndrome clínica de diversas etiologias que se caracteriza por alterações do volume, consistência e frequência das fezes, mais frequentemente associada com a liquidez das fezes e o aumento no número de evacuações. Com grande frequência costuma ser acompanhada de vômitos, febre, cólicas e dor abdominal. Algumas vezes pode apresentar muco e sangue (disenteria). Em geral é auto-limitada, isto é, tende à cura espontaneamente, com duração entre 2 a 14 dias, e sua

gravidade depende da presença e intensidade da desidratação ou do tipo de toxina produzida pelo patógeno que provocar outras síndromes. Representa um sintoma de infecção que pode ser provocada por diferentes bactérias, vírus e parasitas ou outros agentes entéricos. Doenças diarréicas específicas como cólera, shigeloses, salmoneloses, infecções por *Escherichia coli*, yersinioses, giardíases, campilobacterioses, criptosporidioses, ciclosporíases, gastroenteropatias virais e outras não estarão sendo tratadas neste documento, mas, encontram-se descritas em detalhes no Manual de Doenças Transmitidas por Alimentos, o INFORME NET DTA, disponível em <<http://www.cve.saude.sp.gov.br>>, em doenças transmitidas por alimentos, ou nos manuais específicos.

A diarréia também pode ocorrer associada com outras doenças infecciosas como a malária e o sarampo, podendo ser causada por agentes químicos, fungos, induzida por antibióticos, ou por toxinas produzidas por determinados microorganismos.

Monitorização da doença diarréica aguda (MDDA):

- programa de âmbito nacional, implantado no estado de São Paulo, a partir de 1999, em unidades sentinela municipais que atendem a doença diarréica aguda (incluída a vigilância da diarréia sanguinolenta) - tem como objetivo espelhar o perfil de diarréias nos municípios e respectivas regionais de saúde e, através de permanente acompanhamento de sua tendência, detectar precocemente surtos e epidemias.
- deve servir de alerta para a entrada de determinadas doenças (prevenção de doenças com alto potencial de alastramento) e para detectar ocorrências de problemas na cadeia de produção dos alimentos, nos sistemas de abastecimento de água, no meio ambiente e em outras condições de vida que alterem a saúde da população.

A importância da MDDA é definitiva para as unidades locais de saúde que atendem diarréia em seus municípios. Representa um instrumento de análise semanal dos episódios para a busca de relação entre os eventos (local comum das diarréias, fontes comuns de transmissão, grupos de pessoas envolvidas, etc.) o que permite detectar a tempo um surto ou epidemia, doenças sob notificação compulsória e outros agravos inusitados à saúde, possibilitando a investigação o mais precoce possível de suas causas e assim impedindo seu alastramento.

Sinais e sintomas:

As diarreias podem determinar modificações no estado geral normal do paciente, principalmente as crianças, dependendo da intensidade do quadro. Para melhor caracterização, deve-se atentar para os seguintes sintomas que, em presença de diarreia, podem indicar desidratação:

- Depressão na fontanela ou moleira do recém-nascido, olhos encovados e sem brilho, expressão facial lânguida, lábios ressequidos, língua saburrosa, pulso fraco, pouca urina torpor.

O quadro a seguir, elaborado pela Organização Mundial da Saúde, mostra como avaliar os sinais de desidratação do paciente com diarreia e associa a desidratação aos planos de condutas terapêuticas propostas pelo Ministério da Saúde.

1. Observe:			
Condição	Bem, alerta.	Irritado, intranquilo.	Comatoso hipotônico
Olhos	Normais	Fundos	Muito fundos
Lágrimas	Presente	Ausentes	Ausentes
Boca e língua	Úmidas	Secas	Muito secas
Sede	Bebe normalmente	Sedento, bebe rápido e avidamente.	Bebe mal ou não é capaz de beber
2. Explore:			
Sinal da prega*	Desaparece rapidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente
Pulso	Cheio	Rápido, débil.	Muito débil/ausente
Enchimento capilar**	Normal	Prejudicado	Muito prejudicado
3. Decida:			
	Não existem sinais de desidratação	Se apresentar dois ou mais sinais desta coluna, há desidratação.	Se além dos dois ou mais sinais das colunas do meio, apresentar também pelo menos um sinal desta coluna, há desidratação grave.
4. Trate:			
	Use Plano A	Use Plano B	Use Plano C (pese o paciente obrigatoriamente)

* O *sinal da prega* consiste no repuxamento da pele do abdome da criança; em caso de desidratação, a pele perde a elasticidade e não volta facilmente ao normal.

** No teste de *enchimento capilar* o examinador comprime a mão fechada da criança, durante 15 segundos. A seguir, observa em quanto tempo a palma da mão da criança retorna à coloração normal. Esta avaliação da circulação periférica é muito importante, principalmente para as crianças desnutridas, nas quais outros sinais de desidratação (elasticidade da pele, sintomas nos olhos, etc.) são de difícil apreciação.

Tratamento e Orientações de Enfermagem

Plano A: criança com diarreia, sem sinais de desidratação

A grande maioria das crianças com diarreia não apresenta desidratação. Para sua prevenção não há necessidade de utilizar um rígido esquema de tratamento, apenas deve-se, após o exame clínico, orientar os familiares sobre a evolução natural da doença, o risco de complicações e a conduta a ser utilizada, abaixo descrita.

- É recomendável o aumento da ingestão de líquidos preparados com ingredientes facilmente disponíveis: soro caseiro, chás, sopas, sucos e água de cozimento de cereais - como o arroz e o milho.
- Receita do soro caseiro: misture e dê em pequenas doses para a criança várias vezes ao dia: um copo de água filtrada ou fervida, uma colher de chá de açúcar e uma pitada de sal;
- A alimentação habitual deve ser mantida, em especial o leite materno, aumentando-se a frequência das mamadas;
- O tipo e quantidade dos alimentos normalmente ingeridos não devem ser modificados;
- A família deve ser ensinada a reconhecer os sinais de desidratação (boca seca, olhos fundos, pouca urina, muita sede). Caso a criança os apresente, iniciar imediatamente a administração de soro caseiro - se a diarreia piorar, procurar o serviço de saúde mais próximo.

Plano B: criança com diarreia e sinais de desidratação

A reidratação oral com soro é o tratamento de escolha para as crianças com desidratação decorrente de diarreia e vômitos. Além disso, devem ser realizados os seguintes procedimentos:

- a quantidade da solução ingerida dependerá da sede da criança e deve ser oferecida com frequência;
- a administração do soro não impede que os lactentes que estiverem sendo amamentados continuem a receber o leite materno normalmente; para as crianças com outro tipo de alimentação, o soro reidratante deve ser dado apenas enquanto persistirem os sinais de desidratação;
- caso a criança vomite, o volume de soro administrado deve ser reduzido, e sua frequência aumentada;

- a partir do momento em que a criança inicia sua reidratação, a febre causada pela desidratação geralmente cede e os sinais clínicos desaparecem paulatinamente. Assim, deve-se evitar o uso de antitérmicos nesta fase. No entanto, as crianças devem ser reavaliadas com frequência. Caso o volume de soro inicialmente prescrito não debele a desidratação, faz-se necessário um volume adicional – ressalte-se, porém, que são poucos os casos em que se faz necessária esta prescrição adicional;
- jamais devem ser utilizados refrigerantes como solução de reidratação, pois além de ineficazes podem piorar a diarreia;
- as crianças com desidratação devem permanecer na unidade de saúde até sua completa reidratação;
- ao desaparecerem os sinais de desidratação, cessa a fase de reidratação. Se isto ocorrer antes da ingestão de todo o volume inicialmente prescrito, esta fase deve ser interrompida e a criança deve voltar a alimentar-se, sendo-lhe administrado o soro de reidratação oral somente após cada evacuação;
- a família deve ser orientar sobre os sinais de piora: sede intensa; vômitos frequentes; aumento da diarreia; irritabilidade ou prostração. Caso ocorram, a criança deve retornar imediatamente ao Serviço de Saúde.

Plano C: criança com diarreia e desidratação grave – procurar o serviço de saúde.

- destina-se a paciente com diarreia e desidratação grave;
- uso de reidratação venosa e logo que possível, reidratação oral.

REFERÊNCIA BIBLIGRÁFICA

SOUTO Junior J.V. Prevenção das doenças diarréicas agudas.
Disponível em <<http://www.fozdoiguacu.pr.gov.br/noticia/link65.htm>>

TEMA 3 - O PROCESSO DE ADOLESCER

BULLYING - COMPORTAMENTO AGRESSIVO ENTRE ESTUDANTES



4.bp.blogspot.com/.../300px-Bullying_Irfe.jpg

imagem em: blogdogabrielrodrigo.blogspot.com/2008/10/o-q...

“Para que o mal vença, basta que os homens de bem fiquem de braços cruzados”
Edmund Burke (1729-1797), estadista britânico.

...Por definição, *bullying* compreende todas as atitudes agressivas, intencionais e repetidas, que ocorrem sem motivação evidente, adotadas por um ou mais estudante contra outro(s), causando dor e angústia, sendo executadas dentro de uma relação desigual de poder. Essa assimetria de poder associada ao *bullying* pode ser conseqüente da diferença de idade, tamanho, desenvolvimento físico ou emocional, ou do maior apoio dos demais estudantes...

...Trata-se de comportamentos agressivos que ocorrem nas escolas e que são tradicionalmente admitidos como naturais, sendo habitualmente ignorados ou não valorizados, tanto por professores quanto pelos pais...

...O autor de *bullying* é tipicamente popular...

...Reduzir a prevalência de *bullying* nas escolas pode ser uma medida de saúde pública altamente efetiva para o século XXI...

...O *bullying* pode ser entendido como um balizador para o nível de tolerância da sociedade com relação à violência. Portanto, enquanto a sociedade não estiver preparada para lidar com o *bullying*, serão mínimas as chances de reduzir as outras formas de comportamentos agressivos e destrutivos...

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

LOPES NETO, Aramis A. **Bullying: comportamento agressivo entre estudantes**. *J. Pediatr. (Rio J.)* [online]. 2005, v.81, n.5, suppl., pp. s164-s172. ISSN 0021-7557.

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S002175572005000700006&scrip=sci_arttext>

Objetivos

Para atingir estes objetivos é necessária a apropriação dos conhecimentos das unidades anteriores e de novos saberes, conforme segue:

1. Conhecer a importância das políticas de saúde, dos direitos da criança e do adolescente, o papel da família e das demais instituições sociais na promoção da saúde e no processo de adoecer dos adolescentes;
2. Reconhecer as peculiaridades do processo de crescimento e desenvolvimento do adolescente, observando os aspectos físicos relacionados ao sexo e as dimensões biológica, psicoafetiva e social;
3. Considerar no cuidado aos adolescentes, os aspectos da diversidade social, econômica, cultural, religiosa, racial, étnica, os valores da família e do grupo a que pertence;
4. Conhecer as necessidades nutricionais do adolescente a fim de orientar, educar e intervir quando necessário;
5. Identificar situações de risco e de vulnerabilidades, maus tratos, trabalho infanto-juvenil, agravos e doenças prevalentes, que requeiram intervenção, considerando as condições de vida;
6. Prestar cuidados de enfermagem aos adolescentes em situação de sofrimento/agravo/doença, recuperação, desenvolvendo vínculo terapêutico, carinho, atenção e escuta;
7. Desenvolver ações educativas para a promoção da saúde do adolescente.

Conteúdo

- Marco conceitual, concepção de adolescência, ações governamentais para atenção à saúde do adolescente;
- A adolescência e as transformações;
- Nutrição na adolescência;
- Adolescência – vulnerabilidades e potencialidades;
- Sexualidades;
- Gravidez na adolescência;
- Contracepção;
- Acidentes;
- Associação de riscos;
- Abuso e uso de álcool e drogas; Prostituição Infantil;
- Doença falciforme e
- Esquizofrenia.

Proposta para desenvolvimento das atividades

1. Recomendar a leitura do texto "MARCO CONCEITUAL E LEGAL". Estimular a pesquisa na Internet das **Portarias SMS-G 527/04 e 295/04**, como atividades extra sala de aula, que possibilitem a discussão sobre os conceitos básicos relativos ao processo de adolecer: marcos (biológico, social), direitos, ética, risco, vulnerabilidade, etc.
2. Estimular a discussão e o registro dos aspectos relevantes, considerando os conceitos abordados nos textos e a realidade do território. Se necessário, rever MODULO I, UNIDADE I - TEMAS 1, 2 e 3.
3. Construir com o grupo de alunos um roteiro para uma entrevista com adolescentes em seu contexto de vida – contemplando os temas: sexualidade, gravidez e contracepção, drogas, perspectivas de vida (projetos para o futuro), pertencimento social. Sugerimos para a realização da entrevista algum equipamento do território que trabalhe com adolescentes tais como: CECCO/ ou CAPS Juventude/ ou CAPS Álcool e drogas/ ou Casa do Adolescente/ ou CRDST/ AIDS; ou Centros de Juventude, ONGs etc. A leitura dos textos: "ADOLESCÊNCIA: as transformações; "NUTRIÇÃO NA ADOLESCÊNCIA"; "ADOLESCÊNCIA - vulnerabilidades e potencialidades"; "SEXUALIDADE"; "GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA" e "CONTRACEPÇÃO" é necessária para a realização deste trabalho.
4. Em plenária apresentar e sistematizar os resultados das entrevistas; esclarecer possíveis dúvidas e destacar principais fundamentos, buscando reconhecer se a organização dos serviços de saúde atende às necessidades dos adolescentes. (Ver os temas Necessidades em saúde e Processo de trabalho na Unidade II do Módulo I).
5. Solicitar ao grupo que manifeste os seus sentimentos sobre as questões discutidas e respondam:
 - Que impacto essas questões resultam na prática dos profissionais de saúde?
 - Quais mudanças serão necessárias nos processos de trabalho em Saúde e em Enfermagem, para garantir o atendimento aos direitos do adolescente? Relacionar com sua prática.

CARO ALUNO:

Para a próxima atividade cujo objetivo é refletir sobre os eventos que provocam sofrimento, doença e morte da população juvenil é necessário pesquisar, lendo os textos desta apostila e os manuais encontrados nos sites abaixo:

"PRINCIPAIS ACIDENTES"; "ACIDENTES DE TRÂNSITO"; "ASSOCIAÇÃO DE RISCOS"; "DOENÇA FALCIFORME" e "ESQUIZOFRENIA", **página.x a..** "PRO-ADOLESC - PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE" no site:

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/crianca/0004/pro_adolesc.pdf>

"MANUAL PREVENÇÃO DE ACIDENTES E PRIMEIROS SOCORROS NAS ESCOLAS" no site:

<<http://www.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/crianca/0005>>

"MAUS TRATOS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA, BULLYING" - no site:

<<http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/crianca/0005/Adolescente.pdf>>

<http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/crianca/0005/Manual_Prev_Acid_PrimSocorro.pdf>

6. Trabalhar em grupos: dos resultados das entrevistas realizadas na atividade 4 desta seqüência, escolher relatos que retratem as situações abaixo ou a realidade epidemiológica do território:

- adolescente em sofrimento como ser vítima do BULLYING ou ter sido vítima de maus tratos.
- adolescente com algum agravo - ter sofrido um acidente ou ter se envolvido com drogas.
- adolescente com Doença - mental ou DST.

7. Solicitar que cada grupo elabore o plano de trabalho, em conformidade com as necessidades levantadas, para recuperação, prevenção e promoção da saúde dos adolescentes nas situações escolhidas. O docente deverá fazer as intervenções necessárias.

ESTÁGIO SUPERVISIONADO Nº 3

Este estágio tem por objetivo

1. Relacionar a concepção de adolescência, marco conceitual, ações governamentais para atenção à saúde do adolescente às ações realizadas na unidade de estágio;
2. Reconhecer as transformações da puberdade;
3. Observar hábitos alimentares e a alimentação oferecida, comparando às necessidades de nutrição na adolescência;
4. Prestar cuidados de enfermagem aos adolescentes em situação de sofrimento/agravo/doença, recuperação, desenvolvendo vínculo terapêutico, carinho, atenção e escuta.
5. Executar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do adolescente.
6. Identificar, discutir as situações de Urgência e emergência.

Orientar a atividade do Estágio Supervisionado Nº 3

Organizar os grupos de estágio de modo a proporcionar vivências

1. Na Unidade Hospitalar - Trabalhar em grupos - Prestar cuidados de enfermagem à
 - Uma adolescente grávida;
 - Adolescente vítima de acidente ou portador de DST/Aids.
2. Elaborar e executar o Plano de trabalho, segundo a SAE e identificar as necessidades do adolescente, estabelecendo as prioridades do atendimento. No grupo apresentar os resultados dos trabalhos relacionando com as discussões em sala de aula e com a Apostila do Módulo I/Unidade IV /Tema 1.
3. Planejar e executar ações educativas para adolescentes nas Unidades de Saúde, ONGs, Escolas ou Centros de Juventude buscando atender às necessidades dos grupos.
Caso o interesse seja os métodos contraceptivos, a ETSUS dispõe de "Kits" completos.
4. De acordo com a disponibilidade e o planejamento regional desenvolver atividades de capacitação para o atendimento às urgências e emergências prevalentes nesta fase do ciclo de vida.

Tempo estimado: 12 horas



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal da Saúde
Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde
Escola Técnica do SUS – São Paulo



TÉCNICO EM ENFERMAGEM
Instrumento de AVALIAÇÃO - ESTÁGIO SUPERVISIONADO Nº3
Módulo III – Unidade III
O Direito à saúde e aos cuidados nas diferentes fases dos ciclos de vida - Tema 2
O adolescente em situação de sofrimento/ agravo/ doença
Aluno

Aluno:

Matrícula:

Turma:

Data:

Local:

Relate a experiência vivida ao prestar cuidados ao adolescente em situação de sofrimento ou agravo.

Aluno

Docente



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal da Saúde
Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde
Escola Técnica do SUS – São Paulo



TÉCNICO EM ENFERMAGEM
Instrumento de AVALIAÇÃO - ESTÁGIO SUPERVISIONADO Nº 3
Módulo III – Unidade III –
O Direito à saúde e aos cuidados nas diferentes fases dos ciclos de vida
Tema 2
Cuidados de Enfermagem ao adolescente
Aluno

Aluno:

Matrícula:

Turma:

Data:

Local:

Faça uma auto-avaliação considerando facilidades e dificuldades em relação a prestação de cuidados ao adolescente.

Aluno

Docente



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
 Secretaria Municipal da Saúde
 Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde
 Escola Técnica do SUS – São Paulo



TÉCNICO EM ENFERMAGEM
Instrumento de AVALIAÇÃO - ESTÁGIO SUPERVISIONADO Nº 3
 Módulo III – Unidade III
 O Direito à saúde e aos cuidados nas diferentes fases dos ciclos de vida
 Tema 2
Cuidados de Enfermagem ao adolescente
Docente

Aluno:

Matrícula:

Turma:

Data:

Local:

Avaliar as atividades desenvolvidas pelo aluno: as visitas, os registros, as ações educativas, o desenvolvimento das habilidades e a autoavaliação. Propor encaminhamento pedagógico conforme necessidade do aluno.

Aluno

Docente

O CONCEITUAL E LEGAL ¹

Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitem o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência – Estatuto da Criança e Adolescente.

Lei nº. 8069, de 13/07/1990.

Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente

<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm>

Nas últimas três décadas a estrutura etária da população brasileira sofreu profundas mudanças resultantes da queda da fecundidade, da redução da mortalidade, e do aumento da expectativa de vida. A nova estrutura evidencia o envelhecimento da população, e uma "onda jovem" caracterizada pelo aumento do volume das faixas etárias de 10 a 24 anos. Hoje, a juventude brasileira representa quase um terço da população total brasileira. À medida que o tamanho relativo da população juvenil cresce, também aumenta a necessidade de se conhecer e interferir no contexto em que o seu desenvolvimento social e físico ocorre e nas políticas públicas que podem afetar sua saúde.

As nações atentas para nova demanda juvenil decidiram na 42ª Assembléia Mundial da Saúde, em 1989, promovida pela OMS - Organização Mundial de Saúde, criar um programa de saúde para adolescentes, com base em suas necessidades específicas, destacando alguns temas como: a gravidez precoce, as doenças de transmissão sexual, o consumo de tabaco, álcool e outras drogas, e a importância dos adolescentes serem vistos ao mesmo tempo como grupo beneficiário e como importante recurso para a promoção da saúde. No mesmo ano o Ministro da Saúde cria no Brasil o Programa Saúde do Adolescente (Portaria nº 980 de 21/12/89) que dentre seus objetivos visa a implantação de programas que garantam um atendimento adequado aos adolescentes e jovens, fundamentado numa política de promoção de saúde, de identificação de riscos, detecção precoce dos agravos com tratamento adequado e reabilitação.

Os limites do sistema de saúde brasileiro para a melhoria da atenção à saúde dos adolescentes são grandes. A profunda desigualdade socio-econômica, de gênero, racial e diversidades

¹ Texto elaborado para fins didáticos a partir do Manual de saúde do Adolescente, São Paulo, 2006.

regionais marcantes, se soma a simultaneidade de patologias passíveis de controle e erradicação, típicas da pobreza e da vida rural, com outras próprias das sociedades urbanas desenvolvidas, agravadas pelas patologias emergentes da década de 90, como a AIDS e o crescimento da mortalidade e morbidade por causas externas associadas à violência urbana.

É nesse contexto que se dá o processo de construção da identidade dos jovens brasileiros e suas respostas social e individual de forma mais ou menos adequada. A proposta de atenção integral à saúde dos jovens é intervir nesse processo através de ações que satisfaçam suas necessidades, e permitam o desenvolvimento de suas competências e habilidades, tomando-os parte de redes sociais.

O sucesso da intervenção se dará na medida em que as famílias, comunidades, instituições e indivíduos estabeleçam, conduzam, integrem e apoiem as políticas de desenvolvimento e atenção aos jovens através da saúde, educação, bem estar, emprego e da participação social.



Convite do Conselho Municipal da Juventude – 22/10/2008
Secretaria de Participação e Parceria, da Coordenadoria da Juventude no site:
http://www.juventude.sp.gov.br/sis/fl/documentos/convite_CMJ_SP.jpg

O nosso maior desafio na sistematização das diretrizes e estratégias que norteiam as ações básicas de saúde para adolescentes e jovens é propiciar que cada um busque, no âmbito do seu conhecimento específico, adequar sua linguagem, valores e práticas, com vistas à construção de um novo modelo de atenção que reduza a vulnerabilidade dos jovens frente às adversidades do mundo, garantindo seus direitos humanos.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Convite do Conselho Municipal da Juventude – 22 out. 2008.

SÃO PAULO (Cidade); Secretaria de Participação e Parceria, da Coordenadoria da Juventude.

Disponível em <http://www.juventude.sp.gov.br/sis/fl/documentos/convite_CMJ_SP.jpg>

Acesso em jul. 2009.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde - Manual de atenção à saúde do adolescente. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde-CODEPPS. São Paulo: SMS, 2006. 328p.

A ADOLESCÊNCIA E AS TRANSFORMAÇÕES

(físico-biológicas, psico-sócio-cultural e econômica)

A adolescência é um período de mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais que separam a criança do adulto, prolongando-se dos 10 aos 20 anos incompletos, segundo os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS), ou dos 12 aos 18 anos de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente do Brasil. Atualmente a adolescência é tida como um período extremamente relevante dentro do processo de crescimento e desenvolvimento, quando as transformações físico-biológicas da puberdade associam-se àquelas de âmbito psico-sócio-cultural e econômico.

Ao rápido crescimento em estatura, característico desta fase, dá-se o nome de estirão puberal. O crescimento pondo-estatural na puberdade e a rapidez e a magnitude com que os jovens crescem podem ser acompanhados através da utilização de tabelas e gráficos de altura e peso, construídos a partir de estudos populacionais. No acompanhamento da saúde do adolescente é fundamental que se trabalhe com a detecção da velocidade dessas mudanças, tendo em vista que o seu acompanhamento é um sensível detector de possíveis agravos que podem retardar o desenvolvimento físico.

O fenômeno puberdade/ adolescência não pode ser estudado isoladamente. A puberdade corresponde às modificações biológicas, e a adolescência às transformações biopsicossociais em que estas se inserem.

O conceito de puberdade está relacionado aos aspectos físicos e biológicos do indivíduo, iniciando-se por volta dos 09/10 anos de idade. É nesse período que a criança perde o modo infantil e sente as primeiras modificações corporais.

As modificações pubertárias observadas em praticamente todo o organismo são:

- estirão de crescimento pondero-estatural;
- modificação da composição corporal, resultante do desenvolvimento esquelético e muscular e das modificações na quantidade e distribuição de gordura;
- desenvolvimento do sistema cardiorrespiratório, predominantemente da força e da resistência;
- desenvolvimento do aparelho reprodutor.

Neste momento do ciclo vital, o hipotálamo passa a estimular a hipófise para a produção de hormônios do crescimento e amadurecimento, fazendo com que ocorra o desenvolvimento das características sexuais secundárias.

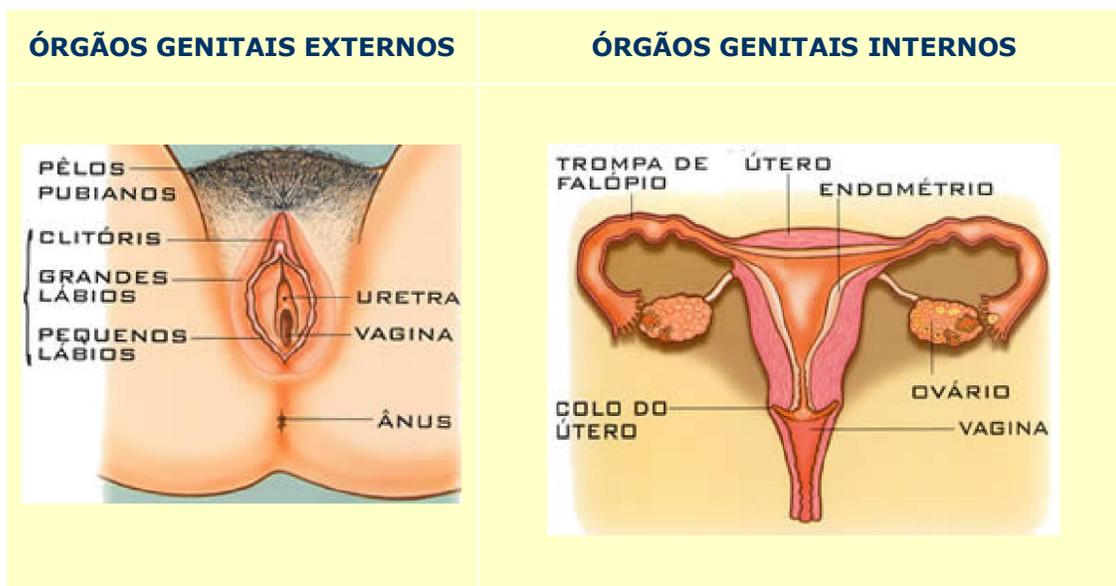
A puberdade marca a adolescência do ponto de vista biológico e possibilita a aquisição de um corpo adulto com acesso à expressão da sexualidade e da capacidade reprodutiva.

Nas meninas, o estrogênio e a progesterona são os responsáveis pelo surgimento das características sexuais secundárias, estando relacionados à vida sexual e reprodutiva. Nos meninos, a testosterona é o hormônio responsável pelo surgimento das características sexuais secundárias, produção de espermatozóides e aumento do impulso sexual, da agressividade, do crescimento em altura, da força física.

Geralmente a puberdade feminina inicia-se entre 10 e 11 anos de idade, com o surgimento dos brotos mamários (telarca); concomitantemente, aparecem os pêlos púbicos. A quantidade de pêlos púbicos e o tamanho dos seios vão aumentando paralelamente à aceleração do crescimento. A fase do estirão (12 anos) é relativamente precoce dentro do processo pubertário feminino, muitas vezes antecedendo a menarca. A velocidade de crescimento praticamente dobra durante o estirão (8-9 cm /ano), quando comparado ao crescimento pré-puberal (4-5 cm /ano).

Ao final do estirão, na fase de desaceleração do crescimento, mais perto do fim da puberdade (12-13 anos), é que ocorre a menarca. Nos anos seguintes a ela, a menina ainda cresce alguns centímetros (5-6 cm), tem um pequeno acréscimo no tamanho dos seios e na quantidade de pelos púbicos. Nesta fase o corpo acumula gordura, principalmente em certas regiões do corpo como quadris, nádegas e coxas, resultando em contornos tipicamente femininos.

MORFOLOGIA DO APARELHO REPRODUTOR FEMININO



<http://www.esec-tondela.rcts.pt/sexualidade/sistemareprodutorfeminino.htm>

Gônadas	Ovários	Glândulas em forma de amêndoa onde são formados os gametas (óvulos).
Vias Genitais	Trompas de Falópio	Canais com 12 a 14 cm de comprimento, que se estendem desde cada um dos ovários até à parte superior do útero. Iniciam-se por uma porção em forma de funil - pavilhão - que envolve parcialmente o ovário.
	Útero	Órgão musculoso e oco revestido por uma membrana mucosa chamada endométrio . Divide-se em duas partes: a superior ou corpo , mais volumosa onde vão dar as trompas de Falópio; a inferior, mais estreita, chamada colo ou cérvix que comunica com a vagina.
	Vagina	Canal muscular que faz a comunicação do útero com o exterior.
Órgãos exteriores	Vulva	Constituída por dois pares de pregas cutâneas - grandes lábios e pequenos lábios - que envolvem os orifícios vaginal e urinário, bem como o clitóris.

<http://homepage.oninet.pt/082maa> www.sexualidades.com

A puberdade masculina tem início por volta dos 11-12 anos. Primeiro, ocorre um ligeiro aumento do volume testicular, geralmente ignorado pelo menino; concomitantemente, surgem os primeiros pêlos púbicos e, posteriormente, o crescimento do pênis, inicialmente em comprimento, depois em diâmetro. O estirão do menino (10 cm/ano) ocorre por volta dos 14 anos, num momento mais próximo do fim da puberdade. As mãos e os pés, seguidos pelos braços e pernas, têm seu estirão de crescimento anterior ao estirão do tronco e da altura, conferindo ao menino desproporcionalidade temporária, tornando-o "desajeitado". Ao contrário das meninas, que acumulam gordura, os meninos desenvolvem massa muscular.

É comum para os dois sexos uma variabilidade individual dos fenômenos pubertários, tanto em relação ao seu momento inicial, como em relação ao ritmo de sua progressão. Adolescentes de mesma idade podem estar em fases diferentes da puberdade, assim como adolescentes que a iniciam com a mesma idade podem chegar ao término em idades diferentes.

MORFOLOGIA DO APARELHO REPRODUTOR MASCULINO

<http://www.esec-tondela.rcts.pt/sexualidade/sistemareprodutormasculino.htm>



Gônadas	Testículos	Glândulas ovóides situadas fora da cavidade abdominal, envolvidas por uma bolsa cutânea - escroto . É onde são produzidos os gametas (espermatozóides).
Vias Genitais	Epidídimo	Tubo em espiral situado na parte superior de cada testículo.
	Canal deferente	Canal que vai do epidídimo, entrando na cavidade abdominal, até à uretra.
	Uretra	Canal comum aos sistemas urinário e reprodutor. Percorre interiormente o pênis até ao exterior.
Órgãos exteriores	Pênis	Órgão cilíndrico cuja parte terminal é mais alargada constituindo a glândula . Esta é revestida por uma prega cutânea chamada prepúcio
	Escroto	Bolsa cutânea que envolve os testículos.
Glândulas anexas	Vesícula seminal	São responsáveis pela produção de secreções (líquido seminal e prostático) que juntamente com os espermatozóides vão constituir o sêmen ou esperma que é ejaculado pela uretra.
	Próstata	

<http://homepage.oninet.pt/082maa>

www.sexualidades.com

Durante a puberdade, em ambos os sexos, mas de forma mais acentuada nos meninos, a pele se torna mais oleosa, aumenta a produção de suor e pode surgir a acne; também ocorre a mudança de voz e o crescimento dos pêlos axilares.

Uma das características importantes desse processo é a magnitude e a rapidez das transformações que a caracterizam. Durante um período de 3 a 5 anos surgem e desenvolvem-se os caracteres sexuais secundários, culminando com a aquisição da capacidade reprodutora, quando ocorre intenso estirão do crescimento, durante o qual são ganhos cerca de 50% do peso e 20% da estatura definitiva.

A velocidade de ganho de peso acompanha a do crescimento em estatura durante o estirão puberal; a velocidade máxima de ganho de peso coincide com o pico de velocidade de crescimento (PVC) ou ocorre alguns meses após, e o adolescente ganha cerca de 9 a 10 kg.

São muitas as diferenças na composição corporal entre ambos os sexos. O ganho de peso dos meninos é consequência do grande crescimento da sua massa muscular, enquanto nas meninas o maior responsável é o ganho do tecido adiposo.

A maioria das crianças passa por uma fase de repleção puberal: entre 08 e 10 anos de idade acontece o ganho de tecido

adiposo em ambos os sexos, que se traduz no aumento da porcentagem de gordura corpórea e da espessura das pregas cutâneas, proporcionando um aspecto mais "rechonchudo" nesta fase.

Com o início do estirão puberal, entretanto, a velocidade de ganho de gordura diminui. Esta diminuição na deposição do tecido adiposo ocorre juntamente ao incremento do crescimento ósseo e muscular. Como músculo e osso pesam mais que a gordura, a densidade corpórea (Peso/ Altura) aumenta na adolescência, e é maior no sexo masculino devido à sua maior massa muscular.

A diferença importante entre os sexos consiste no fato de que as meninas têm taxa de deposição de gordura sempre maior que os meninos e, mesmo diminuindo o ritmo de acréscimo, continuam sempre ganhando gordura, embora mais lentamente, enquanto os meninos chegam realmente a perder tecido adiposo. Isto explica por que os meninos se tornam aparentemente mais magros nesta fase, e as meninas mais gordinhas (principalmente após passarem pelo PVC, na época da menarca).

A porcentagem da gordura corpórea está em torno de 15%, em ambos os sexos, aos 09 anos de idade. Na época do PVC ela é de 12% nos meninos (permanecendo assim por alguns anos), e de 19% nas meninas (subindo para 25% após a menarca). Assim, ao fim da puberdade, as meninas têm o dobro de gordura, comparadas aos rapazes.

A exemplo do estirão puberal em estatura, o crescimento e desenvolvimento do aparelho reprodutor e dos caracteres sexuais secundários é um dos acontecimentos mais característicos e importantes da puberdade. A realização constante e sucessiva das medidas da estatura e cálculos da velocidade de crescimento são muito importantes para se caracterizar a fase de crescimento físico do adolescente. O estadiamento da maturação sexual é feito pela avaliação das mamas e dos pêlos púbicos no sexo feminino, e dos genitais e pêlos púbicos no sexo masculino. A maturação sexual é um processo contínuo.

A puberdade termina e com ela o crescimento físico e o amadurecimento gonadal, em torno dos 18 anos, coincidindo com a soldadura das cartilagens de conjugação da epífise dos ossos longos, o que determina o fim do crescimento esquelético.

O crescimento é, portanto, um processo caracterizado pelo aumento físico do corpo e pelo aumento do tamanho e do número de células de todos os órgãos e sistemas, que se inicia na concepção e continua por toda a vida. Já o desenvolvimento pubertário é o aumento da capacidade do indivíduo de realizar funções orgânicas cada vez mais complexas.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

EDUCAÇÃO SEXUAL - Morfologia do aparelho reprodutor feminino.

Disponível em:

<<http://www.esectondela.rcts.pt/sexualidade/sistemareprodutorfeminino.htm>> Acesso em: 15 set. 2008.

EDUCAÇÃO SEXUAL - Morfologia do aparelho reprodutor masculino

Disponível em:

<<http://www.esec-tondela.rcts.pt/sexualidade/sistemareprodutormasculino.htm>> Acesso em: 15 set. 2008.

NUTRIÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

A nutrição adequada na infância é indispensável não só para o crescimento e desenvolvimento da criança, mas também é fundamental para a nossa sobrevivência. É ainda na infância que os bons hábitos alimentares devem ser estabelecidos, por sua influência ao longo da vida e, particularmente, na adolescência.

Por ocasião do desmame, o processo deve ser lento e gradual, complementando a dieta do lactente em energia, proteína, vitaminas e minerais. A superalimentação pode ocorrer nesta fase de transição, podendo ter impacto negativo na saúde como é o caso da obesidade que pode se estender pela adolescência e pela vida adulta.

O estirão puberal provoca um aumento considerável das necessidades de energia e de diversos nutrientes. Cerca de 20% da estatura e 50% do peso adulto são ganhos durante os 4 ou 5 anos da puberdade.

A taxa de metabolismo basal aumenta durante a adolescência e está intimamente correlacionada com a massa corporal magra; como esta é maior no sexo masculino, a taxa metabólica e as necessidades calóricas também são maiores que no sexo feminino. O nível de atividade física também aumenta em muitos adolescentes, em virtude de modificações na vida social, participação em esportes ou trabalho.

Freqüentemente os adolescentes fazem refeições fora do lar, ingerem lanches rápidos, sanduíches, refrigerantes, consumindo maior volume de alimentos industrializados. Os adolescentes são facilmente seduzidos pelo prazer do momento, não considerando as noções de "mais saudável".

Algumas situações de risco para uma nutrição adequada na adolescência: estirão do crescimento; perda sangüínea menstrual; prática esportiva; trabalho físico excessivo; baixo padrão aquisitivo; modismos, mitos e tabus alimentares; dietas alternativas; obesidade e regimes de emagrecimento; depressão; anorexia/bulimia nervosa; uso de substâncias psicoativas; consumo de esteróides anabolizantes; anticoncepção hormonal; gravidez/lactação; doenças crônicas e uso continuado de medicação.

Os hábitos de alimentação excessiva durante esta fase da vida podem contribuir para o aparecimento do sobrepeso e obesidade, dentre outras doenças debilitantes.

Sobrepeso e obesidade na adolescência: podem ser definidos respectivamente como: um aumento excessivo de peso corporal total, excedendo um padrão baseado na altura e um estado de adiposidade generalizada ou localizada.

O adolescente idealiza um corpo na elaboração da auto-imagem e na auto-estima corporal e, quanto mais distante este corpo idealizado está do real, maiores serão as possibilidades de conflitos, ocasionando depressões, isolamento social ou tentativa de controle.

O corpo físico assume dimensão significativa na vida do adolescente. Uma vez iniciadas as transformações corporais, o jovem passa a assistir e a viver todo esse processo e é acompanhado de intensa ansiedade e de inúmeras fantasias, que podem ocasionar situações ou momentos de afastamento ou isolamento social.

No caso de adolescentes obesos, a preocupação com a imagem corporal que o excesso de gordura provoca (quando existe), ocasiona o isolamento e como conseqüência, compõe-se um círculo vicioso, onde o adolescente fica cada vez mais afastado das atividades sociais e esportivas, ingerindo mais alimentos do que necessita, mantendo e aumentando seu grau de obesidade e prejudicando sua saúde.

Entre os fatores determinantes para o aparecimento da obesidade na infância encontram-se: desmame precoce e introdução de fórmulas lácteas inadequadamente preparadas, distúrbios do comportamento alimentar e inadequada relação familiar. Na adolescência, somados aos fatores da infância, estão: as alterações pubertárias, a baixa auto-estima, o sedentarismo, lanches mal balanceados em excesso e a enorme suscetibilidade à propaganda consumista.

O sobrepeso e a obesidade em crianças e adolescentes têm sido considerados importantes problemas de saúde pública, visto que: o excesso de peso e de gordura corporal aumenta o risco de sobrepeso e obesidade na vida adulta, favorecendo o aparecimento e o desenvolvimento de fatores de risco que predispõem os adultos a maior incidência de distúrbios metabólicos e funcionais.

A Organização Mundial da Saúde (1995) sugere o Índice de Massa Corporal como parâmetro antropométrico de avaliação dos adolescentes, considerando-se o ponto de corte para sobrepeso e obesidade os valores de IMC igual ou superior a P85 e P95 respectivamente.

No exame físico inicial de um adolescente obeso, deve-se dar especial atenção ao peso e à estatura, proporções corpóreas, pressão arterial, padrão de distribuição da gordura corpórea, genital, tireóide, estigmas genéticos, exame ortopédico, acne e hirsutismo. A obesidade na adolescência está associada a problemas dermatológicos (intertrigos, dermatofitoses, estrias, furunculose), ortopédicos (joelhos-valgos, pés plano-valgos, risco de epifisiólise), pressão arterial nos percentis superiores, pouca agilidade e dificuldade nos esportes, e problemas psicossociais como baixa auto-estima, isolamento social, depressão e distúrbios de conduta.

As famílias de crianças e adolescentes obesos devem ajudar no planejamento e execução de dietas.

Resumindo

- Fase em que ocorre aumento rápido na altura, peso, massa muscular e maturidade sexual;
- São maiores as necessidades nutricionais de cálcio, ferro e zinco;
- Existe dificuldade em se estabelecer padrões dietético mínimos, diários; para esta fase devido aos: fatores psicológicos que influenciam hábitos alimentares; fatores emocionais e de estresse que afetam a utilização do alimento;
- Os requisitos calóricos e protéicos do adolescente são maiores que em qualquer outro período. Ocorre aumento acentuado do apetite e o estômago é pequeno para acomodar a quantidade de alimento que necessita. Por isso deve comer em intervalos pequenos e freqüentes;
- Os adolescentes mostram uma ingesta suficiente de proteínas para satisfazer suas necessidades, exceto aqueles que limitam sua alimentação, devido problemas econômicos ou para perder peso.

Estimular

- O desjejum;
- A ingestão equilibrada de alimentos de origem vegetal e animal; aumentar o aporte de cálcio para maximizar a densidade óssea;
- Alimentos ricos em ferro, principalmente para as meninas, que são susceptíveis à deficiência de ferro por causa da menarca.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FERRIANI, Maria das Graças Carvalho e SANTOS, Graziela Vieira Bassan dos – **Adolescência; puberdade, nutrição**, cap. 03 p. 77. Revista Adolescer da Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn Nacional, disponível em:

<<http://www.abennacional.org.br/revista/cap3.2.html>> Acesso em: 20 jan. 2009.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde - **Manual de atenção à saúde do adolescente. Secretaria da Saúde**. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde-CODEPPS. São Paulo: SMS, 2006. 328p.

ADOLESCÊNCIA: vulnerabilidades e potencialidades

Em nossa sociedade, circulam idéias sobre adolescência e juventude que se associam à noção de crise, desordem, irresponsabilidade; um problema social a ser resolvido, que merece atenção pública.

O enfoque de risco, em particular, aparece fortemente associado a esses repertórios por meio de expressões como:

- gravidez de risco;
- risco de contrair o HI;
- de uso de drogas ilícitas;
- de vida frente à violência.

O risco generalizado parece, assim, definir e circunscrever negativamente esse período da vida, gerando expressões, ações e posturas equivocadas em relação aos adolescentes.

Vulnerabilidade significa a capacidade do indivíduo ou do grupo social de decidir sobre sua situação de risco, estando diretamente associada a fatores individuais, familiares, culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos.

A noção de vulnerabilidade vem confirmar a visão de um homem plural, construído na sua diversidade, a partir das suas diferenças, não cabendo mais a idéia de pensar as nossas ações e práticas educativas baseadas numa perspectiva de universalidade do sujeito.

Portanto, temos que falar não da adolescência, mas das adolescências, que são definidas por aquilo que está ao redor, pelos contextos sócio-culturais, pela sua realidade, situando-as em seu tempo, em sua cultura.

Algumas questões se mostram relevantes quando falamos da vulnerabilidade dos adolescentes no plano individual, social ou programático.

A gravidez na adolescência é uma delas. Estudos realizados em diferentes países e grupos sociais demonstram aumento da taxa de fecundidade nas adolescentes, em confronto com a diminuição dessas taxas na população geral. No Brasil, essa realidade vem sendo constatada pelo crescente número de adolescentes nos serviços de pré-natal e maternidade, sua maior incidência nas populações de baixa renda, e a associação entre alta fecundidade e baixa escolaridade.

Além da experiência da gravidez entre adolescentes e jovens, há um significativo aumento da infecção pelo HIV/AIDS. Segundo a Organização das Nações Unidas - ONU - das 30 milhões de pessoas infectadas pelo HIV no mundo, pelo menos um terço tem entre 10 e 24 anos. No Brasil 13,4% dos casos diagnosticados entre 1980 e 1998 foram em adolescentes.

Pesquisas apontam que apesar do bom conhecimento sobre a AIDS os jovens possuem dúvidas sobre questões básicas para prevenção. Esse bom conhecimento também não está refletido na adoção das práticas de prevenção, demonstrando uma grande disparidade entre os altos níveis de preocupação em relação a doença e os baixos níveis de mudanças no comportamento da população, tanto que temos evidenciado, mundialmente, as altas incidências do HIV/AIDS.

O uso e abuso de drogas tem sido uma das principais causas de transtornos na adolescência e juventude a exemplo dos acidentes, suicídios, violência, gravidez não planejada e a transmissão de doenças por via sexual e endovenosa, nos casos das drogas injetáveis. A dependência ao uso de drogas tem sido associada ao envolvimento com o crime e a prostituição, entre outras coisas, para custear o vício. Não fosse o consumo de drogas um problema suficientemente grave, temos ainda a problemática do tráfico, o qual representa, no Brasil, e em outros países, uma séria ameaça à estabilidade social.

Trabalhar essas questões na atenção à saúde das/os adolescentes e jovens difere da assistência clínica individual e da simples informação ou repressão. O modelo a ser desenvolvido deve permitir uma discussão sobre as razões da adoção de um comportamento preventivo e o desenvolvimento de habilidades que permitam a resistência às pressões externas, a expressão de sentimentos, opiniões, dúvidas, inseguranças, medos e preconceitos, de forma a dar condições para o enfrentamento e resolução de problemas e dificuldades do dia-a-dia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PEREIRA, Silvana Maria - **Adolescência e consumo de substâncias psicoativas: Riscos e reflexos para a vida futura** - cap. 04, *Adolescer e adoecer: A complexidade dos agravos à Saúde do Adolescente*, p. 112. Revista *Adolescer* da Associação Brasileira de Enfermagem; in. ABEn Nacional, Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/revista/cap4.3.html>> Acessado em: 20 jan. 2009.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde - **Manual de atenção à saúde do adolescente**. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde-CODEPPS. São Paulo: SMS, 2006. 328p.

SEXUALIDADE

A Lei Municipal nº 11.288, de 21/11/1992 determina que o adolescente deva receber atendimento médico em qualquer Unidade de Saúde, seja pelo pediatra, clínico geral ou pelo médico generalista, independentemente do atendimento especializado nas Unidades Básicas de Saúde de referência na região para o PRO-ADOLESC

http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/crianca/0004/pro_adolesc.pdf

A OMS - Organização Mundial de Saúde - definiu **sexualidade** como uma energia que encontra a sua expressão física, psicológica e social no desejo de contato, ternura e às vezes amor.

O desenvolvimento da sexualidade acontece durante toda a vida do indivíduo e depende da pessoa, das suas características genéticas, das interações ambientais, condições socioculturais e outras, conhecendo diferentes etapas fisiológicas: **infância, adolescência, idade adulta e senilidade.**

Na **adolescência** aparecem os caracteres sexuais secundários e tornam-se mais evidentes os comportamentos sexuais, tanto a nível biológico como a nível sócio-afetivo.

Caracteres sexuais secundários masculinos



- Mudança na voz.
- Desenvolvimento corporal por aumento da massa muscular.
- Aumento do tamanho do pênis e dos testículos.
- Poluições noturnas.
- Aparecimento da acne.
- Aparecimento de pêlos nos órgãos genitais, axilas, etc.
- Maior secreção do hormônio testosterona



Caracteres sexuais secundários femininos



- Alargamento das ancas. Maior acumulação de gordura no tecido adiposo.
- Desenvolvimento dos seios e das ancas.
- Menstruação mensal.
- Aparecimento da acne.
- Aparecimento de pêlos nos órgãos genitais, axilas, etc.
- Maior produção do hormônio estrogênio e progesterona.



<http://www.esec-tondela.rcts.pt/sexualidade/sexualidade.htm> em 15/09/2008

As alterações corporais são vivenciadas de forma diferente, de jovem para jovem. Podem aparecer **sentimentos de vergonha, timidez, pudor** e até **ansiedade**, nomeadamente em casa, junto dos pais e dos irmãos, e na escola, junto dos colegas e das colegas.

Por outro lado os hormônios que são responsáveis por estas modificações, produzem um **acentuado aumento do desejo sexual e das sensações eróticas**. É a partir desta fase que se vai desenvolver a resposta sexual adulta.

As relações entre os dois sexos também vão sofrer alterações importantes. É freqüente professores e pais relatarem situações de afastamento e mesmo hostilidade entre rapazes e moças na escola, em casa ou em grupos de amigos.

Outra manifestação é a constituição de **grupos e de espaços ferozmente mono-sexuais** (proibição absoluta dos rapazes entrarem nos grupos das meninas e vice-versa). É como se houvesse um período em que se torna interiormente muito importante mostrar claramente, a si mesmo e aos outros, que se pertence a um sexo bem definido, com características muito específicas e oposto ao outro sexo.



<http://www.esectondela.rcts.pt/sex.htm>

Existe um misto de hostilidade e de jogo de provocação e sedução. Há um não querer e querer, um não precisar e precisar, um não gostar e gostar.

Outro comportamento importante entre meninos e meninas pré-adolescentes é a masturbação que funciona como uma descoberta do corpo e de novas sensações. Pode ser vivida com um misto de prazer e de curiosidade, mas também com muitas dúvidas ou culpabilidades, dados os comentários negativos ou o silêncio dos adultos sobre este assunto.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

EDUCAÇÃO SEXUAL – Sexualidade. Disponível em:
<<http://www.esec-tondela.rcts.pt/sexualidade/sexualidade.htm>> Acesso em: 15 set.
2008.

PORTARIA 295/04 - SMS

PORTARIA Nº: 295 Ano: 2004 Secretaria: SMS

Publicação

18/05/04, Folha 22.

GONZALO VECINA NETO, Secretário Municipal da Saúde, no uso das atribuições que lhe são conferidas por Lei,

Considerando que a porcentagem de adolescentes usuárias do SUS que engravidam, muitas delas de forma não planejada e cada vez mais jovens, permanece elevada;

Considerando o Projeto Nascer Bem - gravidez saudável e parto seguro, implantado pela Prefeitura do Município de São Paulo, em que o Planejamento Familiar tem fundamental importância, não só pela garantia de um direito constitucional dos cidadãos, mas também pela oportunidade dos casais planejarem o número de filhos que desejam ter, assim como o intervalo entre as gestações;

Considerando que a gravidez indesejada leva, freqüentemente, ao aborto em condições inseguras, causando seqüelas e até a morte de mulheres; e Considerando a Lei do Exercício Profissional do Enfermeiro 7498/86 e a Resolução 271/02, que dispõe sobre o que cabe a(o) Enfermeira(o) como integrante da equipe de saúde: realizar prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotinas aprovadas pela instituição de saúde.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

SÃO PAULO (Cidade). Leis, decreto, etc.; PORTARIA 295/04, de 18 maio 2004. DOC. p. 22.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A gravidez precoce é uma das ocorrências mais preocupantes relacionadas à sexualidade da adolescência, com sérias conseqüências para a vida dos adolescentes envolvidos, de seus filhos que nascerão e de suas famílias. No Brasil a cada ano, cerca de 20% das crianças que nascem são filhas de adolescentes, número que representa três vezes mais garotas com menos de 15 anos grávidas que na década de 70.

A grande maioria dessas adolescentes não tem condições financeiras nem emocionais para assumir a maternidade e, por causa da repressão familiar, muitas delas fogem de casa e quase todas abandonam os estudos.

A adolescente poderá apresentar problemas de crescimento e desenvolvimento, emocionais e comportamentais, educacionais e de aprendizado, além de complicações da gravidez e problemas de parto. É por isso que alguns autores considerem a gravidez na adolescência como sendo uma das complicações da atividade sexual.

O contexto familiar tem uma relação direta com a época em que se inicia a atividade sexual. As adolescentes que iniciam vida sexual precocemente ou engravidam nesse período, geralmente vêm de famílias cujas mães se assemelharam à essa biografia, ou seja, também iniciaram vida sexual precoce ou engravidaram durante a adolescência.

O comportamento sexual do adolescente é classificado de acordo com o grau de seriedade. Vai desde o "ficar" até o namorar. "Ficar" é um tipo de relacionamento íntimo sem compromisso de fidelidade entre os parceiros. Num ambiente social (festa, barzinho, boate) dois jovens sentem-se atraídos, dançam conversam e resolvem ficar juntos aquela noite. Nessa relação podem acontecer beijos, abraços, colar de corpos e até uma relação sexual completa, desde que ambos queiram.

Esse relacionamento é inteiramente descompromissado, sendo possível que esses jovens se encontrem novamente e não aconteça mais nada entre eles de novo.

Em bom número de vezes o casal começa "ficando" e evoluem para o namoro. No namoro a fidelidade é considerada muito importante. O namoro estabelece uma relação verdadeira com um parceiro sexual. Na puberdade, o interesse sexual coincide com a vontade de namorar e, segundo pesquisas, esse despertar sexual tem surgido cada vez mais cedo entre os adolescentes.

O adolescente, impulsionado pela força de seus instintos, juntamente com a necessidade de provar a si mesmo sua virilidade e sua independente determinação em conquistar outra pessoa do sexo oposto, contraria com facilidade as normas tradicionais da sociedade e os aconselhamentos familiares e começa, avidamente, o exercício de sua sexualidade.

As atitudes das pessoas são, inegavelmente, estimuladas e condicionadas tanto pela família quanto pela sociedade. E a sociedade tem passado por profundas mudanças em sua estrutura, aceitando a sexualidade na adolescência e, conseqüentemente, também a gravidez na adolescência.

Portanto, à medida que os tabus, inibições, tradições e comportamentos conservadores estão diminuindo, a atividade sexual e a gravidez na infância e juventude vai aumentando.

Porque a adolescente fica grávida? - A utilização de métodos anticoncepcionais não ocorre de modo eficaz na adolescência, inclusive devido a fatores psicológicos inerentes ao período da adolescência.

A adolescente nega a possibilidade de engravidar e essa negação é tanto maior quanto menor a faixa etária.

A atividade sexual da adolescente é, geralmente, eventual, justificando para muitas a falta de uso rotineiro de anticoncepcionais. A grande maioria delas também não assume diante da família a sua sexualidade, nem a posse do anticoncepcional, que denuncia uma vida sexual ativa.

Assim sendo, além da falta ou má utilização de meios anticoncepcionais, a gravidez e o risco de engravidar na adolescente podem estar associados a uma menor auto-estima, a um funcionamento familiar inadequado, à grande permissividade falsamente apregoada como desejável a uma família moderna ou à baixa qualidade de seu tempo livre.



Uma vez constatada a gravidez, se a família da adolescente for capaz de acolher o novo fato com harmonia, respeito e colaboração, esta gravidez tem maior probabilidade de ser levada a termo normalmente e sem grandes transtornos.

Porém, havendo rejeição, conflitos traumáticos de relacionamento, punições e incompreensão, a adolescente poderá sentir-se profundamente só nesta experiência difícil e desconhecida, poderá correr o risco de procurar abortar, sair de casa, submeter-se a toda sorte de atitudes que, acredita, "resolverão" seu problema.

O bem-estar afetivo da adolescente grávida é muito importante para si própria, para o desenvolvimento da gravidez e para a vida do bebê.

Adolescência e o Parto

As piores complicações do parto tendem a acometer meninas com menos de 15 anos e, serão piores ainda em menores de 13 anos. A mãe adolescente tem maior morbidade e mortalidade por complicações da gravidez, do parto e do puerpério. A taxa de mortalidade é 2 vezes maior do que entre gestantes adultas.

A incidência de recém nascidos de mães adolescentes com baixo peso é duas vezes maior que em recém nascidos de mães adultas, e a taxa de morte neonatal é 3 vezes maior. Entre adolescentes com 17 anos ou menos, 14% dos nascidos são prematuros, enquanto que entre as mulheres de 25 a 29 anos é de 6%. A mãe adolescente também apresenta com maior freqüência de sintomas depressivos no pós-parto.

A gravidez será considerada de risco quando a gestante ou o feto estão sujeitos a lesões ou mesmo morte, em decorrência da gravidez ou puerpério (após o parto).

A mortalidade materna e peri-natal é maior na gravidez na adolescência. No Brasil, grande parte das mortes na adolescência estão relacionadas a complicações da gravidez, parto e puerpério. As complicações mais freqüentes da gravidez e parto na adolescência são:

1. toxemia gravídica, que é uma doença hipertensiva da gravidez com fortes possibilidades de convulsões;
2. maior índice de cesarianas;

3. desproporção céfalo-pélvica, que é uma desproporção entre o tamanho da cabeça do feto e a pelve da mãe;
4. síndromes hemorrágicas, chamada de coagulação vascular disseminada;
5. lacerações perineais, envolvendo vagina e, às vezes do ânus;
6. amniorrexe prematura, que é ruptura precoce da bolsa e;
7. prematuridade fetal.

Outras ainda: anemia materna, trabalho de parto prolongado, infecções urogenitais, abortamento, apresentações anômalas, baixo peso da criança ao nascer, malformações fetais, asfixia peri-natal e icterícia neonatal.

Aspectos psicossociais:

Inegavelmente a gravidez precoce e/ ou indesejada leva a algum prejuízo no projeto de vida e, por vezes, na própria vida. Há, concomitantemente, possíveis outros riscos relacionados ao aborto e a doenças sexualmente transmissíveis entre as quais AIDS.

As complicações psicossociais relacionadas à gravidez na adolescência são, em geral, mais importantes que as complicações físicas. Fatos que devem ser levados em consideração, inclusive pela equipe que faz o pré-natal seriam, por exemplo, o abandono do lar dos pais, o abandono pelo pai da criança, a opressão e discriminação social, a interrupção dos estudos e suas conseqüências futuras, tais como os empregos menos remunerados, a dependência financeira dos pais por mais tempo.

Os filhos de mães adolescentes tendem a sofrer mais a negligência materna, têm maior risco de serem encaminhados para a adoção, são internados em hospitais mais vezes, e sofrem mais acidentes que filhos de mães adultas. Eles têm um risco aumentado para atraso de desenvolvimento, dificuldades escolares, desordens de comportamento, abuso de drogas, e se tornarem também pais adolescentes.

Apesar da orientação sobre métodos anticoncepcionais, as adolescentes continuam engravidando.

Nessa fase da gravidez, o sistema endócrino da mulher trabalha ativamente para promover o crescimento uterino e do bebê. No entanto, passado algum tempo, a placenta torna-se a principal responsável pela produção hormonal. Este fato explica em parte as sensações de melhora física, pois, a produção placentária não tem tantos efeitos secundários quanto a produção endócrina.

Mesmo assim, as reações emotivas da grávida tornam-se mais intensas e muitas delas ficam surpreendidas com sua labilidade emocional, onde até um simples anúncio televisivo pode fazê-las chorar. Além desses determinantes biológicos e hormonais, a grávida adolescente teria ainda razões de ordem existencial para alimentar a extrema labilidade afetiva.

Adolescentes que engravidam apresentam um ponto em comum: a fragilidade no processo de formação de sua identidade. Algumas delas não conseguem criar vínculos com o mundo do trabalho e têm vários empregos em um curto período de tempo. Outras não enxergam perspectivas nos estudos.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BALLONE, G.J. **Gravidez na Adolescência** in. PsiqWeb, Internet. Disponível em: <<http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/adoelesc3.html>> Acesso em: 12 jan. 2009.

CONTRACEPÇÃO

A **contracepção** é qualquer processo que evite a fertilização do óvulo ou a implantação do ovo. Os métodos de contracepção são múltiplos, podendo ser classificados de acordo com o seu objetivo em: barreiras mecânicas e químicas, impeditivas de nidação e contracepção hormonal.

Barreiras mecânicas impedem o encontro entre o espermatozóide e o óvulo.

Preservativo masculino – Manga em forma de saco, de borracha (látex) muito fina. É colocado no pênis antes da relação sexual e recolhe o sêmen, impedindo que ele encontre óvulo.



Preservativo feminino – Manga em forma de saco colocado na vagina, recobrando-a internamente.

Diafragma – Dispositivo de borracha em forma de cúpula que é inserido na vagina antes da relação sexual. cobre a entrada no útero impedindo a passagem dos espermatozóides. Devido a terem diferentes tamanhos, a sua adaptação deve ser feita por um médico.



A Área Temática de Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo recomenda o uso do diafragma sem a Geléia espermaticida à base de nonoxinol-9, pois há trabalhos mostrando que sua eficácia não se altera e, além disso, ele pode aumentar o risco de transmissão sexual do HIV e outras DST por provocar lesões (fissuras/microfissuras) na mucosa vaginal.

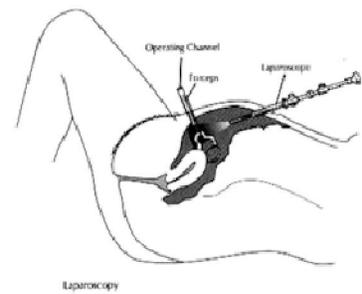
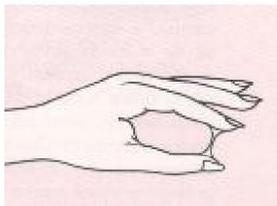
Barreiras químicas - Substâncias que matam os espermatozóides

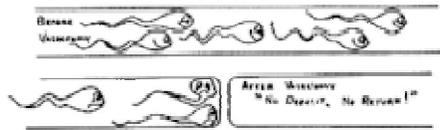


Espermicidas – Espumas, cremes ou óvulos colocados na vagina antes da relação sexual.

Impeditivos de nidação

Aparelhos que impedem a implantação do óvulo fecundado no útero.





Vasectomia – A vasectomia é o corte ou o bloqueio dos canais deferentes no homem, impedindo assim a saída dos espermatozóides na ejaculação.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

EDUCAÇÃO SEXUAL – Contraceção. Disponível em:
<<http://www.esec-tondela.rcts.pt/sexualidade/contracepcao.htm>> Acesso em: 15 set. 2008.

PRINCIPAIS ACIDENTES

No ambiente - escolar e seu entorno

Os acidentes são causa crescente de mortalidade e invalidez na infância e adolescência e importante fonte de preocupação, por constituírem o grupo predominante de causas de morte a partir de um ano de idade, chegando a atingir percentuais superiores a 70% em adolescentes de 10 a 14 anos, quando se analisam as mortes decorrentes de causas externas (acidentes e violências).

O acidente possui causa, origem e determinantes epidemiológicos como qualquer outra doença e, em conseqüência, pode ser evitado e controlado.

Quando sua importância é reconhecida, os programas específicos voltados para a segurança e não direcionados para o tratamento das lesões como, por exemplo, treinamentos em primeiros socorros, atingirão os alvos corretos na cadeia das causas dos acidentes.

Todo acidente (injúria não intencional) é causado por um agente externo, ao lado de um desequilíbrio que ocorre entre o indivíduo e o seu ambiente, o que permite que certa quantidade de energia seja transferida do ambiente para o indivíduo, capaz de causar dano. A energia transferida pode ser mecânica (quedas e trombadas), térmica (queimaduras), elétrica (choques) ou química (envenenamentos).

A prevenção de acidentes começa com a educação no trânsito. O bom exemplo deve partir dos pais, educadores, professores e todos os profissionais que trabalham com crianças. Neste sentido, deve-se adotar e incentivar comportamentos de segurança para pedestres, como:

- atravessar sempre na faixa de pedestre; caso esta não exista, procurar uma passarela ou o local mais seguro para atravessar;
- olhar várias vezes para os dois lados e atravessar a rua em linha reta;
- nunca atravessar a rua correndo;
- sempre tentar manter contato visual com o motorista;
- nunca atravessar se o farol estiver aberto para os carros;
- sempre caminhar nas calçadas; se não houver calçada, andar no sentido contrário ao dos veículos;

- não atravessar a rua por trás de ônibus, carros, árvores e postes, de onde os condutores dos veículos em movimento não possam vê-lo;
- não descer de um ônibus fora do ponto.

No quadro abaixo os acidentes mais freqüentes e as respectivas medidas de prevenção em relação aos adolescentes:

ADOLESCENTE (10 A 19 ANOS)		
CARACTERÍSTICAS DA FAIXA ETÁRIA	ACIDENTES MAIS COMUNS	MEDIDAS PREVENTIVAS
<ul style="list-style-type: none"> • Mudanças físicas e psicológicas • Excesso de autoconfiança • Sensação de invulnerabilidade • Desafio, onipotência • Vivência de situações de risco 	<ul style="list-style-type: none"> • Acidentes de trânsito (como passageiro, pedestre ou condutor do veículo) • Acidentes esportivos • Acidentes decorrentes de situações de risco: uso de álcool e drogas, <i>bullying</i>, uso de armas 	<ul style="list-style-type: none"> • Dar orientações de segurança no trânsito • Estimular o uso de equipamentos de segurança, tanto no trânsito quanto nas práticas esportivas • Orientar quanto à prática de atividades esportivas adequadas • Desestimular brincadeiras agressivas • Ensinar e cultivar o respeito às outras pessoas • Fornecer orientações para evitar comportamentos de risco (agressões, vícios)

Fonte: Modificado de: 1. Manual de Primeiros Socorros. SMS - PMSP, 2004; 2. Manual de Segurança da Criança e do Adolescente da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2003; 3. Segurança na Infância e Adolescência - SPSP, 2003.



Fonte: Manual de prevenção de acidentes e primeiros socorros nas escolas/. São Paulo: SMS, 2007. 129p., p. 17

Segurança nas práticas esportivas

Quanto às práticas esportivas, é fundamental respeitar e seguir as regras do esporte para se evitar lesões e incentivar o uso dos equipamentos de segurança adequados e apropriados a cada esporte, como por exemplo, o uso de caneleiras e chuteiras no futebol, além de roupas e calçados adequados. Soma-se a estes aspectos a necessidade de promover a segurança ambiental, não esquecendo, ainda, da educação em relação ao respeito aos outros competidores e ao trabalho em equipe.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde - **Manual de prevenção de acidentes e primeiros socorros nas escolas**. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. CODEPPS, São Paulo: SMS, 2007. 129., p. 17- 30.

ACIDENTES DE TRÂNSITO

O álcool e o fumo, no Brasil, são considerados drogas ilícitas para menores de 18 anos.

Todos os indivíduos devem ser orientados para evitar dirigir quando alcoolizados.

Todas as pessoas devem receber orientação para exercer a cidadania também como pedestre, respeitando a sinalização e atravessando nas faixas de segurança.

É tarefa das equipes de saúde alertar para a importância do uso do capacete e de cinto de segurança.

Os acidentes se destacam como o principal problema de saúde pública no mundo atual. Em 1990, cerca de cinco milhões de pessoas morreram e 78 milhões ficaram com lesões irreversíveis ou incapacitantes, devido ao resultado de um trauma, acidente ou envenenamento. Nos Estados Unidos as causas externas e acidentes contabilizam 80% da taxa de mortalidade para jovens entre 15 e 24 anos, o maior custo do sistema de saúde. Na Europa, estudos realizados em 15 países na última década mostram que os acidentes de trânsito representam 84% das lesões não-intencionais e fatais que atingem adolescentes e jovens. No Brasil, as causas externas (acidentes e violências) contribuem com 57% do total da mortalidade na faixa de 0 a 19 anos, segundo dados do Ministério da Saúde (1995), sendo que os acidentes de trânsito correspondem a 30% do total. Atualmente, sete em cada 10 óbitos de adolescentes são por causas externas.

A palavra acidente lembra uma situação inesperada, uma fatalidade contra a qual nada se poderia fazer. O estudo dos casos mostra que grande número de situações de risco não só é previsível, como evitável. A Organização Mundial de Saúde classifica os acidentes, em seu Programa de Prevenção de Danos, como:

1. Acidentes que causam lesões físicas NÃO-INTENCIONAIS: acontecem subitamente em período curto de tempo (segundos) e são resultado da perda de equilíbrio entre a pessoa (a vítima) e o sistema (ambiente)
2. Acidentes em que ocorrem lesões físicas INTENCIONAIS: lesões propositais, cujas conseqüências poderiam ser evitadas, se houvesse domínio da razão sobre a emoção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PEREIRA, Silvana Maria - **Adolescência e consumo de substâncias psicoativas: Riscos e reflexos para a vida futura** - cap. 04, *Adolescer e adoecer: A complexidade dos agravos à Saúde do Adolescente*, p. 112. Revista *Adolescer* da Associação Brasileira de Enfermagem; in. ABEn Nacional, Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/revista/cap4.3.html>> Acesso em: 20 jan. 2009.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde - Manual de prevenção de acidentes e primeiros socorros nas escolas. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. CODEPPS, São Paulo: SMS, 2007. 129., p. 17- 30.

ASSOCIAÇÃO DE RISCOS

É importante analisar o fenômeno da associação de riscos que ocorre durante a adolescência. Comportamentos de risco, distúrbios de conduta e acidentes estão inter-relacionados e são cumulativos. Fazem parte do estilo de vida de muitos adolescentes, que vão testando seus limites corporais, conscientes ou inconscientes, em relação aos limites ambientais ou regras sociais vigentes.

Vários fatores entram em cena. A curiosidade de viver algo novo ou atraente, o desafio de superar barreiras, a impulsividade, a distração, o descontrole. E também a necessidade de mostrar valentia frente aos demais e encarar as pressões do grupo de amigos ou competir entre irmãos, primos e colegas do convívio imediato. O adolescente é facilmente influenciado a experimentar "misturas explosivas", como juntar a pressa com a necessidade de provar coragem e onipotência, mais umas pitadas de "não-estou-nem-aí-para-nada", malabarismos em bicicletas ou motos, excessos de velocidade e ultrapassagens.

Alguns "acidentes" são na verdade disfarces de violência, agressões, castigos ou uma ameaça feita "silenciosamente". Às vezes, podem significar autopunição, descuido com si próprio ou descontrole emocional. Podem servir como a "gota d'água". Acidentes repetidos representam os "sinais de alerta" de graves crises familiares ou afetivas. Alguns podem ser analisados como "pedidos de socorro".

Outros fatores também podem estar associados:

- hiperatividade e déficit de atenção;
- instabilidade emocional;
- cansaço ou sonolência;
- distúrbios escolares ou de aprendizado;
- problemas sociais ou econômicos;
- brincadeiras ao volante para se divertir;
- questões de imaturidade ou ilegalidade;
- impunidade;
- cruzamentos ou curvas perigosas;
- excessos de velocidade;
- pressa ou insegurança.

Abuso de álcool ou drogas

A associação mais comum, nacional e internacionalmente, em se tratando de adolescentes, é o abuso de bebidas alcoólicas e/ou outras drogas depois de festas, competições esportivas ou festivais culturais. A venda ilegal de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos é um fato corriqueiro em quase todos os bares dos grandes centros urbanos. Muitas vezes, a primeira "bebedeira" é celebrada como um ritual de passagem para a masculinidade ou "reino dos homens". Da mesma forma, o alcoolismo precoce é mais comum nos adolescentes do sexo masculino, fator associado e precipitante dos casos de acidentes e de violência. Mais de 90% dos adultos alcoólatras começaram a ingerir bebidas durante a adolescência.

Em muitas famílias, ao contrário, as bebidas alcoólicas são proibidas, devido a certas religiões, que as consideram instrumentos do "pecado". Paradoxalmente, este é o fator mais atraente para adolescentes, que estão testando as regras estabelecidas e confrontando-se com elas. Nesses casos, o acidente se torna o "castigo merecido" e o fator marcante para a vida futura desses adolescentes.

Nas sociedades em que o ato de beber é estimulado pelos meios de comunicação, o critério de alcoolismo tem variações que dependem do teor da bebida básica usada pelos habitantes da região, do volume ingerido e dos efeitos no sistema nervoso central.

A velocidade da absorção do álcool pelo organismo varia também de acordo com o volume, o tempo, o tipo e o teor alcoólico, se o estômago está vazio ou cheio de alimentos que contenham gorduras (menor absorção) ou adocicados (maior absorção). A associação com outras drogas pode levar a uma sobrecarga dos efeitos.

No sistema nervoso central, o álcool tem efeito estimulante rápido e a seguir depressor, provocando desorientação, turvação de consciência, confusão de memória e distúrbios de julgamento. A pessoa fica eufórica e desinibida e à medida que a ação do álcool no sistema nervoso central vai aumentando, a euforia dá lugar à apatia e ao sono. Um dos fenômenos preocupantes do alcoolismo é o aumento da sensação de autoconfiança e, ao mesmo tempo, o prejuízo causado no desempenho e coordenação

psicomotora. Daí a pessoa se sentir capaz de realizar tarefas como dirigir um carro ou moto e mesmo assim, perder o sentido da orientação tempo-espço. Esse comportamento leva a um alto índice de acidentes de trânsito ocasionados por motoristas alcoolizados.

Cabe ainda lembrar que o novo Código Brasileiro de Trânsito prevê a redução do limite legal de dosagem de álcool no sangue de 0,08 para 0,04 g/dl, em qualquer idade. Mesmo assim, o recomendado em outros países é a dosagem de ZERO ou abaixo de 0,02 g/dl para motoristas menores de 21 anos de idade. Os adolescentes também têm dificuldades em identificar a gravidade do alcoolismo que ocorre entre os colegas ou adultos que estejam dirigindo. Da mesma forma, independentemente do uso de álcool, existe um aumento do número de acidentes em carros ocupados por três ou quatro adolescentes, que se distraem e brincam de modo irresponsável, ou de adolescentes acompanhantes que estejam na "garupa" da moto.

Em dias ensolarados, o uso do capacete é "esquecido". Nas grandes cidades, os motoboys (geralmente jovens entre 18 e 25 anos) são as vítimas mais freqüentes do trânsito intenso. Muitas vezes, esses rapazes de baixa renda que ganham a vida sobre motos são incentivados pelos patrões a exceder a velocidade permitida, recebendo até mesmo gratificações quando o atendimento é feito num tempo inferior ao previsto. Associa-se erradamente eficiência à velocidade, ignorando-se os riscos a que esses jovens estão sujeitos. Adolescentes também são vítimas de atropelamentos e acidentes, em "pegas" automobilísticos e em fins de festa.

É sempre importante identificar o teor alcoólico e a relação com a gravidade das lesões ocorridas e se o acidente deveu-se à imprudência ou desatenção do motorista, dos (as) ocupantes ou passageiros (as) do veículo ou do atropelamento de pedestre que estava alcoolizado.

Prostituição infantil

A exploração sexual é um atentado grave aos direitos das crianças e dos adolescentes. Ela se caracteriza pelo uso sexual de crianças e adolescentes com fins lucrativos, seja levando-os a manter relações sexuais com adultos ou adolescentes mais velhos, seja utilizando-os para a produção de materiais

pornográficos, como revistas, fotografias, filmes, vídeos e sites da internet. Diversas crianças e adolescentes brasileiros são submetidos, no dia-a-dia, a variadas formas de violência. Neste quadro, a exploração sexual é das mais comuns e graves violações aos seus direitos, por negar-lhes a liberdade, a dignidade, o respeito e a oportunidade de crescer e se desenvolver em condições saudáveis. Por essa razão, os autores, em geral, utilizam a expressão criança e/ou adolescente prostituída, em vez de criança prostituta, para denunciar a violação dos seus direitos.

Na verdade, trata-se do uso sexual de um grupo vulnerável, que não tem capacidade de se proteger ou decidir sobre os atos ilícitos dos quais é vítima. No Brasil, a prostituição infanto-juvenil desponta como um fato cruel. Há momentos em que ela se integra ao tráfico de drogas, há situações em que ela se confunde com a pobreza e há casos em que começa dentro do próprio lar.

Alguns estudos apontam que muitas meninas vêm a prostituição como uma alternativa para serem livres. Fogem da Opressão da casa, onde não raro têm uma família desestruturada e muitas vezes violenta, ou tentam escapar de empregos maçantes e mal remunerados. Ter o seu quarto e nutrir a ilusão de ganhar mais dinheiro torna-se uma poderosa sedução. Observa-se que o uso da droga no meio da prostituição infanto-juvenil, na maioria das vezes, significa uma forma de essas crianças e adolescentes agüentarem esse estilo de vida. A rede de prostituição se cruza e se confunde com a rede do tráfico de drogas.

No campo da saúde, o olhar direcionado para a prostituição infanto-juvenil certamente tem que se voltar para uma discussão sobre o processo saúde-doença ligado à sexualidade. É a partir desse conhecimento e práticas preventivas ou de Intervenção que podemos entender melhor os aspectos socioculturais que repercutem nas ações de vida dessa população.

Vulvovaginite

A vulvovaginite na adolescência costuma ter etiologia específica e freqüentemente está associada ao contato sexual. Devido a mudanças hormonais após a puberdade, com aumento do efeito estrogênico na vagina, o ecossistema vaginal se assemelha ao da mulher adulta, no epitélio de revestimento,

enzimas, microflora e secreções. A secreção vaginal compõe-se de produtos da transudação vaginal, secreção do muco endocervical, fluidos do endométrio e das tubas, exfoliação das células, além de fluidos das glândulas sebáceas e de Bartholin. Seis a 12 meses antes da menarca, a secreção vaginal pode aumentar de produção, resultando em secreção fisiológica (Ieucorréia). Em geral, essa secreção é clara na aparência, mucóide na textura e não pruriginosa, além de ser freqüentemente copiosa e sem odor. A inspeção vulvar é de grande importância e ajuda no diagnóstico diferencial das vaginites. Visualizar a região com lente de aumento (lupa) é um bom recurso.

A paciente deve ser indagada sobre relação sexual recente, visto que a falha do tratamento pode estar ligada a reexposição com parceiro não tratado. Lembrar sempre que muitas infecções podem coexistir; a paciente pode ser tratada adequadamente de uma infecção e ainda apresentar um segundo ou terceiro germe.

O diagnóstico e o tratamento dos corrimentos vaginais devem obedecer às orientações do "Protocolo de Atenção Básica as DST e infecção pelo HIV/AIDS" (MS/2000).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PEREIRA, Silvana Maria - **Adolescência e consumo de substâncias psicoativas: Riscos e reflexos para a vida futura** - cap. 04, *Adolescer e adoecer: A complexidade dos agravos à Saúde do Adolescente*, p. 112. Revista *Adolescer* da Associação Brasileira de Enfermagem; in. ABEn Nacional, Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/revista/cap4.3.html>> Acesso em: 20 jan. 2009. SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde - Manual de prevenção de acidentes e primeiros socorros nas escolas. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. CODEPPS, São Paulo: SMS, 2007. 129., p. 17- 30.

A DOENÇA FALCIFORME

É uma doença herdada em que os glóbulos vermelhos do sangue (hemácias), diante de certas condições, alteram sua forma e se tornam parecidos com uma foice, daí o nome falciforme.

Os glóbulos vermelhos em forma de foice se agregam e dificultam a circulação do sangue nos pequenos vasos do corpo. Com a diminuição da circulação ocorrem lesões nos órgãos atingidos, causando dor, destruição dos glóbulos, icterícia (olhos amarelos) e anemia.

A hemoglobina, pigmento que dá a cor vermelha aos glóbulos vermelhos, é essencial para a saúde de todos os órgãos do corpo que transporta oxigênio.

A hemoglobina normal é chamada de **A** e os indivíduos normais são considerados **AA**, porque recebem uma parte do pai e outra da mãe.

Na Anemia Falciforme a hemoglobina produzida é anormal e é chamada de **S**. Quando a pessoa recebe de um dos pais a hemoglobina **A** e de outro a hemoglobina **S**, ele é chamado de "traço falcêmico", sendo representado por **AS**. O portador de traço falcêmico não é doente, sendo, portanto, geralmente assintomático e só é descoberto quando é realizado um estudo familiar.

Quando uma pessoa recebe de ambos, pai e mãe, a hemoglobina **S**, ela nasce com Anemia Falciforme cuja representação é **SS**. Então os pais do paciente com Anemia Falciforme deverão ser portadores do traço ou doentes.

Além de filhos com Anemia Falciforme, pessoas portadoras do Traço Falcêmico poderão também ter filhos normais ou portadores do traço como eles.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

SANTOS, Gilka E.R. **Enfermagem no tratamento da anemia falciforme**. São Paulo: EPU, 1995.

A ESQUIZOFRENIA

Como reconhecer a esquizofrenia ainda no começo?

O reconhecimento precoce da esquizofrenia é uma tarefa difícil porque nenhuma das alterações é exclusiva da esquizofrenia incipiente; essas alterações são comuns a outras enfermidades, e também a comportamentos socialmente desviantes, mas psicologicamente normais. Diagnosticar precocemente uma insuficiência cardíaca pode salvar uma vida, já no caso da esquizofrenia a única vantagem do diagnóstico precoce é poder começar logo um tratamento, o que por si não implica em recuperação. O diagnóstico precoce é melhor do que o diagnóstico tardio, pois tardiamente muito sofrimento já foi imposto ao paciente e à sua família, coisa que talvez o tratamento precoce evite. O diagnóstico é tarefa exclusiva do psiquiatra, mas se os pais não desconfiam de que uma consulta com este especialista é necessária nada poderá ser feito até que a situação piore e a busca do profissional seja irremediável. Qualquer pessoa está sujeita a vir a ter esquizofrenia; a maioria dos casos não apresenta nenhuma história de parentes com a doença na família. Abaixo estão enumeradas algumas dicas: como dito acima, nenhuma delas são características, mas servem de parâmetro para observação.

- Dificuldade para dormir, alternância do dia pela noite, ficar andando pela casa a noite, ou mais raramente dormir demais;
- Isolamento social, indiferença em relação aos sentimentos dos outros;
- Perda das relações sociais que mantinha;
- Períodos de hiperatividade e períodos de inatividade;
- Dificuldade de concentração chegando a impedir o prosseguimento nos estudos;
- Dificuldade de tomar decisões e de resolver problemas comuns;
- Preocupações não habituais com ocultismos, esoterismo e religião;
- Hostilidade, desconfiança e medos injustificáveis;
- Reações exageradas às reprovações dos parentes e amigos;

- Deterioração da higiene pessoal;
- Viagens ou desejo de viajar para lugares sem nenhuma ligação com a situação pessoal e sem propósitos específicos;
- Envolvimento com escrita excessiva ou desenhos infantis sem um objetivo definido;
- Reações emocionais não habituais ou características do indivíduo;
- Falta de expressões faciais (Rosto inexpressivo);
- Diminuição marcante do piscar de olhos ou piscar incessantemente;
- Sensibilidade excessiva a barulhos e luzes;
- Alteração da sensação do tato e do paladar;
- Uso estranho das palavras e da construção das frases;
- Afirmações irracionais;
- Comportamento estranho como recusa em tocar as pessoas, penteados esquisitos, ameaças de automutilação e ferimentos provocados em si mesmo.
- Mudanças na personalidade;
- Abandono das atividades usuais;
- Incapacidade de expressar prazer, de chorar ou chorar demais injustificadamente, risos imotivados;
- Abuso de álcool ou drogas;
- Posturas estranhas;
- Recusa em tocar outras pessoas.

Nenhum desses sinais por si comprovam doença mental, mas podem indicá-la. Pela faixa etária esses sinais podem sugerir envolvimento com drogas, personalidade patológica ou revolta típica da idade. Diferenciar a esquizofrenia do envolvimento com drogas pode ser feito pela observação da preocupação constante com dinheiro, no caso de envolvimento com drogas, coisa rara na esquizofrenia. A personalidade patológica não apresenta mudanças no comportamento, é sempre desviante, desde as tenras idades. Na esquizofrenia incipiente ainda que lentamente, ocorre uma mudança no curso do comportamento da pessoa, na personalidade patológica não. *Na revolta típica da adolescência sempre haverá um motivo razoável que justifique o comportamento, principalmente se os pais tiverem muitos conflitos entre si.*

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

LEONARDO CORTESE, **Esquizofrenia**. Disponível em:
<<http://www.psicosite.com.br/tra/psi/esquizofrenia.htm>> Acesso em: 09 jul.
2009.

TEMA 4 - SER HOMEM E SER MULHER



bp1.blogger.com/.../AJvGGTTTVqw/s400/Imagem5.jpg

<http://images.google.com.br>

...Podemos começar nossa reflexão discutindo porque as questões relativas às mulheres são tratadas sob o termo de Gênero?

...nas sociedade agrícolas do período neolítico (entre 8.000 a 4.000 anos atrás), começaram a definir papéis para os homens e para as mulheres...

...O homem, associado à idéia de autoridade devido a sua força física e poder de mando, assumiu o poder dentro da sociedade. Assim, surgiram as sociedades patriarcais, fundadas no poder do homem, do chefe de família...

...Apesar de tantas dificuldades as mulheres conquistaram um espaço de respeito dentro da sociedade...

...O homem também está em conflito com o papel que foi construído socialmente para ele, hoje ser homem não é nada fácil, pois as mulheres passaram a exigir dele um novo comportamento que ele ainda está construindo...

...Quando a igualdade de gênero se coloca, cresce o espaço da democracia dentro da espécie humana. A democratização efetiva da sociedade humana passa pela discussão das relações de gênero, neste sentido a luta das mulheres não está relacionada apenas aos seus interesses imediatos, mas aos interesses gerais da humanidade...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

BESSA, Karla Adriana Martins (ORG). **Trajetórias do Gênero, masculinidades...** IN. Cadernos PAGU. Núcleo de Estudos de Gênero. UNICAMP. Campinas, São Paulo. 1998.

MURARO, Rose Marie. **Sexualidade da mulher brasileira; Corpo e Classe social no Brasil.** Rio de Janeiro: Vozes, 1983.

Objetivos

1. Compreender a construção social dos papéis de homem e mulher e as relações de poder;
2. Reconhecer as características de desenvolvimento de um indivíduo adulto atuando na promoção da saúde e prevenção de doenças;
3. Desenvolver ações de saúde à mulher no período gravídico-puerperal e ao Rn, incentivando a participação da família: realizar teste de gravidez; participar do planejamento e organização de grupos de pré-natal; reconhecer as principais afecções obstétricas e do Rn.
4. Identificar riscos e vulnerabilidades dos adultos, nos principais agravos e doenças não transmissíveis: câncer, hipertensão, diabetes, disfunções cardio-circulatória, respiratória, causa externas, situações de urgência e emergência;
5. Participar de ações de vigilância à morbi-mortalidade das doenças e agravos, considerando aspectos sociais, de gênero, de raça/cor/pertencimento;
6. Elaborar e executar o Plano de trabalho, segundo a SAE para a prestação de cuidados de enfermagem aos indivíduos em estado grave nas situações de sofrimento/doença/agravos clínicos e cirúrgicos;
7. Compreender e acompanhar o processo do morrer e da morte nas diferentes fases do ciclo de vida, apoiando o indivíduo, a família e o grupo.

Conteúdos

- Ser mulher século XXI;
- Políticas públicas com recorte de gênero;
- Violência contra a mulher
- Ser homem no século XXI;
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, da Mulher Negra e do Homem;
- Declaração dos direitos do Homem;
- Perfil de morbimortalidade do município: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Disfunções: metabólicas, cardio-circulatória, respiratória, digestora, genito-urinária, hematológica e neurológica, causa externas, situações de urgência e emergência;

- Epidemiologia dos cânceres no município de São Paulo;
- Prevenção do câncer de colo de útero e de mamas e de próstata;
- A mortalidade materna e neonatal no Brasil;
- A morte e morrer.

Proposta para encaminhamento das atividades

Trabalhar em grupos.

1. Orientar a preparação de uma dramatização sobre:

O papel do homem e da mulher na sociedade, no trabalho e na família com destaque para: o(s) papel(is) do homem e da mulher, a educação familiar e profissional, o nível de escolaridade, a relação de poder e de submissão, o papel de provedor (a) e de cuidador (a), a divisão sexual do trabalho, as diferenças salariais, o papel de objeto sexual, de objeto de consumo.

1.a - Apresentar as dramatizações e problematizar as situações vivenciadas.

2. Em plenária discutir os problemas de saúde mais comuns das mulheres e dos homens, considerando os aspectos de cor/raça/etnia, relacionando - os com a atividade anterior.

Esta atividade requer a leitura dos textos: "SER MULHER NO SÉCULO XXI"; "AFETOS E PROJETOS NO MUNDO DO TRABALHO"; "POLÍTICAS PÚBLICAS COM RECORTE DE GÊNERO"; "VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER"; "SER HOMEM NO SÉCULO XXI"; "POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM", "ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER NEGRA".

Sugestões para pesquisa:

http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/mulher/0013/caderno_violencia_mulher.pdf

3. Solicitar para que os alunos pesquisem (em duplas ou trio de acordo com a Unidade de Trabalho), quais as ações são realizadas frente aos problemas de saúde prevalentes na cidade de São Paulo e no território onde atuam: a Hipertensão Arterial, as Disfunções Cardio-Circulatórias (Doenças Isquêmicas do Coração e os Acidentes Vasculares), o Diabetes Melitus, os Cânceres (próstata, colo uterino e mamas), as causas externas. Registrar as informações,

elaborando um perfil das morbidades e mortalidades encontradas. Considerar as variáveis de sexo, cor/raça.

4. Realizar uma pesquisa bibliográfica que possibilite a fundamentação teórica das doenças e agravos identificados no item anterior. Sugerimos pesquisar de forma a contemplar:

- a fisiopatologia;
- os parâmetros de normalidade;
- o diagnóstico;
- o tratamento e as complicações;
- os cuidados de enfermagem;
- as medidas de promoção à saúde e preventivas.

Lembrete aos Alunos

Ler os textos desta apostila: "HIPERTENSÃO ARTERIAL", "CRISE HIPERTENSIVA", "DISFUNÇÃO METABÓLICA", "EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO", "CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMAS", "PAPANICOLAU" e "CÂNCER DE PRÓSTATA".

Sugestões para pesquisa:

<http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/adulto/PROTRAHI.pdf>

<http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/oncologia/0005>

e) Causas Externas ou situações de Urgência e Emergência em relação:

- ao homem;
- a mulher e
- a gestante negra e a puépera.

Para realizar esta atividade é importante **e** conhecer o texto contido nos sites:

<http://www6.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/mulher/0013/#protocolo>

http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/mulher/0013/encarteTecnico_mae_paulistana.pdf

5. Apresentar os trabalhos.

Sugerimos convidar algum profissional da SUVIS para esta apresentação. Promover as discussões necessárias para sistematização das questões contempladas pelo grupo de alunos. Contemplar os conceitos de urgência e emergência.

ESTÁGIO SUPERVISIONADO Nº 4

Este estágio tem por objetivo

1. Identificar riscos e vulnerabilidades dos adultos, nos principais agravos e doenças não transmissíveis: câncer, hipertensão, diabetes, disfunções cardio-circulatória, causas externas, situações de urgência e emergência;
2. Planejar e executar uma ação educativa para prevenção de doenças e suas complicações.
3. Prestar cuidados de enfermagem aos indivíduos em estado grave nas situações de sofrimento/doença/agravos clínicos e cirúrgicos, elaborando o plano de trabalho segundo a SAE;
4. Prestar cuidados de enfermagem à gestante e puérpera.
5. Realizar atividades de prevenção de câncer ginecológico: orientação para autoexame de mama e coleta para citologia oncológica (Papanicolau);
6. Realizar cuidados de enfermagem a pacientes com câncer ginecológico ou de próstata;
7. Compreender e acompanhar o processo de morrer e da morte nas diferentes fases do ciclo de vida, apoiando o indivíduo, a família e o grupo. Ler o texto **Sobre a morte e o morrer**, nesta apostila.

Proposta para encaminhamento do estágio

Orientar a atividade

1. Planejar o estágio para prestação de cuidados de enfermagem à pacientes adultos, em estado grave, em Unidades Críticas e Semi-Críticas.
2. Prestar cuidados de enfermagem a pacientes adultos com câncer de mama ou de próstata.
3. Prestar cuidados de enfermagem à gestante e a puépera.
4. Realizar cuidados de enfermagem a pacientes com câncer;
5. Planejar uma atividade no campo de estágio que possibilite, neste período, a discussão sobre o processo de morrer e a morte, tendo como referência o universo das ocorrências vivenciadas.

6. Solicitar ao aluno que registre, individualmente, as suas percepções e interpretações sobre a ocorrência da morte no cotidiano da prática profissional.
7. No campo de estágio eleger uma das doenças prevalentes na cidade de São Paulo e planejar e executar uma ação educativa para prevenção dessa doença e suas complicações.

Lembrete: todos os cuidados de enfermagem prestados devem estar de acordo com os protocolos da Secretaria Municipal de Saúde.

Tempo previsto Estágio Supervisionado: 12h



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal da Saúde
Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde
Escola Técnica do SUS – São Paulo



TÉCNICO EM ENFERMAGEM
Instrumento de AVALIAÇÃO - ESTÁGIO SUPERVISIONADO
Módulo III – Unidade III
SER HOMEM E SER MULHER
Aluno

Aluno:

Turma:

Data:

Matrícula:

Local:

Relate a sua experiência ao prestar cuidados de enfermagem à pacientes adultos com câncer.

Aluno

Docente



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
 Secretaria Municipal da Saúde
 Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde
 Escola Técnica do SUS – São Paulo



TÉCNICO EM ENFERMAGEM
Instrumento de AVALIAÇÃO - ESTÁGIO SUPERVISIONADO
 Módulo III – Unidade III
 SER HOMEM E SER MULHER
Aluno

Aluno:

Matrícula:

Turma:

Data:

Local:

Registrar as suas percepções e interpretações sobre a ocorrência da morte no cotidiano da prática profissional.

Registrar auto avaliação sobre os avanços e limites identificados no processo de aprendizagem, até o momento.

 Aluno

 Docente



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
 Secretaria Municipal da Saúde
 Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde
 Escola Técnica do SUS – São Paulo



TÉCNICO EM ENFERMAGEM
Instrumento de AVALIAÇÃO - ESTÁGIO SUPERVISIONADO
 Módulo III – Unidade III
 SER HOMEM E SER MULHER
Docente

Aluno:

Matrícula:

Turma:

Data:

Local:

Avaliar nas atividades desenvolvidas pelo aluno, se os objetivos propostos foram atingidos:

- identificar riscos e vulnerabilidades nos adultos;
- prestar cuidados de enfermagem aos adultos em estado grave nas situações de sofrimento/ doença/ agravos clínicos e cirúrgicos;
- prestar cuidados de enfermagem a gestante e puépera.
- prestar cuidados de enfermagem a pacientes adultos com câncer de mama ou de próstata.
- acompanhar o processo de morrer e da morte.

 Aluno

 Docente

SER MULHER NO SÉCULO XXI: AFETOS E PROJETOS NO MUNDO DO TRABALHO

"Eu falo delas e pra elas... Das mulheres mães nas guerras Das trabalhadoras braçais Das mulheres apenas Das muitas desesperadas Daquelas que querem e não têm Daquelas que não sabem o que é o desejo daquelas que não ousam ir além Daquelas que se desconhecem na briga Daquelas que se desesperam na dor Daquelas que confundem Ser divino e Ser dor... (Flores/ 2006)".

Neste artigo, apresento a mulher que se descobre a cada dia. Para melhor situar a abordagem sobre a condição feminina nos dias de hoje, também envolvo observações sobre as modificações nas relações de gênero no Brasil e na representação do feminino no mundo do trabalho. É um artigo escrito por uma mulher que deseja ser e é sujeito e que busca na contemporaneidade equilíbrio, reconhecimento e paz.

O perfil das mulheres de hoje é muito diferente daquele do começo do século. Além de trabalhar e ocupar cargos de responsabilidade assim como os homens, *nos sobrecarregamos* com tarefas tradicionais: ser mãe, mulher e dona- de -casa. Trabalhar fora de casa é uma conquista relativamente recente das mulheres. Ganhar seu próprio dinheiro, ser independente e ainda ter sua competência reconhecida é motivo de orgulho. Mas apesar da evolução da mulher dentro de uma atividade que era antes exclusivamente masculina, e apesar de ter adquirido mais preparo e mais informação, os salários ainda não acompanham este crescimento. Existe uma certa discriminação em relação ao trabalho feminino.

O grande desafio das mulheres da minha geração é provocar mudanças profundas na história. A começar pela história da própria família: além de cozinheiras, mães e esposas, podemos ser excelentes mulheres, profissionais e grandes profissionais. Podemos ser aquilo que desejarmos ser, porque desejo é diferente de escolha, quem ousará nos impedir?

A mulher reinventada:

Desde a época do Brasil colonial, nossa sociedade foi se organizando sob a forma patriarcal, ou seja, uma sociedade na qual o poder, as decisões e os privilégios estariam sempre nas

mãos dos homens. Dessa forma, à mulher cabia somente o papel de esposa e mãe. As mulheres entravam na vida de casada, algumas ainda bem meninas, eram obrigadas a casar com maridos geralmente bem mais velhos, escolhidos por seus pais. Caso uma menina demonstrasse sinais de rebeldia ou de inconformismo em relação a esse sistema, ao invés do casamento, cabia-lhe a vida em um convento. A mulher não recebia nenhum tipo de instrução. Escrever ou ler eram atividades para homens, às mulheres era ensinado apenas assinar o próprio nome. Nessa época, a Igreja Católica, dominava a educação e racionalizava suas ações por meio do mito Adão e Eva.

1826 - Mulheres se rebelaram e se colocaram à frente dos combates durante os levantes populares em Paris.

1873 - em Minas Gerais circulou o primeiro número do semanário O Sexo Feminino. Era dirigido às mulheres, a fim de que elas tomassem consciência de sua identidade e de seus direitos. Quem escrevia, era Francisca Senhorinha da Motta Diniz, que defendia a idéia de que a sujeição da mulher ao homem se dava devido à dependência financeira e se destacou também, por sua luta pelo direito ao voto, que era, até então, proibido para mulheres.

1879 - o Partido Socialista Francês se pronunciou a favor da igualdade dos sexos tanto no nível civil quanto no nível político.

1881 - Primeira mulher a ingressar no curso superior.

1887 - Uma mulher conseguiu concluir a graduação.

Uma das grandes conquistas femininas da história do Brasil é o direito de votar, pois até 1932 era prerrogativa apenas dos homens. Como símbolo desta conquista destaca-se Carlota Queiroz, a primeira Parlamentar eleita em 1935.

A ascensão da República favoreceu a inclusão da mulher no mercado de trabalho. A mulher, além de operária, era mãe e dona-de-casa e sua jornada acabava por ser maior.

Na Revolução Francesa, por exemplo, as mulheres atuaram ativamente como propusera a "Declaração dos Direitos da Mulher" já naquela época.

1826 - As mulheres francesas se rebelaram e se colocaram à frente dos combates durante os levantes populares em Paris.

Construção de espaços e de processos de valorização

Para ser mulher, um ser político e fundamentalmente importante na sociedade, não é preciso levantar a bandeira do feminismo, queimar sutiãs em praça pública ou querer ser igual aos homens. Ser mulher é não abrir mão da docilidade, do seu lado erótico, sensual... tampouco deixar de ser mãe, amiga, profissional, protetora. Ser mulher é ser sujeito. É estar atenta e generosa aos desafios da vida, é conceder a si mesma o prazer de ser e estar a serviço da vida, com muita... Vida!

Talvez a falta de visibilidade de que o novo pode ser feito com o velho, sobretudo no Ocidente; porque o que se espera é que se desfaça a imagem cultural antiga mais difundida, que é dependência da mulher, imposta por um modelo defasado. É uma construção que se apóia na personalidade feminina, sobretudo, na vontade de construir-se a si mesma.

Espaço para afetos e projetos

A presença da mulher no mundo do trabalho foi uma transgressão, (embora tenha sido a necessidade que as tenha empurrado, num primeiro instante para as fábricas). Para os homens, talvez tenha sido uma concessão. E diante disso, as mulheres não ousaram negociar o tempo que é dedicado à vida privada.

A vida do homem não mudou. A vida da mulher, ao contrário, mudou e muito. A vida consumida em qualidade não pode ser mercantilizada. Nada substitui o afeto.

Esse repensar o tempo vai ganhando força quando se olha pra ele como condição necessária à sobrevivência psíquica das famílias (sejam elas constituídas de pai e mãe, de apenas um deles ou da ausência dos dois). O equilíbrio humano, a equidade nas relações de gênero pressupõe uma melhor qualidade de vida na sociedade.

Estresse e carreira

Reconhecimento e rendimentos que crescem em ritmo acelerado têm um preço. As mulheres sofrem mais com o estresse de uma carreira, pois as pressões do trabalho fora de casa se duplicaram. Dormir e acordar pensando na possibilidade de ter que ir ao mercado antes de chegar em casa ou de ter o filho

repentinamente doente, gera um pré-estresse na mulher e isso muitas vezes tende a baixar seu padrão de produtividade no trabalho, mas não a ponto de incapacitar sua qualidade profissional.

Na empresa do conhecimento, a mulher terá cada vez mais importância estratégica, pois trabalha naturalmente com a diversidade. A mulher dá um colorido diferente e interessante nas instituições, não resta dúvida.

É troca, é o despojamento dando adeus a uns mundos herméticos, cheios de moral e prescrição. Liberdade, senso de responsabilidade e uma sutil amoralidade vem tomando conta de espaços machistas; são as brechas gerando oportunidade de crescimento. Oportunidade de ser.

Como consideração final, é interessante ressaltar que as instituições podem instigar discussões e debates, de forma que a força feminina - e também a masculina - possam se libertar em novas direções, aprendendo com o passado.

E aprender juntos, homens e mulheres, cedendo espaços, dividindo idéias e projetando um futuro melhor.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

RODRIGUES, Claudia Flores - Ser mulher no século XXI; afetos e **projetos no mundo do trabalho**. Disponível em:

<<http://www.paratexto.com.br/user.php?id=4720>> Acesso em: 03/05/2009.

POLÍTICAS PÚBLICAS COM RECORTE DE GÊNERO

Diferença de rendimento: um retrato da desigualdade

De acordo com dados do IBGE, coletados no Censo 2000, as mulheres recebem, em média, no Brasil, 71,5% do rendimento masculino. Na região metropolitana de São Paulo, a diferença salarial aumenta ainda mais: dados da Fundação Seade demonstram que as paulistanas recebem apenas 67,5% do salário dos homens.*

No entanto, segundo Fúlvia Rosemberg, em seu artigo "Políticas Públicas e gênero: um balanço dos anos 1990", as mulheres constituem 53,6% dos concluintes do ensino fundamental. O mesmo ocorre no ensino médio, no qual as mulheres representam 58,3% dos concluintes e, os homens, 41,7% destes. Tal diferença se mostra ainda maior no ensino superior, no qual 61,4% dos concluintes são mulheres e 38,6%, homens.

**FUNDAÇÃO SEADE 2000. Dados relativos à Região Metropolitana de São Paulo. Mulher e Trabalho, nº 4, junho de 2001.*

O processo de urbanização a partir da década de 1930 no Brasil caracterizou-se por um modelo capitalista. A formação das cidades e das regiões metropolitanas no Brasil segue uma lógica de segregação das classes sociais, e nessa segregação, há o reforço da exclusão de segmentos sociais em situação de maior vulnerabilidade. Faz parte desses segmentos marginalizados as mulheres, a população negra, os idosos e os jovens habitantes das periferias.

As políticas públicas enquanto ações empreendidas pelo Estado têm grande importância como mecanismo de regulação das injustiças sociais e de proteção aos socialmente mais vulneráveis. Assim, a formulação de políticas públicas, objetiva, por princípio, assegurar poder, fortalecer, tais grupos. Compreender as políticas públicas como um mecanismo de correção das discriminações, enfrentamento da violência e fortalecimento da cidadania das mulheres significa institucionalizar, publicizar e universalizar uma problemática ainda muito tratada e reservada à esfera privada e a soluções de caráter moral - e, por que não afirmar, muitas vezes moralistas.

Nas últimas décadas, no Brasil, as desigualdades de gênero tornam-se patentes e vêm sendo enfrentadas a partir da luta das mulheres e das transformações culturais e conquistas sociais

adquiridas pelos movimentos sociais. Porém, convém lembrar que há ainda um longo caminho a ser percorrido, o qual deve ser conquistado também no campo institucional, através de políticas públicas afirmativas de direitos nas cidades.

Desde a década de 1970, a crescente articulação dos movimentos de mulheres e a inserção no mercado de trabalho propiciaram maior visibilidade às desigualdades a que estão expostas e aos bloqueios existentes para a concretização de sua cidadania.

Desde 1985, passam a ser implantadas as Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher – DEAMs. Em 1988, com a Constituinte, é criado o Conselho Nacional de Direitos da Mulher – CNDM/MJ, vinculado ao Ministério da Justiça, cujo papel é assessorar e dinamizar a promoção da igualdade entre mulheres e homens, a partir das políticas públicas em cada Ministério e da interlocução com os estados.

Com a descentralização promovida a partir da Constituição de 1988, proliferam nas cidades brasileiras os Conselhos Estaduais e Municipais de direitos da mulher ou da condição feminina.

No âmbito municipal, a partir da década de 1990, passam a ser criados os centros de referência e orientação à mulher e, posteriormente, articuladas com esses espaços de triagem, as casas-abrigo para mulheres vítimas de violência doméstica e em situação de risco de vida.

A partir de 1995 – ano da IV Conferência Mundial da Mulher, em Pequim, iniciativas privadas e públicas voltadas à cidadania das mulheres, como serviços de orientações jurídicas, psicológicas e no formato de disque-denúncias. Muitas das ações públicas são respostas, ainda que parciais, às demandas por políticas públicas estruturadoras de um sistema permanente de proteção e segurança para as mulheres.

A temática “mulher” costuma ser sempre lembrada nos momentos festivos.

No cotidiano, as desigualdades a que as mulheres encontram-se submetidas reforçam o lugar subalterno que ocupam na sociedade. São elas que recebem menor renda em relação aos homens – embora tenham, na média nacional, mais tempo de estudo do que estes. Também são as mulheres negras que ocupam o último lugar no acesso ao mercado formal de trabalho, encabeçando a chefia das famílias mais pobres do país. No acesso

à moradia, é proporcionalmente pequeno, se comparado ao de homens, o número de mulheres com posse da casa, ainda mais se consideradas as que dividem o lar com um cônjuge. Embora a presença institucional das mulheres no Congresso Federal e nos Executivos Municipais e Estaduais tenha aumentado nos últimos dez anos, essa participação em cargos eletivos não ultrapassa os 9% – apesar de, segundo dados censitários, elas constituírem a maioria da população no Brasil.

É preciso um exercício de sensibilização da sociedade para a superação de preconceitos de gênero e etnia.

É necessário aguçar olhares para as injustiças e fazer com que realmente apareçam as desigualdades de gênero.

O conceito de igualdade de gênero remete à seguinte reflexão: políticas públicas com recorte de gênero têm, por princípio, de promover a superação das desigualdades entre homens e mulheres, criando ações afirmativas para o pólo mais vulnerável. Gênero não se refere apenas às mulheres, nem às temáticas que culturalmente lhes são atribuídas, tais como saúde e educação.

Toda política pública implementada por um governo tem impacto de classe, de etnia e etário. O mesmo ocorre com gênero – embora o impacto de gênero reforce estereótipos sobre o papel da mulher na sociedade ou a omissão diante das desigualdades no acesso a bens, equipamentos e serviços.

A formulação de políticas públicas com recorte de gênero deve ser antes de tudo, uma ação transversal – mas não com menor visibilidade.

Se os programas e as políticas não incorporarem e não permitirem a superação das desigualdades de gênero, continuaremos lembrando da existência das mulheres em nossas cidades apenas nos momentos de comemoração do Dia Internacional da Mulher, no Dia das Mães, na presença pouco dignificante em comerciais de televisão e em revistas de bancas de jornal ou, em momentos mais trágicos, de denúncia de espancamentos, assassinatos ou estupros. Nesses momentos, as mulheres têm visibilidade, mas não como sujeitos da sua história. Em geral, apenas por meio de estereótipos e das funções a elas relegadas na sociedade – as de mãe, de esposa, de santa ou prostituta, de objeto de desejo e consumo da sociedade.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

PEREIRA, TATIANA DAHMER - **Conselhos Municipais, Políticas Públicas e Cidadania: um olhar de gênero para pensar a cidade**, in Caderno Especial n. 10. Ed.: 04 a 18 de março de 2005, p. 7 Disponível em:

<<http://www.assistentesocial.com.br/novosite/cadernos/cadespecial10.pdf>> Acesso em maio 2009.

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: marido ou parceiro são os principais agressores

*"A responsabilidade do marido ou parceiro como principal agressor varia entre 53% (ameaça à integridade física com armas) e 70% (quebradeira) das ocorrências de violência em qualquer das modalidades investigadas, excetuando-se o assédio. Outros agressores comumente citados são o ex-marido, o ex-companheiro e o ex-namorado, que somados ao marido ou parceiro constituem sólida maioria em todos os casos".**

Infelizmente, a violência faz parte da vida de muitas brasileiras, assumindo as mais variadas formas, que vão da violência psicológica - expressa através de insultos e desqualificação da mulher - passando pelo assédio, violência sexual, física, chegando ao assassinato.

"São muitas as crenças que justificam, para mulheres e homens, um certo grau de violência doméstica, todas elas associadas ao modo como homens e mulheres devem se comportar dentro do casamento e em sociedade. Uma dessas crenças é a de que o controle faz parte do amor e do casamento. Outras ligam-se à hierarquia existente entre o casal, onde o homem situa-se no lugar de maior poder, podendo, portanto, definir as regras e o que é certo e errado na convivência conjugal. Os homens justificam seus atos de duas maneiras: a mulher não teria cumprido com suas obrigações e, por isso, mereceria apanhar para aprender - trata-se da "função educativa da violência"; além disso, a mulher poderia não estar respeitando a sua individualidade, estaria cerceando os seus direitos de estar só, de sair, de estar preocupado ou indignado. De certa forma, também aqui a mulher não estaria cumprindo bem o seu papel de esposa, merecendo, por isso, ser punida. Neste último caso, podemos incluir a violência sexual, que se baseia na idéia de que é o desejo masculino que orienta o ato sexual, autorizando, portanto, o uso de violência quando a mulher, por qualquer razão, não cede a este desejo.

*Todas estas crenças e justificativas ligam-se, sem exceção, à desigualdade entre homens e mulheres. Mais poderosos, os homens detêm a prerrogativa de mandar e controlar os demais membros da família, com a concordância das mulheres, das crianças e da sociedade em geral. "***".*

*FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Pesquisa Nacional - 2001, realizada pelo Núcleo de Opinião Pública.

**PORTELLA, Ana Paula. Apresentação realizada no I Congresso IMIP (Instituto Materno-Infantil de Pernambuco) de Saúde da Mulher e da Criança, Recife, 12 a 15 de julho de 2000. Jornal da Rede Saúde, nº 22 novembro de 2000.

Repercussões na saúde associadas à violência contra as mulheres

As situações de violência doméstica e sexual repercutem nos serviços de saúde de forma paradoxal. Ao mesmo tempo em que há um uso aumentado dos serviços, esta assistência tem um baixo poder resolutivo e as mulheres em situação de violência doméstica e sexual avaliam pior sua saúde e tem mais queixas e sintomas do que aquelas que não vivenciam estas situações.

Portanto, com uso repetitivo e ineficaz dos serviços, a assistência torna-se de alto custo.

Isto se dá, a nosso ver, por diversos motivos:

- A situação de violência leva a um sofrimento crônico que parece debilitar as possibilidades de a mulher de cuidar de si mesma e dos outros. A negligência de cuidados é reconhecida nos estudos, através da medida de comportamentos e uso de serviços, mostrando que estas mulheres são mais propensas a;
- abuso de álcool, tabaco e drogas, possibilidade de sexo inseguro, entrada tardia no pré-natal, e
- pior adesão ao exame de prevenção de câncer cérvico-uterino.

A situação de violência afeta a possibilidade de a mulher combinar as decisões reprodutivas com seu parceiro, impondo a opinião de apenas um, levando a um maior número de complicações sexuais e reprodutivas;

- Os agravos físicos que são percebidos como necessitando atendimento médico ou de enfermagem acabam por não procurar atenção em uma parcela dos casos e, entre os que procuram, apenas uma parte relata o acontecido aos profissionais;
- A invisibilidade, do lado do serviço, só piora a situação. Estas mulheres acabam por ser rotuladas como poliqueixosas, somatizadoras, portadoras de distúrbios neuro-vegetativos, etc. Os processos patológicos que surgem associados à violência e ao sofrimento psicoemocional, se não forem abordados de forma integrada, resultam em casos de difícil solução, mesmo quando se trata de patologias mais simples e bem conhecidas. Esses casos estão sujeitos a iatrogenias e tornam-se frustrantes para os profissionais.

A abordagem do problema violência doméstica e sexual nos serviços, no entanto, requer uma técnica específica de conversa e um bom conhecimento das referências existentes (jurídico, policial, serviço social, psicologia, ONGs, organizações religiosas, esportivas, culturais) para que o profissional possa apoiar a mulher a tomar a decisão sobre a melhor alternativa no seu caso. É o que tentaremos detalhar a seguir. Os princípios abordados aqui são úteis a qualquer profissional para uma abordagem inicial do assunto. Mas dependem de um conhecimento da rede local de apoio e de uma decisão institucional para abordar o tema, com fluxos e instrumentos de registro pré-definidos.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. **Mulheres em situação de violência doméstica e sexual**: orientações gerais. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007. 108 p. pg. 31.

Sugestões para pesquisa:

A Lei Maria da Penha – Lei Federal - Nº 11.340 de 07/08/2006.
Disponível em:

<http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/mulher/0013/caderno_violencia_mulher.pdf>

Acesso em

O HOMEM DO SÉCULO XXI - QUE HOMEM É ESSE!?

O homem do século XXI está rompendo com as tradições que lhe foram impostas durante anos



Por Cadu Kayresem

Limpeza de pele às 9h. Depilação, às 10h. Avaliação na academia, às 15h. “Pelada” no clube, às 20h.

Pois é, essa é a agenda do homem moderno. Mas será que ele está digerindo toda essa modernidade com facilidade?

Por [Leonize Maurilio](#)

Publicado em 06 Mar 2009 at 03h31minpm

www.fashionbubbles.com/wp-content/uploads/200

Segundo o professor Marcelo Silva Ramos, do Instituto de Filosofia e Ciências Sociais (IFCS), da UFRJ, o homem atual vem rompendo com as tradições que lhe foram impostas durante anos. Ele está aceitando novos padrões de masculinidade. “O homem de hoje é mais flexível a novos valores. Ele os aceita mais facilmente. Entretanto, isso não quer dizer que os descompassos deixaram de existir”, diz o antropólogo. Quando fala de descompassos, Silva Ramos usa como referência o resultado de uma pesquisa realizada junto com a antropóloga Mirian Goldenberg, do IFCS, que apontou, que apesar de significativas mudanças no comportamento masculino, valores e representações antigas continuam vigentes. “A mudança é notória e a classificação diferenciada para homens que apresentam atitudes opostas ao exigido tradicionalmente, também” — afirma Silva Ramos, complementando que a pesquisa teve como objetivo observar as mudanças nos papéis masculinos e femininos na sociedade, e os reflexos delas no comportamento e valores dos indivíduos.

Mesmo que as mudanças impliquem em resistências, sobretudo porque durante muito tempo o homem teve que ouvir regras que o distanciavam de suas vontades, ele está aceitando as mudanças. Porém, segundo Sócrates Nolasco, professor do Instituto de Psicologia da UFRJ, essa aceitação passa pelo viés econômico. Ironizando, o professor diz que “hoje existe maior aceitação dessa flexibilidade de comportamento, por ser a melhor maneira de esse sistema econômico funcionar. A forma mais lucrativa de tocá-lo para frente é cultuar a ausência de identidade. Esse modelo *totalflex* permite maior avanço”.

Contribuição feminina e homosexual

Segundo Silva Ramos, uma série de fatores justifica essa mudança no comportamento masculino. “As conquistas do público feminino relacionadas à capacidade da mulher dissociar sexo de procriação; o divórcio; a inserção no mercado de trabalho; as mudanças na família, na sexualidade; tudo isso pode ser considerado”, comenta o professor afirmando que as conquistas femininas deram às mulheres maior poder de escolha dos seus parceiros e passaram a exigir deles novas características.

Já Sócrates Nolasco explica essa contribuição de outra maneira. “Quando me perguntam dos homens em relação aos gays e às mulheres, da influência de um sobre o outro, digo que existe uma relação de mão dupla, representante de uma certa flexibilização dessa rigidez estética referente ao homem e à mulher”.

Homem do século XXI prioriza mais família do que trabalho

De acordo com pesquisa do Ibope Mídia apresentará estudo inédito sobre o comportamento e os hábitos do homem do século XXI. Neste estudo, uma das principais reflexões aponta que o dia-a-dia familiar é considerado importante para o novo homem. A maioria deles não prioriza apenas o trabalho e o sustento da família, mas também participa ativamente da educação dos filhos e declaram que, se possível, deixariam de trabalhar para dedicar-se exclusivamente ao lar.

Atualmente, os homens representam 50% da população mundial. Na América Latina e no Brasil, o percentual de habitantes do sexo masculino fica em torno de 48%. E é nos Emirados Árabes onde está concentrada a maior proporção de homens na população (68%).

44% dos brasileiros são casados E deste total, 76% têm filhos. Embora a percepção do impacto do tempo seja distinta entre homens e mulheres, 47% dos pais que trabalham afirmam ter dificuldade em conciliar trabalho, paternidade e casamento. E mais da metade dos pais concordam que são capazes de cuidar da casa e dos filhos sozinhos.

Trabalho: O trabalho é considerado uma carreira para mais da metade dos homens e muitos deles querem atingir o topo mais alto dessa carreira. Para 57% dos homens que trabalham, o dinheiro é a melhor medida do sucesso...

Perfil do novo homem: O estudo compara o novo homem ao Neo, do filme "Matrix". Este personagem representa as habilidades do homem atual: é flexível, disciplinado, criativo, tolerante e, principalmente, humano. É capaz de assumir seu medo e de trabalhar em equipe. Reinventa-se para adaptar-se às mudanças e ao futuro.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

KAYRESEM, Cadu - **O homem do século XXI está rompendo com as tradições que lhe foram impostas durante anos.** Jornal da UFRJ 15, p. 15 - Fevereiro de 2006.

Disponível em: <<http://www.jornal.ufrj.br/jornais/jornal13/jornalUFRJ1315.pdf>> Acesso em: jun. 2009.

Redação Yahoo Brasil. **Homem do Século Xxi Prioriza Mais Família do que Trabalho.** 03 out, 06h00, Notícias - Disponível em: <<http://br.noticias.yahoo.com/s/071003/48/qjfevp.html>> Acesso em jul. 2009.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

A política traduz um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública. Um de seus principais objetivos é promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos e que, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população.

Vários estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como o fazem as mulheres, os serviços de atenção primária adentrando o sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, o que tem como consequência agravo da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o sistema de saúde. Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas.

Tratamentos crônicos ou de longa duração têm, em geral, menor adesão, visto que os esquemas terapêuticos exigem um grande empenho do paciente que, em algumas circunstâncias, necessitam modificar seus hábitos de vida para cumprir seu tratamento. Tal afirmação também é válida para ações de promoção e prevenção à saúde que requer, na maioria das vezes, mudanças comportamentais. Podemos agrupar as causas da baixa adesão em dois grupos principais de determinantes, que se estruturam como barreiras entre o homem e os serviços e ações de saúde: barreiras sócio-culturais e barreiras institucionais.

Grande parte da não-adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais. Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O homem julga-se invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco. A isto se acresce o fato de que o indivíduo tem medo que o médico descubra que algo vai mal com a sua saúde, o que põe em risco sua crença de invulnerabilidade. Os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer. Uma questão bastante apontada pelos homens para a não procura pelos serviços de atenção primária está ligada a sua posição de provedor. Alega-se que o horário do funcionamento dos serviços de saúde coincide com a carga horária do trabalho. Não se pode negar que na preocupação masculina a atividade laboral tem um lugar destacado, sobretudo em pessoas de baixa condição social o que reforça o papel historicamente atribuído ao homem de ser responsável pelo sustento da família.

Outro ponto é a dificuldade de acesso aos serviços assistenciais, alegando-se que, para marcação de consultas, há de se enfrentar filas intermináveis que, muitas vezes, causam a “perda” de um dia inteiro de trabalho, sem que necessariamente tenham suas demandas resolvidas em uma única consulta.

Ainda que o conceito de masculinidade venha sendo atualmente contestado e tenha perdido seu rigor original na dinâmica do processo cultural, a concepção ainda prevalente e hegemônica da masculinidade é o eixo estruturante pela não procura aos serviços de saúde.

A compreensão das barreiras sócio-culturais e institucionais é importante para a proposição estratégica de medidas que venham a promover o acesso dos homens aos serviços de atenção primária, que deve ser a porta de entrada ao sistema de saúde, a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção.

Os temas mais recorrentes no estudo sobre a saúde do homem podem se estruturar em torno de três eixos: violência, tendência à exposição a riscos com conseqüência nos indicadores de morbi-mortalidade e saúde sexual e reprodutiva.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem** (*Princípios e Diretrizes*). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, ago. 2008.

Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>

Acesso em jul. 09.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DO HOMEM **(artigos relevantes para este Tema)**

Preâmbulo

Considerando que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e dos seus direitos iguais e inalienáveis constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo;

Considerando que o desconhecimento e o desprezo dos direitos do homem conduziram a atos de barbárie que revoltam a consciência da Humanidade e que o advento de um mundo em que os seres humanos sejam livres de falar e de crer, libertos do terror e da miséria, foi proclamado como a mais alta inspiração do homem;

Considerando que é essencial a proteção dos direitos do Homem através de um regime de direito, para que o Homem não seja compelido, em supremo recurso, à revolta contra a tirania e a opressão;

Considerando que é essencial encorajar o desenvolvimento de relações amistosas entre as nações;

Considerando que, na Carta, os povos das Nações Unidas proclamam, de novo, a sua fé nos direitos fundamentais do homem, na dignidade e no valor da pessoa humana, na igualdade de direitos dos homens e das mulheres e se declaram resolvidos a favorecer o progresso social e a instaurar melhores condições de vida dentro de uma liberdade mais ampla;

Considerando que os Estados membros se comprometeram a promover, em cooperação com a Organização das Nações Unidas, o respeito universal e efetivo dos direitos do homem e das liberdades fundamentais;

Considerando que uma concepção comum destes direitos e liberdades é da mais alta importância para dar plena satisfação a tal compromisso:

A Assembléia Geral

Proclama a presente Declaração Universal dos Direitos do Homem como ideal comum a atingir por todos os povos e todas as nações, a fim de que todos os indivíduos e todos os órgãos da sociedade, tendo-a constantemente no espírito, se esforcem, pelo ensino e

pela educação, por desenvolver o respeito desses direitos e liberdades e por promover, por medidas progressivas de ordem nacional e internacional, o seu reconhecimento e a sua aplicação universal e efetivos tanto entre as populações dos próprios Estados membros como entre as dos territórios colocados sob a sua jurisdição.

Art. 1º - Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade.

Artigo 16 - A partir da idade núbil, o homem e a mulher têm o direito de casar e de constituir família, sem restrição alguma de raça, nacionalidade ou religião. Durante o casamento e na altura da sua dissolução, ambos têm direitos iguais.

1) O casamento não pode ser celebrado sem o livre e pleno consentimento dos futuros esposos.

2) A família é o elemento natural e fundamental da sociedade e tem direito à proteção desta e do Estado.

Art. 18 - Toda a pessoa tem direito à liberdade de pensamento, de consciência e de religião; este direito implica a liberdade de mudar de religião ou de convicção, assim como a liberdade de manifestar a religião ou convicção, sozinho ou em comum, tanto em público como em privado, pelo ensino, pela prática, pelo culto e pelos ritos.

Art. 22º - Toda a pessoa, como membro da sociedade, tem direito à segurança social; e pode legitimamente exigir a satisfação dos direitos econômicos, sociais e culturais indispensáveis, graças ao esforço nacional e à cooperação internacional, de harmonia com a organização e os recursos de cada país.

Art. 23

1) Toda a pessoa tem direito ao trabalho, à livre escolha do trabalho, a condições equitativas e satisfatórias de trabalho e à proteção contra o desemprego.

2) Todos têm direito, sem discriminação alguma, a salário igual por trabalho igual.

3) Quem trabalha tem direito a uma remuneração equitativa e satisfatória, que lhe permita e à sua família uma existência conforme com a dignidade humana, e completada, se possível, por todos os outros meios de proteção social.

4) Toda a pessoa tem o direito de fundar com outras pessoas sindicatos e de se filiar em sindicatos para defesa dos seus interesses.

Art. 24 - Toda a pessoa tem direito ao repouso e aos lazeres e, especialmente, a uma limitação razoável da duração do trabalho e a férias periódicas pagas.

Art. 25

1) Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.

2) A maternidade e a infância têm direito a ajuda e a assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozam da mesma proteção social.

Disponível em: <<http://www.onuportugal.pt/direitohomem.pdt>> Acesso em jun 2005.

HIPERTENSÃO E DIABETES

Desde os fins dos anos 1990, a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis tornou-se o foco de preocupação dos sistemas de saúde nos países desenvolvidos e em desenvolvimento porque, além de associadas a altos índices de mortalidade, também respondem por significantes custos para a saúde, sendo a principal causa de incapacidade em nosso meio.



Merecem indiscutível destaque, entre as condições crônicas, o diabetes e a hipertensão arterial que, em associação com as dislipidemias, o tabagismo, o sedentarismo e a obesidade são os principais determinantes da morbimortalidade por afecções cardiovasculares no mundo. De acordo com o inquérito domiciliar de saúde realizado em 2003 numa parceria entre a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo e as Universidades Estadual de Campinas, Estadual de São Paulo e a Universidade de São Paulo (ISA Capital), depreende-se que a morbidade auto-referida para o diabetes e a hipertensão arterial na população acima de 20 anos é, respectivamente, 4,74% e 16,6%.

Essas entidades nosológicas caracterizam-se por serem, em geral, oligossintomáticas e marcadas por altos índices de "não seguimento médico periódico", sendo este dado claramente demonstrado pelo inquérito. Essas condições crônicas, que freqüentemente surgem na faixa etária dos adultos jovens, são geralmente associadas a uma série de hábitos de vida pouco saudáveis e evoluem com complicações, usualmente a partir dos 40 anos, o que se traduz em elevada morbimortalidade, altos índices de incapacidade e significativos custos de tratamento, o que acarreta piora expressiva da qualidade de vida.

São igualmente relevantes os dados do Programa de Aperfeiçoamento das Informações de Mortalidade (PROAIM), da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, os quais informam que oito entre as dez principais causas de morte na Cidade de São Paulo nos últimos anos estão relacionadas às condições crônicas.

Ao estudar a anatomia e fisiologia do sistema cardiovascular, pode-se entender que o coração bombeia o sangue para os demais órgãos do corpo por meio das artérias. Nesse momento, o sangue é "empurrado" contra a parede dos vasos sanguíneos. Esta tensão, que é gerada na parede das artérias, é denominada pressão arterial, que é o resultado da contração do coração a cada batimento e da contração dos vasos quando o sangue por eles passa. Esta pressão é necessária para que o sangue consiga chegar aos locais mais distantes, como, por exemplo, a extremidade dos pés.



Os números de uma medida de pressão arterial representam o valor da pressão calibrada em milímetros de mercúrio (mmHg). O primeiro número, ou o de maior valor, é chamado de pressão arterial sistólica ou máxima, que é a pressão do sangue nos vasos quando o coração se contrai (sístole) para impulsionar o sangue para o resto do corpo; o segundo número, ou o de menor valor, é chamado de pressão arterial diastólica ou mínima. Nesse caso, o coração encontra-se na fase de relaxamento (diástole).

A Organização Mundial de Saúde padronizou a medida normal da pressão arterial entre os limites de 120/80mmHg a 140/90mmHg.

O local mais comum de verificação da pressão arterial é no braço, usando como ponto de ausculta a artéria braquial. O equipamento utilizado é o esfigmomanômetro e, para auscultar os batimentos, usa-se o estetoscópio.

A pressão arterial sofre a influência de fatores, tais como: dieta rica em sal, gordura, obesidade, tabagismo, estresse, alguns medicamentos, sedentarismo, dentre outros. Portanto, a exposição dos indivíduos a estas condições, denominadas de fatores de risco, pode elevar o nível da pressão arterial.

E o que é hipertensão arterial? Também conhecida como "pressão alta", é definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg, e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg em pessoas que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.

Existem dois tipos de hipertensão arterial: hipertensão primária, hoje chamada de hipertensão arterial sistêmica, e secundária. A hipertensão sistêmica corresponde a 90% dos casos

e se caracteriza por não haver uma causa conhecida, enquanto os 10% restantes correspondem à hipertensão secundária, onde é possível identificar uma causa, como, por exemplo, problemas renais, tumores de supra-renal e algumas doenças endócrinas.

O diagnóstico é feito através da medida da pressão arterial, porém uma medida isolada não é suficiente, sendo recomendado duas ou mais medidas em momentos diferentes, quando da suspeita de hipertensão arterial. As medidas devem ser obtidas em ambos os braços, com a pessoa nas posições - sentada e deitada.

Até poucos anos atrás, o tratamento do hipertenso era centrado no uso da medicação. À medida que foi sendo estudada a correlação com os fatores de risco citados, iniciou-se uma nova abordagem, valorizando as mudanças de estilo de vida, associadas ou não ao uso de medicamentos.

É recomendado que o hipertenso grau I (leve) seja controlado mediante uma dieta equilibrada, com diminuição da ingestão de sal, com a prática de atividade física regular, controle do peso corporal, abandono do consumo de cigarros, álcool e outras drogas, quando for o caso.

O hipertenso grau II e III (moderado e grave), além do controle dos fatores de risco modificáveis, necessitará da utilização de medicamentos para o resto da vida.

O tratamento não-medicamentoso da hipertensão tem como objetivo principal a prevenção de complicações (lesões de órgão-alvo), pois é muito comum um portador de hipertensão deixar de lado o tratamento por achar que está curado, voltando então a níveis pressóricos altos. Este é um erro básico, a orientação visa conscientizar o hipertenso de que, embora não haja cura, um controle adequado de sua pressão arterial é suficiente para prevenir lesão de órgão-alvo. Nos casos de hipertensão secundária, onde há possibilidade de identificar sua causa, na grande maioria das vezes, o tratamento é possível, assim como a cura.

Os cuidados com as pessoas hipertensas estão centrados no controle da pressão arterial, no uso correto da medicação prescrita, bem como no incentivo à prática de atividades físicas e mentais.

Os programas educacionais e de assistência ao hipertenso têm obtido resultados satisfatórios, possibilitando um controle adequado apenas em nível ambulatorial, diminuindo o índice de hospitalização e prevenindo as complicações cardíacas. Hoje, quando um hipertenso chega a hospitalizar-se, o motivo mais comum é a elevação súbita da pressão arterial (crise hipertensiva), ou as manifestações de lesões crônicas decorrentes da hipertensão não-controlada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde - Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Profissionalização de Auxiliares de Enfermagem: **cadernos do aluno; saúde do adulto; assistência clínica ética profissional**. Ministério da Saúde. Brasília, 2001.p.19-21.

BRASIL, Ministério da Saúde - Secretaria de Políticas de Saúde - Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus - **Manual de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. MS. Brasília - 2002.

SÃO PAULO (Cidade), Secretaria da Saúde, **Manual para Auxiliares de Enfermagem: Assistência ao portador de Hipertensão Arterial e Diabetes Melitus**. Coordenação da Atenção Básica. SMS. São Paulo, 2007, p. 17.

SÃO PAULO (Cidade), Secretaria da Saúde, **Protocolo de Tratamento da Hipertensão Arterial e do Diabetes Melito Tipo 2 na Atenção Básica**, COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. SMS. São Paulo, 2008. p.108.

CRISE HIPERTENSIVA

Crise hipertensiva designa uma condição de elevação rápida e sintomática da pressão arterial com risco de deterioração de órgão-alvo ou de vida em potencial. Constitui na emergência clínica mais freqüente nos prontos-socorros e podem exigir ação rápida com necessidade de internação em terapia intensiva no caso de emergência hipertensiva.

O controle crônico da pressão arterial é o melhor método para diminuir a incidência de urgências e emergências hipertensivas.

Crise hipertensiva se refere ao termo genérico em que ocorre elevação rápida e sintomática da PA, invariavelmente com níveis de pressão diastólica (PAD) superiores a 120 mmHg, com risco potencial de deterioração de órgão-alvo ou de vida imediato ou em potencial. Se houver risco remoto de deterioração de órgãos-alvo ou de vida em potencial a denominação é de *urgência hipertensiva*.

Emergência hipertensiva é utilizada para definir aquele paciente portador de níveis da pressão elevados, com risco iminente de vida ou de deterioração de órgão-alvo, em que as medidas empregadas para combate aos níveis elevados devem ser imediatas, em minutos ou poucas horas, necessitando do uso de drogas de ação rápida e pela via parenteral.

O baixo controle da hipertensão continua sendo um problema de saúde pública, particularmente entre populações minoritárias, pobres, com baixo nível educacional e acesso limitado aos serviços de saúde.

O tratamento crônico da hipertensão é a melhor estratégia para reduzir a incidência de emergências hipertensivas.

A distinção entre urgência e emergência é importante porque pode definir a conduta. Pacientes com lesão recente de órgão-alvo, como encefalopatia ou dissecção da aorta, requerem redução da PA de emergência com monitorização intensa e terapia com drogas anti-hipertensivas de uso parenteral.

Crise hipertensiva sem evidência de lesão de órgão-alvo necessita urgência e não emergência na redução da PA.

As manifestações clínicas de crise hipertensiva, seriam cefaléia sem causa definida, náuseas e vômitos, palpitações, tontura, astenia e outros, simultâneas à PA igual ou superior a 130 mmHg. Esses sintomas são inespecíficos, pois a maior parte dos pacientes com esses níveis pressóricos está assintomática.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Franco, Roberto J. S, **Crise hipertensiva: definição, epidemiologia e abordagem diagnóstica**, Rev Bras Hipertens v. 9(4): outubro/dezembro de 2002, p. 34

DISFUNÇÕES METABÓLICAS

Diabetes Mellitus

Acredita-se que o Brasil possua hoje cerca de cinco milhões de pessoas com diabetes, e que dentro de mais dez anos este número terá dobrado. Apesar disto, praticamente, metade dos diabéticos desconhece seu diagnóstico. Esse aumento da prevalência da doença levou o Ministério da Saúde a formular algumas estratégias mais incisivas, dentre elas a campanha de detecção do diabetes.

Os carboidratos, ao serem digeridos, transformam-se em açúcares simples - glicose - e caem na corrente sanguínea, onde são transportados até as células. A glicose nas células do corpo transforma-se em energia, permitindo que as mesmas alimentem, respirem, eliminem substâncias desnecessárias ou nocivas. Porém, para que a glicose chegue ao interior das células, ela precisa atravessar a membrana celular. Isto só será possível se ela tiver ajuda da insulina, que é um hormônio fabricado no pâncreas pelas Ilhotas de Langerhans.

Quando o pâncreas não funciona bem e não produz insulina, ou o pâncreas fabrica insulina, mas esta encontra dificuldade para ajudar a glicose penetrar na célula, a pessoa fica com maior quantidade de glicose circulando no sangue (hiperglicemia), ou seja, a pessoa fica diabética.

Quando a glicemia ultrapassa a 180 mg/dl, os rins não conseguem filtrar toda a glicose passada por eles, perdendo-a através da urina (glicosúria). Com a glicose são eliminados também a água e os sais minerais, levando o indivíduo a urinar mais (poliúria). Esta condição faz com que ele sinta mais sede (polidipsia) e, conseqüentemente, vai tomar mais água.

Tendo em vista que a glicose não entra na célula, o organismo fica sem energia, situação que se manifesta pelo cansaço e desânimo, provocando o estímulo da fome (polifagia).



Um grande número de pessoas, que não se sabem diabéticas, ao fazerem uma consulta, queixam-se de cansaço, dores nas pernas e no corpo, dificuldade de cicatrização, corrimento vaginal freqüente, alteração visual, coceira no corpo, insucesso de gravidez. Partos de crianças muito gordas, ou crianças com má-formação congênita, também podem ocorrer.

Caso haja uma desidratação grave, o diabético pode apresentar queda de pressão arterial, coma por (**cetoacidose** diabética) e vir a óbito.

Quando a glicemia ultrapassa a 250 mg/ dl, as células do organismo começam a fabricar sua energia mediante a quebra das gorduras e dos músculos. Este fato leva o diabético a emagrecer e a ter em seu sangue maior quantidade de ácidos, advindos da quebra das gorduras. O organismo não consegue viver em um meio muito ácido, passa então a eliminá-los através da urina (cetonúria) e dos pulmões, ocasionando o hálito cetônico ("maçã podre"). Estas situações retratam a descompensação do diabetes ou a fase aguda da doença.

A insulina é indicada para pessoas com diabetes do Tipo 1 ou do Tipo 2, em situações especiais, como cirurgias e infecções graves, ou ainda quando o controle da glicemia não está sendo possível através dos antiglicemiantes orais.

Os principais tipos de Diabetes Mellitus são:

- **diabetes do Tipo 1** - manifesta-se de maneira mais abrupta e atinge principalmente crianças e adolescentes, o que não exclui a possibilidade de afetar adultos em qualquer idade. São freqüentes os casos em que o diagnóstico é feito durante uma internação com quadro de cetoacidose.

De um modo geral, as pessoas com diabetes do Tipo 1 são magras e não possuem história familiar da doença. Vão depender do uso de insulina por toda a vida, além de terem que efetuar controle da dieta e praticar uma atividade física.

- **diabetes do Tipo 2** - é mais característico da fase adulta, ocorrendo preferencialmente em indivíduos obesos. Cerca de 50% dos diabéticos Tipo 2 permanecem sem serem diagnosticados, pois a instalação é muitas vezes lenta, diferente do diabetes Tipo 1.

Algumas condições devem ser observadas pelos profissionais de saúde para identificar a existência de diabetes Tipo 2:

- Idade \geq 40 anos;
- História de diabetes na família;
- Obesidade do tipo andróide (aquela que se localiza mais na região abdominal), tendo em vista que o acúmulo de tecido gorduroso acarreta uma maior resistência dos tecidos à insulina, bem como uma diminuição da utilização da glicose por eles;

- História de doenças, como hipertensão arterial e dislipidemia;
- Mulheres que relatem terem tido filhos com mais de 4 kg, tendo em vista que os altos níveis de glicose no sangue da mãe são compartilhados com o feto.

Os portadores de diabetes Tipo 2 podem controlar sua taxa de glicemia através da dieta e da atividade física regular. Quando necessário, utilizam-se de hipoglicemiantes orais.

- **Diabetes gestacional** - ocorre pelas alterações hormonais na gravidez em pessoas com predisposição, podendo-se manter após a gestação.

Todas as **medidas** a serem adotadas e o planejamento da equipe de saúde têm como meta a busca da qualidade de vida e o alcance de níveis glicêmicos dentro dos padrões **desejados, ou seja; entre 80 e 120 mg / dl.**

CATEGORIA	JEJUM*	2 HORAS APÓS 75G DE GLICOSE	CASUAL**
Normal	70 - 99	> 140	> ou = 200 (com sintomas clássicos)***
Diabete melitus	> ou = 126	> ou = 200	
Tolerância à glicose diminuída	> ou = 100 a > 126	> ou = 140 a > 200	

*O jejum é definido como a falta de ingestão calórica por no mínimo 8 horas.

**Glicemia plasmática casual é definida como aquela realizada a qualquer hora do dia sem observar o intervalo da última refeição.

***Os sintomas clássicos de DM incluem poliúria, polidipsia e perda inexplicada de peso.

Apesar de as medidas gerais do tratamento do diabetes já estarem padronizadas, é necessário que cada pessoa seja avaliada a partir de suas próprias características.

O **tratamento** do portador de diabetes precisa estar centrado em três pontos essenciais que são:

- fornecimento de informações sobre o DM e suas complicações - as orientações devem estar voltadas para trabalhar o conhecimento, a aceitação e a convivência do cliente com a sua nova condição;
- adequação de hábitos de vida - consiste em planejamento alimentar (restrição de açúcares puros, carboidratos e gorduras); prática de atividade física regular; controle das situações de estresse e dos demais fatores de risco (obesidade, hipertensão, colesterol alto, etc.). O abandono de hábitos indevidos, cada vez mais incorporados no nosso dia-a-dia, talvez seja uma das maiores dificuldades encontradas no cumprimento do planejamento alimentar;

- Uso correto dos medicamentos - o cliente e/ou seu cuidador devem ser orientados quanto à técnica de aplicação e de conservação da insulina, bem como quanto ao uso correto dos antiglicemiantes prescritos;
- monitorização da glicemia - o cliente e/ou seu cuidador precisam dominar as técnicas de verificação dos níveis glicêmicos, através dos testes de glicosúria, cetonúria e glicemia capilar, fazendo o registro dos valores obtidos.

Juntamente com a alimentação adequada, os exercícios físicos representam um dos fatores que mais exercem influência na diminuição dos níveis de glicose no sangue, o que torna possível a redução da necessidade de insulina. Ao mesmo tempo em que representam um aliado na prevenção das complicações do diabetes, atuam, inclusive, na redução do estresse, promovendo um maior equilíbrio emocional do portador.

Os serviços de saúde devem criar alternativas que sirvam de apoio a esses clientes. As terapias de grupo ou outras atividades coletivas podem cooperar para uma maior aceitação da doença e maior adesão ao tratamento.

Cuidados gerais no manuseio da insulina

O envolvimento da pessoa é determinante no sucesso da terapia. A sua aceitação da insulina e o aprendizado das técnicas de *automonitoração* têm melhorado, em muito, o controle da doença. Tanto o profissional de enfermagem, responsável pela medicação, quanto usuário que se auto-administra a insulina, devem seguir algumas orientações básicas a fim de evitar complicações e alcançar melhores resultados com a terapia.

Os **cuidados** referentes à administração de insulinas são:

- **Como e onde aplicar a insulina**

Aplicação com um só tipo de insulina



Verifique se a seringa é a correta.



Se usar insulina de ação intermediária de aspecto leitoso, agite suavemente o frasco até que o líquido se homogenize. Desinfetar a tampa de borracha do frasco com álcool.



Introduza uma quantidade de ar na seringa, que corresponda à dose de insulina prescrita pelo seu médico.



Injete lentamente o ar dentro do frasco mantendo-o verticalmente em frente aos olhos.



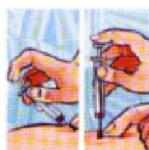
Vire o frasco, tire um pouco mais de insulina do que o necessário. Bata na seringa, suavemente, com os dedos para retirar as bolhas de ar.



Injete o excesso de insulina no frasco e retire a agulha.



Faça uma prega na pele na região da injeção e introduza a agulha em ângulo de 90° no tecido subcutâneo. Em crianças e pessoas magras, introduza a agulha a 45° no tecido subcutâneo.



Injete a insulina lentamente. Depois pressione com o dedo no lugar da injeção e retire a agulha.



Para não prejudicar o tecido subcutâneo, é importante aplicar a injeção alternando o local da aplicação.

www.geocities.com/pcamila/comoeondeaplicarain...

- Utilizar seringa descartável e apropriada para a administração de insulina;
- Manipular o frasco de insulina delicadamente, sem agitá-lo, pois isso pode provocar alteração na ação do medicamento;



Agite suavemente o frasco de insulina de ação intermediária (líquido de aspecto leitoso).



Introduza uma quantidade de ar na seringa que corresponda à dose de insulina prescrita pelo seu médico.



Injete ar dentro do frasco que contém insulina intermediária (líquido de aspecto leitoso). Sem extrair a insulina, retire a agulha.



Com a mesma seringa, injete a quantidade de ar correspondente à dose de insulina regular prescrita.



Injete o ar dentro do frasco que contém insulina regular.



Aspire a quantidade desejada de insulina com o frasco de cabeça para baixo.



Retire a agulha do frasco.



Introduza a agulha novamente no frasco de insulina intermediária, aspirando com o frasco de cabeça para baixo, até a marca correspondente à soma das duas insulinas.



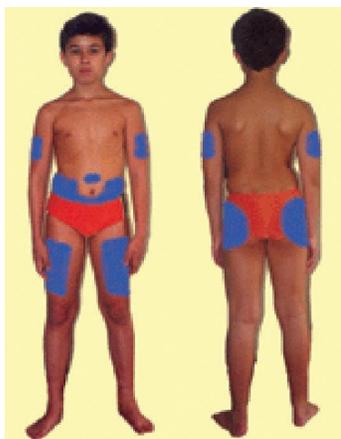
Retire a agulha do frasco prossegua seguindo as mesmas recomendações citadas na técnica de aplicação de insulina.

- Como misturar as insulinas N (NPH) + R (Rápida) ou então L (Lenta) + (R) Rápida;
- Manter a insulina sob refrigeração não muito intensa – entre 2° e 8°C.
- Merecem destaque quatro orientações relacionadas à aplicação da insulina.
- Observar os locais apropriados para a aplicação.

www.geocities.com/pcamila/comoeondeaplicarain...

Cuidados necessários para a aplicação

www.geocities.com/pcamila/comoeondeaplicarain...



- Fazer o rodízio das áreas de aplicação, evitando o uso do mesmo local, antes de duas semanas, mantendo um espaço mínimo de três centímetros entre eles;
- Inserir a agulha de insulina na posição de um ângulo de 90°, após a realização de um leve pinçamento da pele, garantindo que a insulina seja injetada no tecido subcutâneo;
- Evitar o massagem do local da aplicação.

O objetivo do rodízio das áreas de aplicação é evitar uma complicação chamada de lipodistrofia, que é uma alteração da gordura subcutânea, causando depressão ou o aparecimento de massas no local afetado.

O Cidadão/ Usuário/Cliente Hospitalizado

A hospitalização é uma condição bastante freqüente na vida dos diabéticos descontrolados, seja em decorrência das complicações agudas, como a cetoacidose diabética ou o coma hipoglicêmico, ou em função das complicações crônicas, como as insuficiências renais, as doenças cardiovasculares e as infecções.

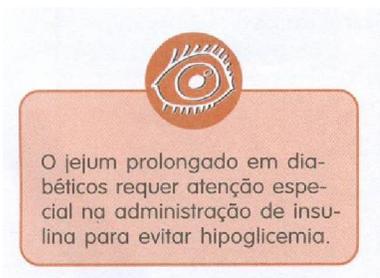


O portador de diabetes, que está habituado a fazer o seu próprio controle, demonstra insegurança em transferir essa responsabilidade para outras pessoas. A verificação da glicemia e a administração da insulina poderão continuar sob sua responsabilidade, desde que o mesmo se encontre em condições para tal e que estas ações sejam acompanhadas pela equipe de enfermagem e sob a supervisão do enfermeiro.

As internações geralmente ocorrem devido às complicações agudas. Dentre as mais comuns, destacam-se a hipoglicemia, a cetoacidose e complicações crônicas em outros órgãos (renal vascular periférica infarto agudo do miocárdio, infecções, dentre outras).

Complicações agudas

- **Hipoglicemia** - é uma complicação que ocorre com maior frequência no portador de diabetes do Tipo 1. Caracteriza-se pelo nível baixo de açúcar no sangue (glicemia < 69mg/dl). Ela pode ser decorrente do uso excessivo de insulina, da realização de exercícios físicos não-habituais ou quando a quantidade de alimentos ingeridos for insuficiente.



Nessa situação, a pessoa irá apresentar: tremores, sudorese intensa, palidez, palpitações, fome, visão embaçada, convulsão, podendo chegar à perda da consciência e ao coma, caso não receba a quantidade necessária de glicose.

Diante dessa situação, deve-se oferecer alimentos, de preferência líquidos como laranja ou até mesmo água com açúcar. Caso a pessoa se encontre inconsciente, deverá ser hospitalizada para administração de glicose endovenosa.

- **Cetoacidose** - é uma complicação que se caracteriza pelo aumento dos níveis de glicose sangüínea (glicemia > que 300mg/dl). De um modo geral, ela é decorrente da insuficiência de insulina, ou de sua suspensão, e do uso concomitante de agentes que causem hiperglicemia.

Também pode estar presente em quadros com infecções e distúrbios psicológicos graves.

Nessa situação, a pessoa poderá apresentar: poliúria, polidipsia, desidratação, rubor facial, náuseas, vômito, sonolência e hálito cetônico.

O controle é feito em hospitais, através da aplicação de insulina intramuscular ou endovenosa, reposição de eletrólitos, uso de antibióticos, entre outros.

Complicações crônicas

As complicações crônicas de maior ocorrência são:

- As decorrentes da arteriosclerose, sendo as mais comuns a retinopatia, a nefropatia, o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral e a doença vascular periférica;
- A neuropatia diabética que se apresenta de várias formas, causando alterações em alguns órgãos, como no coração (infarto agudo do miocárdio, sem dor), na bexiga (bexiga

neurogênica), nos intestinos (constipação e diarreia), no estômago (dificuldade de mandar o alimento para o duodeno), no pênis (impotência sexual), nos membros inferiores (perda de sensibilidade tátil, térmica, pressórica e dolorosa), em especial nos pés, propiciando o desenvolvimento de úlceras de pé, conhecidas também como pé diabético.

Cuidando do pé diabético:

CUIDE DO SEU PÉ - EVITE AMPUTAÇÕES

ANA, SÓ AGORA DESCOBRI QUE QUEM TEM DIABETES DEVE CUIDAR MUITO BEM DOS SEUS PÉS!

QUE ÓTIMO, DINHO! VOCÊ FOI CUIDAR DOS SEUS PÉS COM NOSSA PODÓLOGA DA ASSOCIAÇÃO?

FUI SIM E APRENDI MUITA COISA!

ASSOCIAÇÃO
• EDUCAÇÃO
• CAMPANHAS
• FOLHETAS DE DIABETES
• CONSULTAÇÃO

Examinar os pés diariamente e ver se não há bolhas, rachaduras, cortes, pele seca ou vermelhidão.

Enxugar sempre muito bem, principalmente entre os dedos.

Lavar os pés diariamente com sabão neutro e água morna (quente, não!).

Usar creme para amaciar (entre os dedos, não!).

As meias devem ser de algodão, sem costura e sem elástico.

Cortar as unhas não muito curtas com tesoura própria e em linha reta.

Usar sapatos confortáveis, macios e sem costura.

Não andar descalço nem usar sandálias, salto alto ou sapato apertado.

Antes de calçar sapatos e meias, ver se não há nada dentro que possa machucar seu pé.

Não cortar calos ou verrugas e não tirar cutículas ou os cantos das unhas.

Visitar seu podólogo Mensalmente.

ESTAS DICAS SÃO MUITO IMPORTANTES! E NÃO SE ESQUEÇA: SE TIVER FERIDAS OU SURTIREM DÚVIDAS, PROCURE UM MÉDICO PARA EXAMINAR SEUS PÉS!

http://www.tambau.sp.gov.br/Saude/diabetes_pe.jpg

- Examinar os pés, diariamente, para identificar a presença de deformidades, alterações na cor e na temperatura, aumento de calosidade, presença de edemas e fissuras;
- Cortar as unhas com tesouras retas, lixando os cantos;
- Lixar a calosidade dos pés com lixa de madeira, nunca cortá-los com gilete;
- Lavar os pés com água morna e sabão neutro, secando-os bem, principalmente, entre os dedos;
- Examinar a sensibilidade dos pés;
- Passar cremes hidratantes nos pés, exceto entre os dedos;
- Fazer exercícios com os pés, diariamente;
- Usar sapatos confortáveis, de preferência fechados, de couro macio e se possível com meias de lã ou algodão, sem elásticos;
- Evitar o uso de meias de nylon fina, quando usá-las, dê preferência à meia-calça;
- Examinar os sapatos, diariamente, verificando a existência de pedras, pregos ou quaisquer irregularidades;
- Comprar sapatos sempre no período da tarde, devido à possibilidade de edema nos membros inferiores;
- Andar sempre calçado, mesmo dentro de casa;
- Evitar o uso de chinelos de dedo;
- Não passar medicamento colorido nos pés ao feri-los.

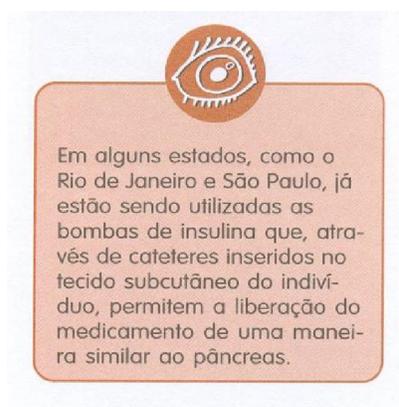
O que há de novo no tratamento do diabetes?

Há muitas novidades sendo discutidas e muitas pesquisas em andamento. Acredita-se que dentro de alguns anos, uma verdadeira revolução irá ocorrer no tratamento do DM, já se falando, inclusive, em possibilidade de cura, através do transplante das células de Langerhans, que são aquelas responsáveis pela produção da insulina no pâncreas.

Os exames para controle do diabetes são:

- ❖ Glicemia capilar - é um método com pequena porcentagem de erro. Atualmente, pode ser realizado por um equipamento (glicosímetro) portátil de fácil manuseio. A leitura do resultado pode ser feita comparando-se as cores obtidas com a tabela de referência, ou através do glicosímetro que apresenta as taxas de glicemia, fornecendo um resultado mais fiel. O diagnóstico do Diabetes Mellitus é

- confirmado quando o valor da glicemia de jejum for maior ou igual 126mg/ dl.
- ❖ Glicosúria - é a medida da quantidade de glicose presente na urina, através de tiras reagentes. É o teste mais conhecido e utilizado no Brasil. O cliente deve ser orientado para esvaziar a bexiga. Após um tempo, colher uma amostra de urina e fazer o teste.
 - ❖ Cetonúria - é outro método diagnóstico na pesquisa de corpos cetônicos na urina (cetonúria). Sua utilização deve ser feita em situações de descontrole glicêmico (glicemias superiores a 250 mg/dl). Este teste é mais utilizado no controle do diabetes gestacional, juntamente com a glicemia.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SÃO PAULO (Cidade), Secretaria da Saúde, **Protocolo de Tratamento da Hipertensão Arterial e do Diabetes Melito Tipo 2 na Atenção Básica**. COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. SMS. São Paulo, 2008. 108p.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. **Manual para Auxiliares de Enfermagem; Assistência ao Portador de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus**. Secretaria da Saúde. Coordenação de Atenção Básica. São Paulo. SMS. 2007.

EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

O câncer representa um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo, estimando-se que existam hoje mais de 20 milhões de pessoas que padecem da doença, a maioria nos países em desenvolvimento.

Estudos recentes revelam que nas nações desenvolvidas o câncer é responsável por cerca de 20% dos óbitos, representando a primeira causa de mortalidade em vários países.

A estimativa de incidência é disponibilizada pelo Instituto Nacional de Câncer - INCA, que na sua última publicação estimou, para 2008, 44.060 casos novos de câncer para o município de São Paulo, conforme pode ser observado na tabela a seguir.

Estimativa de casos novos de câncer segundo topografia e sexo. Município de São Paulo, 2008.

TOPOGRAFIA	CASOS NOVOS	
	MASCULINO	FEMININO
Traquéia/brônquio/pulmão	1.600	880
Estômago	1.240	770
Próstata	4.170	-
Cólon/reto	1.730	2.020
Esôfago	580	160
Leucemias	420	390
Cavidade oral	1.040	290
Pele (melanoma)	270	330
Pele (não melanoma)	4.650	4.020
Mama feminina	-	5.940
Colo do útero	-	1.260
Outras localizações	5.310	6.990
TOTAL	21.010	23.050

Fonte: INCA

Dados mais recentes, referentes a 2007 e disponibilizados pelo PROAIM, revelam que o capítulo das Neoplasias foi responsável por 19,5% dos óbitos dos residentes no município de São Paulo, representando a segunda causa de óbito, atrás apenas das Doenças do Aparelho Circulatório.

Os tumores do Aparelho Digestivo surgem com destaque como causa de óbito por câncer em ambos os sexos. Nos homens, também se destacam as Neoplasias do Aparelho Respiratório e dos Órgãos Genitais Masculinos, enquanto que no sexo feminino as causas mais freqüentes foram Mama e Órgãos Genitais Femininos.

Quando a análise dos óbitos por câncer se faz segundo as causas básicas isoladas mais freqüentes, surgem, pela ordem, Câncer de Pulmão, Próstata e Estômago no sexo masculino, e Mama, Cólon e Reto e Pulmão entre as mulheres.

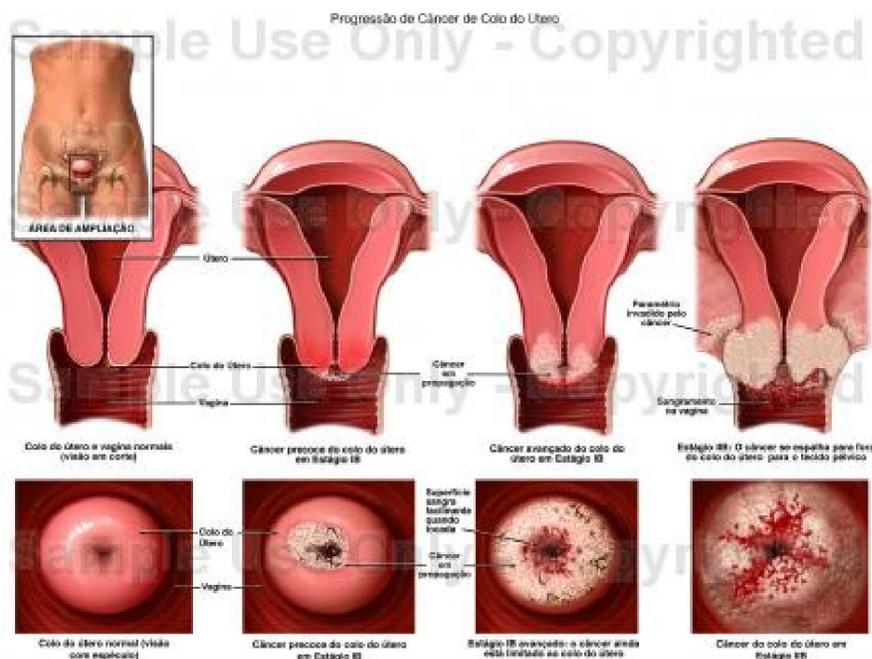
REFERÊNCIA BIBLIOGRAFIA

NAFFAH, Michel Filho - **Epidemiologia do Câncer no Município de São Paulo**. Disponível em:

<http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/oncologia/0002/Epidemiologia_do_cancer_municipio_SaoPaulo.pdf>

Acesso em ago. 2008.

PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMAS



<http://pharmaceutical-marketing-premiums.com/imagesscooked/27521W.jpg>

Disponível em 11/02/2009

O câncer cérvico-uterino, juntamente com o de mama, representaram as maiores taxas de mortalidade entre as mulheres. O câncer cérvico-uterino aparece com maior freqüência em mulheres que moram nas regiões Norte e Centro-Oeste do país.

O câncer de mama ocupa o primeiro lugar em incidência nas regiões Nordeste, Sul e Sudeste de acordo com o Instituto Nacional do Câncer. Esta doença é mais freqüentemente descoberta entre os 40 e 60 anos de idade. Já no câncer de colo, a faixa etária priorizada é de 25 a 60 anos, para realização do exame.

A prevenção do câncer de colo de útero ou cérvice, com a colheita da **citologia oncológica**, e o exame clínico das mamas com orientação para o auto exame, ocupam um lugar importante na consulta.

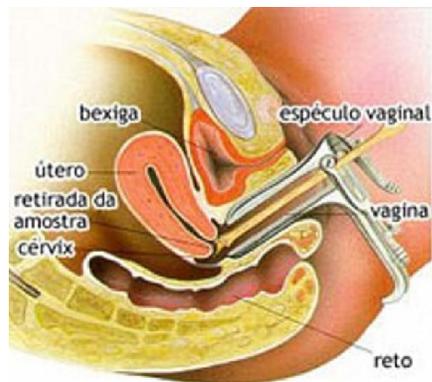
O colo é à parte do útero que se encontra no fundo do canal vaginal e pela sua localização toma-se mais exposto ao risco de desenvolver doenças. O câncer cérvico-uterino, juntamente com o de mama, representaram as maiores taxas de mortalidade entre as mulheres.

Para a detecção precoce de fatores predisponentes do câncer de colo do útero é feito o exame de papanicolau que consiste em retirar uma pequena quantidade de material do colo do útero para análise em laboratório especializado.

PAPANICOLAU

lh3.ggph.com/.../papanicolau%5B9%5D.jpg -disponível em 11/02/2009.

Papanicolau ou citologia cervical é o exame preventivo do câncer do colo uterino. O nome origina-se do médico greco-americano **Georgios Papanicolaou** (1883-1962), considerado o pai da citopatologia.



O exame deve ser realizado em todas as mulheres com vida sexual ativa ou não, pelo menos uma vez ao ano. Após 3 exames anuais consecutivos normais, o teste de Papanicolau pode ser realizado com menor frequência,

podendo ser, em mulheres de baixo risco, até a cada 3 anos, de acordo com a análise do médico, porém mulheres com pelo menos um fator de risco para câncer do colo uterino devem continuar se submetendo ao exame anual.

Consiste basicamente na colheita de material do colo uterino com uma espátula especial, sendo este material colocado em uma lâmina e analisado posteriormente por patologista ao microscópico. É citológico, examina a morfologia das células da mucosa do colo do útero, analisa alterações nas células cervicais, chamadas de displasia cervical.

A etiologia do câncer cérvico-uterino ainda é desconhecida. Sabe-se que, como todo câncer, é uma doença que atinge as células do colo uterino, desordenando seu crescimento até formar um tumor. Porém existem fatores de risco que estão relacionados, tais como:

- Início da atividade sexual em idade precoce;
- Vários parceiros;
- História de doenças sexualmente transmissíveis, principalmente decorrentes de infecções por papilomavírus e herpes vírus;
- Baixo nível sócio-econômico;
- Tabagismo;
- Carências nutricionais, como a hipovitaminose A.

Para garantir a boa qualidade do exame, a equipe de enfermagem deve orientar a mulher quanto a alguns cuidados importantes antes da realização do mesmo, como: não realizar o exame no período menstrual ou de sangramento, não ter relações sexuais por 24 horas e não utilizar duchas, lavagens e medicamentos viam vaginal por 48 ou 72 horas que antecedem o exame.

Ao proceder o preparo da cliente na unidade de saúde, devemos orientá-la a esvaziar a bexiga, pois o esvaziamento vesical permite um maior relaxamento e assegurar-lhe privacidade.

Faz parte do exame ginecológico a inspeção da vulva, do canal vaginal e do colo uterino. Durante o exame, deve-se atentar para sinais de inflamação (dor, calor e rubor), sangramento ou alterações locais da pele e mucosa, como a presença de lesões e parasitas. No canal vaginal e no colo uterino, deve-se observar a coloração da mucosa, a presença de secreções, lesões e corpo estranho, encaminhando ao enfermeiro ou médico, nos casos de anormalidade.

Algumas mulheres ainda deixam de se submeter por medo, desinformação ou vergonha

As ações de controle do câncer de mama são: auto-exame das mamas, exame clínico das mamas e exames complementares. Estas ações têm como principal objetivo a detecção precoce de alterações que podem sugerir ou constituir uma **neoplasia**.

O câncer de mama geralmente apresenta-se como um **nódulo**. Leva aproximadamente de seis a oito anos para atingir um centímetro de diâmetro. Esta lenta evolução possibilita a descoberta ainda cedo destas lesões, se as mamas são periodicamente examinadas. As primeiras **metástases** comumente aparecem nos gânglios linfáticos das axilas.

A doença é descoberta entre os 40 e os 60 anos de idade e os fatores de risco envolvidos são:

- Menarca antes dos 11 anos;
- Primeiro parto após os 30 anos;
- Nuliparidade;
- Menopausa após os 55 anos;
- História pessoal ou familiar de câncer de mama.

Existem fatores de risco que podem ser controlados, pela própria mulher desde que orientada a não ingerir dieta rica em gordura e pobre em fibras e vitaminas; evitar exposição a radiações.

O que se sabe hoje sobre o câncer de mama ainda não é o suficiente para a utilização de medidas que evitem o aparecimento da doença (prevenção primária). Os esforços para o controle são direcionados para a detecção precoce (descoberta de pequenos tumores).

Aproximadamente, 80% dos tumores são descobertos pela própria mulher, tocando sua mama incidentalmente. Portanto, é muito importante que o exame das mamas seja feito pela mulher e pelo profissional de saúde na consulta.

O auto-exame das mamas é um procedimento que permite à mulher participar do controle de sua saúde. Deve ser realizado mensalmente, uma semana após a menstruação, período em que as mamas não apresentam edema. As mulheres que não tem mais menstruação devem fazer o exame no mesmo dia de cada mês, para evitar o esquecimento.

A equipe de enfermagem deve orientar as clientes sobre o auto-exame durante as reuniões educativas e nas oportunidades que surgirem. Nestas orientações, é necessário lembrar que as mamas nem sempre possuem o mesmo tamanho, que mesmo fazendo o auto-exame não se deve deixar de fazer a consulta ginecológica periódica e que a presença de nódulo não significa que seja câncer.

As etapas do auto-exame são:

a) Inspeção em frente ao espelho

- A mulher deve estar de pé, sem roupa da cintura para cima, braços estendidos ao longo do corpo. Ao se olhar, deve prestar atenção e comparar uma mama com a outra, observando tamanho, posição, cor da pele, vasos ressaltados, repuxamento da pele, ou qualquer alteração que não havia percebido antes.
- Depois, levantar os braços acima da cabeça e fazer as mesmas comparações, observando se existe presença de massa tumoral.
- Finalmente colocar as mãos nos quadris, pressionando-os para baixo, para que o contorno das mamas fique saliente.

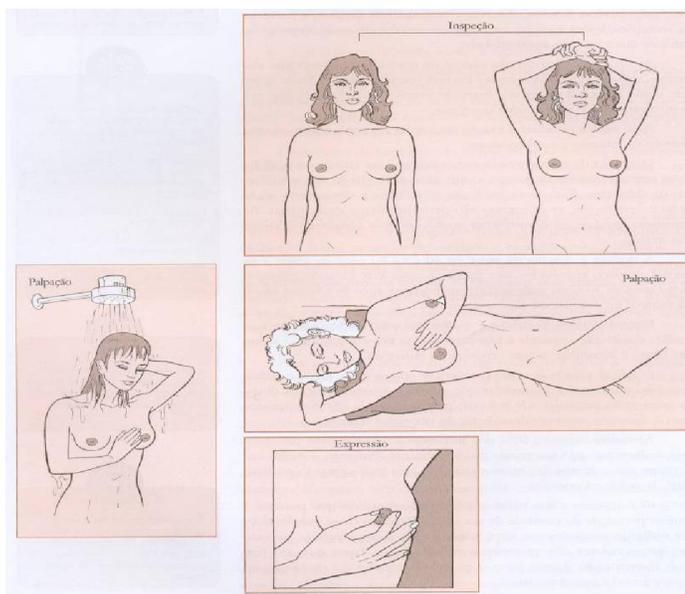
b) **Palpação**

- Deitar com o ombro elevado (usar embaixo do ombro uma toalha dobrada).
- Examinar a mama esquerda com a mão direita até a axila.
- Examinar a mama direita com a mão esquerda até a axila.

Proceder à expressão da **aréola mamária** observando a presença de secreção purulenta, serosa ou sanguinolenta. Pode estar associado a processo inflamatório, lesão benigna ou lesão maligna. Vale lembrar que as mulheres que tomam contraceptivos orais por tempo prolongado podem apresentar saída de líquido claro, como também as mulheres que insistentemente estimulam a saída de secreção fazendo expressão.

A realização do exame mamário pela mulher (auto-exame) não substitui o exame clínico realizado pelo profissional. São dois procedimentos importantes que, somados, garantem à mulher maior possibilidade de identificação precoce e rapidez para alcançar a cura.

O profissional de enfermagem que desenvolve suas atividades junto à mulher, devendo lembrar sempre que o câncer é uma doença que afeta a auto-imagem, a feminilidade, a amamentação, o relacionamento sexual. Portanto, deve estar atento para amenizar as dificuldades da cliente e compreender seus sentimentos de culpa, vergonha, depressão, dificuldade no relacionamento familiar, medo. O acolhimento da cliente e seus familiares por toda a equipe é um fator fundamental para o sucesso do tratamento.



Sugestões para pesquisa:

www.saopaulo.sp.gov.br

www.saúde.sp.gov.br

www.fosp.saude.sp.gov.br

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

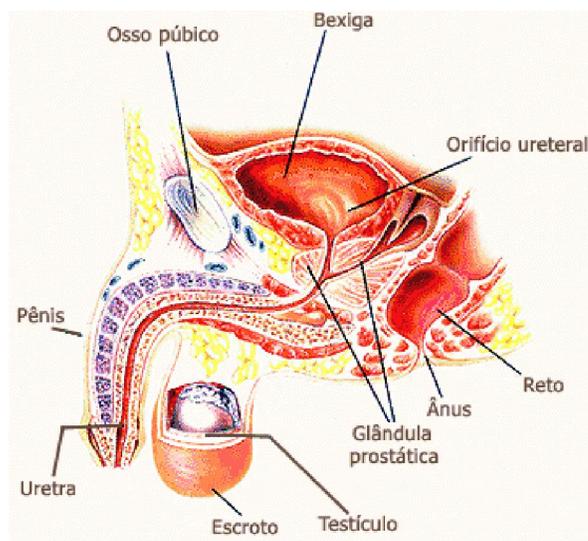
BRASIL, Ministério da Saúde - Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Profissionalização de Auxiliares de Enfermagem: **cadernos do aluno; saúde do adulto; assistência clínica ética profissional**. Ministério da Saúde. Brasília, 2001.p.19-21.

OLIVEIRA, JORGE – **Papanicolau**. Jornal da Medicina.

Disponível em: <<http://senaoquesdiz.blogspot.com/search/label/Papanicolau>> Acesso em: 11 fev. 2009.

CÂNCER DE PRÓSTATA

Epidemiologia: o câncer de próstata representa um sério problema de saúde pública no Brasil, em função de suas altas taxas de incidência e mortalidade. Ele é o segundo mais comum em homens, só sendo superado pelo câncer de pele não melanoma.



O câncer de próstata atinge principalmente os homens acima de 50 anos de idade. O aumento de sua incidência na população é também uma decorrência do aumento da expectativa de

vida do brasileiro verificada ao longo deste século, cuja tendência é ultrapassar os 70 anos no ano 2020.

O Câncer de Próstata é uma doença que provoca o crescimento anormal e incontrolado das células da próstata.

Próstata é uma glândula que somente os homens possuem, estando localizada abaixo da bexiga, sendo responsável pela produção de parte do sêmen (líquido que contém os espermatozoides).

O Câncer de Próstata é curável quando detectado no início. Caso contrário, pode se espalhar para outras partes do corpo (metástases), tornando-se incurável.

Não se sabe a causa do câncer de próstata. São fatores de risco:- fatores hormonais e genéticos e alguns hábitos alimentares e condições ambientais.

Os principais sintomas do câncer de próstata são o hábito de levantar várias vezes à noite para urinar, dificuldades no ato de urinar e dor à micção.

A maior parte dos cânceres de próstata cresce lentamente e sem apresentar sintomas. Com o decorrer do tempo podem surgir dificuldades para expelir a urina, jato urinário fraco ou aumento do número de micções. Estes sintomas são comuns nos casos de

crescimento benigno, a presença deles não indica, necessariamente, a existência de câncer, mas é importante o acompanhamento destes sintomas.

Na maioria dos casos, o tumor apresenta um crescimento lento, de longo tempo de duplicação, levando cerca de 15 anos para atingir 1 cm³ e independe do crescimento normal da glândula, o que faz com que alterações miccionais possam inexistir. Por este motivo, o exame periódico deve ser realizado, mesmo que não existam sintomas, para que o câncer possa ser detectado precocemente, com maiores chances de tratamento e cura.

O que pode ser determinante de risco:

Assim como em outros cânceres, a idade é um fator de risco importante, ganhando um significado especial no câncer da próstata, uma vez que tanto a incidência como a mortalidade aumenta exponencialmente após a idade de 50 anos.

- Ter idade acima dos 50 anos: 80% dos casos ocorrem em homens a partir desta idade.
- A doença tem maior incidência na raça negra.
- Alimentação inadequada: Dieta rica em gorduras e pobre em vegetais e frutas baixam as defesas do corpo contra o câncer.
- Vida sedentária: A falta de exercícios físicos regulares e o peso acima do normal aumentam os riscos.
- Hereditariedade: Se algum parente próximo tiver câncer duplica sua chance de desenvolver um.
- Com 40 anos, se você for negro ou tiver caso de câncer na família.

Algumas substâncias como os licopenos, encontradas nos tomates e melancias e o mineral selênio, diminuem os riscos da doença. É importante se manter saudável através de uma dieta rica em alimentos naturais, como: vegetais frutas e minerais que é a melhor forma de se prevenir e combater o câncer.

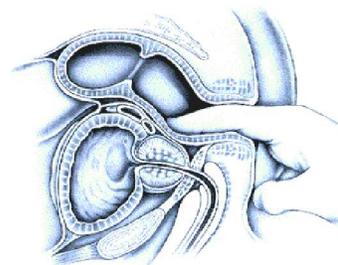
Detecção Precoce

Alterações no volume da próstata podem ser consequência tanto de patologias benignas (prostatites, hiperplasia benigna) como de patologias malignas (câncer). Seu crescimento se dá de

forma muito lenta, levando a um retardo no aparecimento dos sintomas, sendo, portanto, importante à realização de exames que possam diagnosticar o câncer em estádios iniciais, aumentando assim as chances de cura.

Prevenção:

Exame laboratorial - PSA (antígeno prostático específico) - Deve ser realizado anualmente, a partir dos 45 anos, através de um exame de sangue, onde será medida a quantidade de antígeno prostático (ingrediente do sêmen). Quando muito elevada, de acordo com a idade, pode indicar anormalidade no órgão, que podem sugerir a existência da doença e indicarem a realização de ultra-sonografia pélvica (ou prostática transretal, se disponível).



Toque Retal - Deve ser feito uma vez por ano. É indolor e rápido, podendo indicar a presença de alguma área irregular ou anormalidade. O toque retal permite detectar nódulos pequenos, menores que 1,5 cm³ e avaliar a extensão local da doença. Esse teste também detecta o câncer em homens que ainda apresentam níveis normais de PSA.

Ultrassom transretal - Detecta tumores pequenos ou localizados em áreas da próstata não alcançadas pelo toque retal. Esta ultra-sonografia, por sua vez, poderá mostrar a necessidade de se realizar a biópsia prostática transretal.

Biópsia - Retirada de uma amostra de tecido de várias partes da próstata para confirmar a doença e saber em que estágio ela se encontra.

Após o diagnóstico, se confirmada a presença do câncer, serão feitos mais testes para saber se HOUVE metástases (se espalhou para outras partes do corpo).

O retardo do diagnóstico prende-se a falta de informação da população em geral, crenças ultrapassadas e negativas sobre o câncer e seu prognóstico; a falta de alerta dos profissionais da saúde para o diagnóstico precoce dos casos; o preconceito contra o câncer e contra o toque retal; a inexistência de um exame específico e sensível que possa detectar tumor em fase microscópica e a falta de rotinas abrangentes programadas nos serviços de saúde públicos e privados que favoreçam a detecção do câncer, inclusive o de próstata.

Tratamento

Terapia Hormonal - utiliza medicamentos para bloquear a produção de hormônios masculinos e desacelerar o crescimento do câncer. É mais eficaz quando utilizada em combinação com a radioterapia, em casos já avançados.

Radioterapia - expõe áreas cancerosas a pequenas quantidades de radiação, exterminando o câncer. É mais utilizada em tumores avançados que não tenham condições de serem removidos pela cirurgia ou mesmo casos iniciais em que o paciente não tenha condições clínicas mínimas de ser operado

Cirurgia - A prostatectomia radical (retirada de toda a próstata) é indicada para os tumores malignos iniciais restritos à próstata, que ainda não tenham infiltrado a cápsula prostática (camada externa) ou órgãos adjacentes como: bexiga, uretra, musculatura perineal, reto e vesículas seminais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA
Câncer de Próstata.

Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=339> Acesso em 11 set. 2009.

Câncer de Próstata

Disponível em: <www.cirurgiaendocrina.com.br/prostata.html> Acesso em 11 fev. 2009.

Documentos Técnicos

Disponível em: <<http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/oncologia/0005>>
Acesso em 11 fev. 2009.

SOBRE A MORTE E O MORRER

Rubem Alves¹



"Pietà" de Michelângelo

<http://images.google.com.br/> - ACESSADO EM 21/06/09

JÁ tive medo da morte. Hoje não tenho mais. O que sinto é uma enorme tristeza. Concordo com Mário Quintana: "Morrer, que me importa? (...) O diabo é deixar de viver". A vida é tão boa! Não quero ir embora...

Eram 6h. Minha filha me acordou. Ela tinha três anos. Fez-me então a pergunta que eu nunca imaginara: "Papai, quando você morrer, você vai sentir saudades?". Emudeci. Não sabia o que dizer. Ela entendeu e veio em meu socorro: "Não chore, que eu vou te abraçar..." Ela, menina de três anos, sabia que a morte é onde mora a saudade.

Cecília Meireles sentia algo parecido: "E eu fico a imaginar se depois de muito navegar a algum lugar enfim se chega... O que será, talvez, até mais triste. Nem barcas, nem gaivotas. Apenas sobre humanas companhias... Com que tristeza o horizonte avisto, aproximado e sem recurso. Que pena a vida ser só isto...".

Da. Clara era uma velhinha de 95 anos, lá em Minas. Vivia uma religiosidade mansa, sem culpas ou medos. Na cama, cega, a filha lhe lia a Bíblia. De repente, ela fez um gesto, interrompendo a leitura. O que ela tinha a dizer era infinitamente mais importante. "Minha filha, sei que minha hora está chegando... Mas, que pena! A vida é tão boa...".

Mas tenho muito medo do morrer. O morrer pode vir acompanhado de dores, humilhações, aparelhos e tubos enfiados no meu corpo, contra a minha vontade, sem que eu nada possa fazer, porque já não sou mais dono de mim mesmo; solidão,

¹ * Rubem Alves, 70, psicanalista e escritor, é professor emérito da Unicamp e colunista do caderno Sinapse.

ninguém tem coragem ou palavras para, de mãos dadas comigo, falar sobre a minha morte, medo de que a passagem seja demorada. Bom seria se, depois de anunciada, ela acontecesse de forma mansa e sem dores, longe dos hospitais, em meio às pessoas que se ama, em meio a visões de beleza.

Mas a medicina não entende. Um amigo contou-me dos últimos dias do seu pai, já bem velho. As dores eram terríveis. Era-lhe insuportável a visão do sofrimento do pai. Dirigiu-se, então, ao médico: "O senhor não poderia aumentar a dose dos analgésicos, para que meu pai não sofra?". O médico olhou-o com olhar severo e disse: "O senhor está sugerindo que eu pratique a eutanásia?".

Há dores que fazem sentido, como as dores do parto: uma vida nova está nascendo. Mas há dores que não fazem sentido nenhum. Seu velho pai morreu sofrendo uma dor inútil. Qual foi o ganho humano? Que eu saiba apenas a consciência apaziguada do médico, que dormiu em paz por haver feito aquilo que o costume mandava; costume a que frequentemente se dá o nome de ética.

Um outro velhinho querido, 92 anos, cego, surdo, todos os esfíncteres sem controle, numa cama - de repente um acontecimento feliz! O coração parou. Ah, com certeza fora o seu anjo da guarda, que assim punha um fim à sua miséria! Mas o médico movido pelos automatismos costumeiros apressou-se a cumprir seu dever: debruçou-se sobre o velhinho e o fez respirar de novo. Sofreu inutilmente por mais dois dias antes de tocar de novo o acorde final.

Dir-me-ão que é dever dos médicos fazer todo o possível para que a vida continue. Eu também, da minha forma, luto pela vida. A literatura tem o poder, de ressuscitar os mortos; Aprendi com Albert Schweitzer que a "reverência pela vida" é o supremo princípio ético do amor. Mas o que é vida? Mais precisamente, o que é a vida de um ser humano? O que e quem a define? O coração que continua a bater num corpo aparentemente morto? Ou serão os zigue-zagues nos vídeos dos monitores, que indicam a presença de ondas cerebrais?

Confesso que, na minha experiência de ser humano, nunca me encontrei com a vida sob a forma de batidas de coração ou ondas cerebrais. A vida humana não se define biologicamente. Permanecemos humanos enquanto existe em nós a esperança da beleza e da alegria. Morta a possibilidade de sentir alegria ou gozar a beleza, o corpo se transforma numa casca de cigarra vazia.

Muitos dos chamados "recursos heróicos" para manter vivo um paciente são, do meu ponto de vista, uma violência ao princípio da "reverência pela vida". Porque, se os médicos dessem ouvidos ao pedido que a vida está fazendo, eles a ouviriam dizer: "Liberta-me".

Comovi-me com o drama do jovem francês Vincent Humbert, de 22 anos, há três anos cego, surdo, mudo, tetraplégico, vítima de um acidente automobilístico. Comunicava-se por meio do único dedo que podia movimentar. E foi assim que escreveu um livro em que dizia: "Morri em 24 de setembro de 2000. Desde aquele dia, eu não vivo. Fazem-me viver. Para quem, para que, eu não sei". Implorava que lhe dessem o direito de morrer. Como as autoridades, movidas pelo costume e pelas leis, se recusassem, sua mãe realizou seu desejo. A morte o libertou do sofrimento.

Dizem as escrituras sagradas: "Para tudo há o seu tempo. Há tempo para nascer e tempo para morrer". A morte e a vida não são contrárias. São irmãs. A "reverência pela vida" exige que sejamos sábios para permitir que a morte chegue quando a vida deseja ir. Cheguei a sugerir uma nova especialidade médica, simétrica à obstetrícia: a "morienterapia", o cuidado com os que estão morrendo. A missão da morienterapia seria cuidar da vida que se prepara para partir. Cuidar para que ela seja mansa; sem dores e cercada de amigos, longe de UTIs. Já encontrei a padroeira para essa nova especialidade: a "Pietà" de Michelângelo, com o Cristo morto nos seus braços. Nos braços daquela mãe o morrer deixa de causar medo.

Tanatologia, o estudo da morte

A evolução natural dos doentes fora dos recursos de cura (cancerosos, portadores de AIDS, metabólicos, etc.) é a morte. Tanto o doente como sua família devem ser preparados para a sua chegada. Acultura ocidental atual, materialista e consumista, nega a existência da morte. Nas escolas de medicina e de enfermagem nada se ensina sobre a morte. Enquanto a fertilização – o início da vida – é festejada, tanto quando ocorre pelos processos naturais como pela indução artificial, a morte é temida e lamentada. Frequentemente ela chega a ser adiada com o uso de métodos artificiais para a manutenção das chamadas "funções vitais" quando, em realidade, o indivíduo já deixou de viver.

A morte e a vida são apenas fases da mortalidade do homem. Quem nasce morreu para uma vida, quem morre nasceu para outra vida (anônimo). Não há porque temer a morte porque ela é vida (Marco Tullio de Assis Figueiredo). De um modo geral, a morte representa para o médico uma derrota profissional inaceitável. O correto é compreender e aceitar a morte com naturalidade e fazer todo o possível para torná-la digna e confortável para o doente.

Cuidados paliativos

Segundo a Organização Mundial de Saúde, Cuidados Paliativos consistem na abordagem para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, no enfrentamento de doenças que oferecem risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Isto significa a identificação precoce e o tratamento da dor e outros sintomas de ordem física, psicossocial e espiritual.

<http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=26> Acessado em 11/07/2009

Cuidado Paliativo é um conjunto de atos multiprofissionais que têm por objetivo efetuar o controle dos sintomas do corpo, da mente, do espírito e do social, que afligem o homem na sua finitude, isto é, quando a morte dele se aproxima. Na maioria das vezes, a família é também abraçada pela equipe multiprofissional, pois ela compartilha do sofrimento do paciente. O Cuidado Paliativo prolonga-se após a morte sob a forma de atendimento do luto dos familiares. Os profissionais que compõem a equipe são os que controlam os sintomas do corpo (médico, enfermeira, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional), da mente (psicólogo, psicoterapeuta, psicoanalista, psiquiatra), do espírito (padre, pastor, rabino, guru, sacerdotes das diferentes crenças religiosas professadas pelos pacientes), do social (assistente social, voluntário). Além desses, na dependência da evolução clínica do caso, outros profissionais e especialistas poderão ser chamados a cooperar com a equipe.

Não existe mais o objetivo de CURAR o paciente, pois a doença está em fase progressiva, irreversível e não responsiva. Trata-se daquela fase tão rotineira quando o médico diz à família "NÃO HÁ MAIS NADA O QUE FAZER", e assim condena irremediavelmente o paciente ao abandono, a ficar entregue ao seu sofrimento, com ou sem esperança de um milagre.

Atualmente o Cuidado Paliativo é em sua maioria, oferecido aos pacientes portadores de câncer avançado e AIDS, mas dele também se beneficiariam casos de insuficiência cardíaca congestiva, renais crônicos, hepatopatas crônicos, pneumopatas crônicos, neuromotores, mal de Parkinson, mal de Alzheimer, idosos portadores de graves seqüelas causadas por diversas doenças, etc.

Tanto o paciente como a família, sentem-se muito gratificados pelo atendimento global dedicado, disponibilidade para escutar a toda e qualquer pergunta, reclamação, lamúria, etc. sem jamais julgar e discutir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, RUBEM. Jornal Folha de São Paulo. São Paulo, 12 out. 2003.

FIGUEIREDO, Marco Tullio de Assis - **A dor no doente fora dos recursos de cura e seu controle por equipe multidisciplinar (Hospice)** in Coletânea de textos; **Cuidados Paliativos e Tanatologia**, texto 14, p. 43.

Disponível em: <<http://www.alexandracaracol.com/ficheiros/cuidadospaliativosetanatologia.pdf>>

Acesso em: 11 jul. 2009.

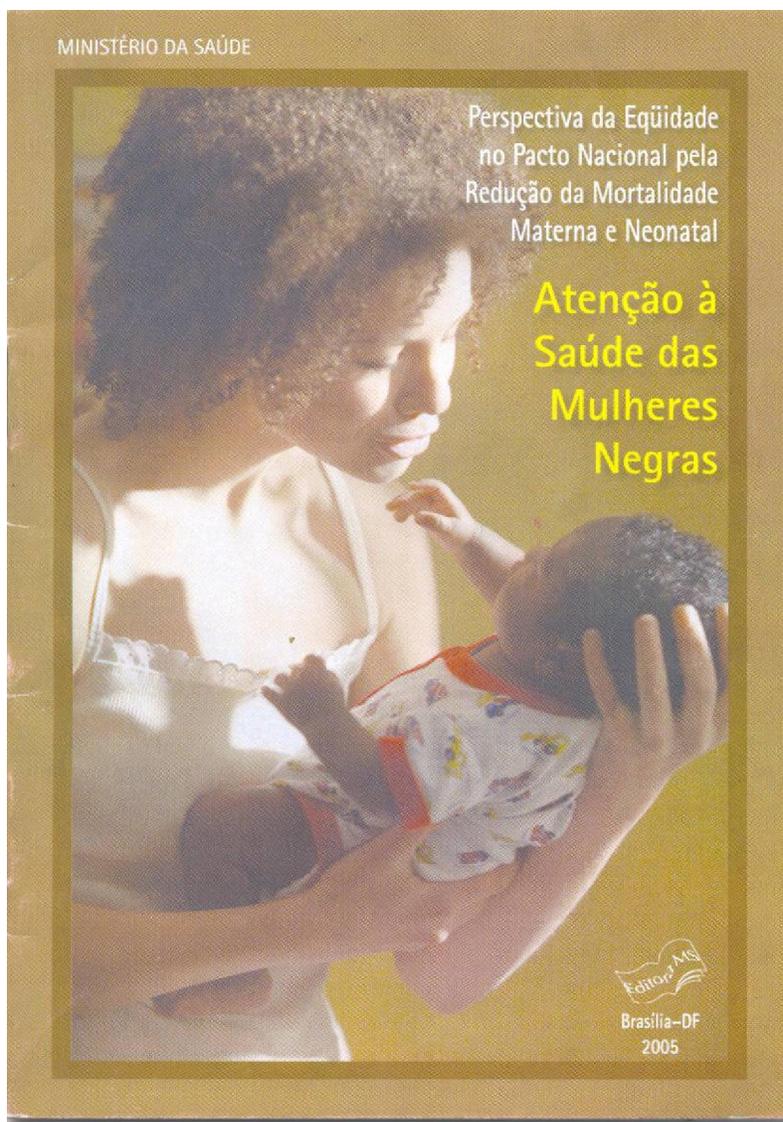
FIGUEIREDO, Marco Tullio de Assis - **Cuidado paliativo – MTAF**. In; Coletânea de textos; **Cuidados Paliativos e Tanatologia**, texto 9, p. 28.

Disponível em: <<http://www.alexandracaracol.com/ficheiros/cuidadospaliativosetanatologia.pdf>>

Acesso em: 11 jul. 2009.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. **O que são Cuidados Paliativos**. Disponível em:

<http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=26> Acesso em: 11 jul. 2009.



ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES NEGRAS

Introdução

A atenção integral à saúde da mulher pressupõe que os direitos sexuais e os direitos reprodutivos sejam compreendidos como direitos humanos, assim como levar em conta a diversidade e as necessidades específicas da população feminina. Portanto, é necessário que em qualquer planejamento de ações de saúde da mulher, além do enfoque de gênero, sejam incorporadas também as questões relativas à raça/etnia, ou seja, o "quesito cor" na saúde, visando a que todos os indicadores de saúde considerem estas variáveis.

O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal contém, em suas ações estratégicas, a necessidade de oferecer atenção às mulheres e recém-nascidos (as) negros (as), respeitando suas singularidades culturais e, sobretudo, atentando para as especificidades no perfil de morbimortalidade.

O Ministério da Saúde destaca, neste documento, algumas especificidades da população negra na área da saúde, com olhar especial para as mulheres negras. São apontadas algumas estratégias que poderão ser incorporadas por gestores estaduais e municipais de saúde, na perspectiva da equidade no Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

É importante que os gestores desenvolvam ações e atividades considerando o sistema local de saúde e os recursos disponíveis, incluídas aí as parcerias com a sociedade civil.

Segundo o Censo de 2000, a população de mulheres negras brasileiras é de 36 milhões e vive, em sua maioria, na zona urbana. Conforme o IPEA, a população feminina no Brasil corresponde a 51% da população e as mulheres negras são 30% da população feminina.

A subnotificação da variável cor ("quesito cor") na maioria dos sistemas de informação da área de saúde tem dificultado uma análise mais consistente sobre a saúde da mulher negra no Brasil. Por outro lado, os dados socioeconômicos disponíveis já indicam que a maioria das negras encontra-se abaixo da linha da pobreza, exibindo a seguinte situação:

- taxa de analfabetismo é o dobro das brancas;
- são majoritariamente chefes de família sem cônjuge e com filhos;
- por razões sociais ou de discriminação, as mulheres negras têm menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, à atenção ginecológica e à assistência obstétrica - seja no pré-natal, parto ou puerpério; e
- maior risco que as brancas de contrair e de morrer mais cedo de determinadas doenças.

As comunidades quilombolas

Comunidades quilombolas são grupos populacionais remanescentes dos antigos quilombos. Apesar de dados oficiais reconhecerem a existência de apenas 743 comunidades quilombolas no Brasil, dados dos movimentos sociais indicam que há cerca de 4.000 grupos distribuídos, sobretudo, nas zonas rurais de todo o território nacional.

Há que se reconhecer que, efetivamente, o SUS ainda não consegue atender da forma necessária e adequada esta população que, em sua maioria, é analfabeta e vive em precárias condições. Por isso, o Ministério da Saúde formulou a Política de Saúde para a População do Campo, em que consta o povo negro quilombola.

Evolução Diferenciada e Prevalência de Algumas Doenças na População Negra - Repercussões na Atenção Obstétrica

Hipertensão arterial

A principal causa de morte em adultos no Brasil são as doenças vasculares e circulatórias. A hipertensão arterial é mais freqüente, se inicia mais precocemente e apresenta uma evolução mais grave na população negra.

No Brasil, as doenças hipertensivas constituem a principal causa de morte materna, responsáveis por um terço dessas mortes. Toda gestante deve ter a pressão arterial verificada sempre que for à consulta de pré-natal. Embora a hipertensão arterial seja uma doença crônica e sem cura, ela é perfeitamente controlável com a educação em saúde - que promova na gestante a adoção de um estilo de vida saudável - e com medicamentos prescritos por médico(a), se necessário.

Diabetes Mellitus tipo II

A diabetes tipo II - não insulino dependente é prevalente na população negra. As negras têm 50% a mais de chances de desenvolver diabetes que as brancas. Na população diabética, a hipertensão arterial é duas vezes maior que na população geral. Mulheres portadoras de diabetes estão mais expostas à gravidez de alto risco.

Embora crônica e sem cura, a diabetes, tal como a hipertensão, pode ser controlada com educação em saúde, que promova na mulher a adoção de hábitos saudáveis, e com os medicamentos prescritos pelo(a) médico(a), quando necessário.

Morte materna em mulheres negras

Morte materna é a morte de uma mulher durante a gravidez, no parto ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. Quando a morte ocorre num período superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez, denomina-se morte materna tardia. São também mortes maternas aquelas ocorridas por consequência de aborto espontâneo ou aborto inseguro.

No Brasil, são poucos os dados de mortalidade materna com recorte racial/étnico. O "quesito cor", apesar de constar na Declaração de Óbito, muitas vezes não é preenchido ou a informação não corresponde à realidade. No entanto, alguns estudos publicados indicam que a morte materna por toxemia gravídica (a primeira causa de morte materna no Brasil) é mais freqüente entre as mulheres negras. Eles revelam que a taxa das mulheres negras é quase seis vezes maior do que a de mulheres brancas. Em razão de serem, em sua maioria, chefes de família sem cônjuge, mas com filhos, a mortalidade materna de negras consequentemente relega à orfandade e à miséria absoluta um número significativo de crianças.

As causas de morte materna estão relacionadas à predisposição biológica das negras para doenças como a hipertensão arterial, fatores relacionados à dificuldade de acesso e à baixa qualidade do atendimento recebido e a falta de ações e capacitação de profissionais de saúde voltadas para os riscos específicos aos quais as mulheres negras estão expostas.

Anemia Falciforme

A anemia falciforme é a doença genética mais comum do Brasil. Trata-se de uma doença hereditária que apresenta maior prevalência na população negra.

No Brasil, a anemia falciforme afeta milhões de pessoas e apresenta alto índice de mortalidade.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nascem anualmente no Brasil cerca de 2.500 crianças falcêmicas e há 30 portadores do traço falcêmico para cada 1.000 crianças nascidas vivas. A OMS também afirma que, no Brasil, 25% dos falcêmicos sem assistência específica morrem antes dos 5 anos de idade. A melhor estratégia para a atenção à anemia falciforme é o diagnóstico e cuidado precoce.

Mulheres portadoras de anemia falciforme apresentam maior risco de abortamento e complicações durante o parto (natimorto, prematuridade, toxemia grave, placenta prévia e descolamento prematuro de placenta entre outros). Como esta doença é mais prevalente entre as negras, elas estão expostas a um maior risco durante a gravidez e, portanto, necessitam de um acompanhamento mais intensivo.

Discriminação e Exclusão

A esperança de vida para as mulheres negras é de 66 anos, enquanto que para as mulheres brancas é de 71 anos. Há um potencial patogênico das discriminações sobre o processo bem-estar/saúde e doença/mal-estar, e como a mulher negra está na intersecção das discriminações raciais, de gênero e de classe social, torna-se maior o risco de comprometimento de sua identidade pessoal, imagem corporal, seu autoconceito e autoestima. Além disso, a discriminação e a exclusão aumentam na mulher negra sua susceptibilidade à violência dirigida a si própria e aos outros, aos hábitos de vida insalubres, como o tabagismo, por exemplo, e à dificuldade em desenvolver estratégias positivas de enfrentamento do estresse.

Assim, as ações de saúde de combate à discriminação e exclusão no que se refere à mulher negra devem ser desenvolvidas integralmente sem desconsiderar o corpo, as relações de gênero (sexualidade) e as relações políticas (emancipação/empoderamento).

Como o SUS Pode Acolher e Atender com Qualidade Gestante e Recém-nascida (as) Negros (as)

- 1. Ações Educativas** - para a gestante, com orientação sobre os riscos, identificação precoce de sintomas e cuidados na hipertensão arterial e no diabetes mellitus. Enfatizar a necessidade da triagem neonatal para hemoglobinopatias, que inclui o diagnóstico da anemia falciforme.

É necessária a sensibilização dos (as) trabalhadores (as) da saúde sobre a importância da informação ("quesito cor") e a capacitação para coleta e registro da informação da população atendida. A coleta da informação sobre o "quesito cor" deve ser por autodeclaração e com base na classificação racial do IBGE: preta, branca, parda, indígena e amarela.

2. **Pré-Natal** - Como preconiza o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), é fundamental garantir que seja aferida a pressão arterial de todas as gestantes em todas as consultas de pré-natal. Atenção especial deve ser dada para qualquer alteração nos níveis pressóricos das gestantes negras, com o devido acompanhamento e encaminhamento para serviços de alto-risco, quando detectadas alterações significativas. Atentar também para resultados de glicemia, garantindo a realização de dois exames de rotina, conforme preconiza o PHPN.
3. **Programa de Anemia Falciforme** - A doença falciforme não é contra-indicação para a gravidez, mas, tendo em mente os riscos, a mulher portadora de doença falciforme deve ser acompanhada por serviços especializados ou conforme o que preconiza o Manual de Diagnóstico e Tratamento de Doenças Falcêmicas, do Ministério da Saúde. Os recém-nascidos devem ser submetidos à triagem neonatal, atentando especialmente para a anemia falciforme, e dispor de serviço para atenção precoce aos portadores desta hemoglobinopatia, conforme preconiza o Programa de Anemia Falciforme, criado em 2000 pelo Ministério da Saúde e cuja operacionalização está a cargo dos estados e municípios.
4. **Quilombolas** - Investigar se no município há comunidades quilombolas. Incluí-las nas ações de saúde numa abordagem adequada às suas necessidades e que não esteja descolada da sua realidade sociocultural. Identificar, reconhecer e capacitar às parteiras tradicionais quilombolas, vinculando-as ao sistema local de saúde. Observar que a Portaria nº 1.434/2004, do Ministério da Saúde, definiu aumentar em 50% o valor dos incentivos das Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal nos municípios com população quilombola.
5. **Parcerias** - Os terreiros e outros espaços de religiões de matriz africana são importantes possibilidades de parcerias para atividades educativas em saúde. O setor Saúde precisa compreender a importância desses espaços, assim como conviver, sem preconceito, com as práticas populares e tradicionais de atenção à saúde, sobretudo no campo do cuidado, adotadas pela população negra.

HUMANIZAR É TAMBÉM NÃO DISCRIMINAR!

Sugestões para pesquisa:

<http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/popnegra>

e saiba mais acessando os links:

<http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/popnegra/0002>

Portaria nº 696/90 que determina a introdução do quesito cor no Sistema de Informação em 1989.

Portaria nº 545/04 SMS-g regulamenta a coleta do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor nos Sistemas de Informação em Saúde no município de São Paulo.

As resoluções das Conferências Municipais de Saúde da População Negra

1ª Conferência Municipal de Saúde da População Negra: "Controle Social e Inclusão Étnico-Racial no SUS" (Resolução 13/03 – CMS de 26/06/2003).

Ocorrida de 14 a 16 de maio de 2003, esta Conferência foi realizada com pioneirismo, pois foi a primeira no cenário nacional, a Clicar Link para conhecer as resoluções.

2ª Conferência Municipal de Saúde da População Negra - realizada de 8 a 10 de novembro de 2006. Clicar Link para conhecer as resoluções.

- **Portaria da Comissão de Saúde da População Negra** Comissão Municipal de Saúde da População Negra como parte integrante do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo.
- Portaria nº 907/06 SMS-G que institui o Comitê Assessor de Política e Consensos Técnicos de Saúde da População Negra e outras minorias étnicas e raciais.

<http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/popnegra/0004>

É importante você saber

- Os Números que revelam as desigualdades
- Decifrando conceitos
- O que é racismo?
- O que é racismo institucional?

A MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL NO BRASIL: um problema social e político

As mortes materna e neonatal estão estreitamente condicionadas à falta de reconhecimento destes eventos como um problema social e político; ao desconhecimento da sua verdadeira magnitude; e à deficiência da qualidade dos serviços de saúde oferecidos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e ao recém nascido.

A morte de uma mulher conseqüente à gravidez, aborto ou parto foi durante muito tempo considerada uma fatalidade. Da mesma forma a mortalidade de recém nascidos era cercada pela aura da inevitabilidade e atribuídas a "debilitas vitae", ou seja, fraqueza da vida.

A mortalidade materna e neonatal não se distribui de maneira homogênea na população e o risco de morrer está relacionado com o seu nível sócio-econômico. A desigualdade social gera graves disparidades na chance de sobrevivência das mulheres e recém natos.

O Governo Brasileiro tem como uma de suas prioridades na área da saúde as políticas públicas para atenção integral à saúde da mulher e da criança, tendo assumido em Conferências Internacionais, compromissos com a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, e com a redução da morte materna e neonatal, como prioridade.

A situação da mortalidade materna e neonatal no Brasil

No Brasil, dois fatores dificultam o real monitoramento do nível e da tendência da morte materna e neonatal: a subinformação e o sub-registro das declarações de óbito (D.O.). A subinformação resulta do preenchimento incorreto das D.O., e ocorre quando se omite que a morte teve causa relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério. Já o sub-registro é a omissão do registro do óbito em cartório, freqüente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste, seja pela dificuldade de acesso aos cartórios, pela existência de cemitérios irregulares ou à falta de informação da população quanto à importância da declaração de óbito como instrumento de cidadania.

O Brasil adotou como estratégia de melhoria da qualidade do registro, o fortalecimento dos setores de informação e vigilância epidemiológica dos Estados e Municípios, assim como a implantação dos Comitês de Estudo da Mortalidade Materna e Infantil.

A AIDS vem se configurando como importante causa de morte em mulheres de 10 a 49 anos no cenário nacional. A Aids configura-se como a 2ª causa de morte nesta faixa etária, demonstrando que o intervalo de tempo entre o diagnóstico e o óbito dessas mulheres, em 35% dos casos, foi menor que 12 meses, o que aponta o maior retardo no diagnóstico da infecção pelo HIV na população feminina infectada.

Quanto às causas de morte materna, predominam as obstétricas diretas, destacando as doenças hipertensivas e as síndromes hemorrágicas, que se mantém, há décadas, como as duas principais causas, ora seguidas pelas infecções puerperais e o aborto, ora pelas doenças do aparelho cardiovascular complicadas pela gravidez, parto ou puerpério.

Mortalidade neonatal

Nas últimas décadas foi observado no Brasil um declínio de 67% do coeficiente de mortalidade infantil, que passou de 85,6 óbitos infantis por mil nascidos vivos em 1980 para 28,6/1.000 nascidos vivos em 2001, tendo a queda da mortalidade observada decorrido principalmente da redução da mortalidade pós-neonatal. Esta redução é atribuída a vários fatores como as intervenções ambientais, a ampliação do acesso a serviços de saúde, o avanço das tecnologias de saúde, em especial a imunização e a terapia de reidratação oral, a melhoria do grau de instrução das mulheres, a diminuição da taxa de fecundidade, entre outros. Não obstante, a sífilis congênita, agravo considerado um verdadeiro marcador da qualidade de assistência obstétrica, mantém-se ao longo das décadas com elevadas taxas de mortalidade, em especial a região Nordeste do País.

Os óbitos infantis pós-neonatais ocorrem em grande parte por causas evitáveis (causas perinatais, pneumonia, desnutrição e diarreia), relacionadas com a condição de vida e com o acesso da população a serviços de qualidade. Por estes motivos podemos dizer que é possível fazer mais pelas crianças e que a gestão do cuidado da saúde da criança tem um importante papel a cumprir neste cenário

Como decorrência da maior redução do componente pós-neonatal nas últimas décadas, **a mortalidade neonatal** (0 a 27 dias de vida) passou a ser o principal componente da mortalidade infantil em todo o Brasil em termos proporcionais a partir dos anos 90 e diferentemente do observado para a mortalidade pós-neonatal, vem se mantendo estabilizada em níveis elevados. Devemos reconhecer que os óbitos pós-neonatais são ainda importantes em nosso meio, porém a mortalidade neonatal detém um papel significativo nos, ainda, elevados índices da mortalidade infantil.

A mortalidade neonatal basicamente decorre de problemas relacionados com a gravidez e o parto, por sua vez intimamente relacionados com as características biológicas das mães, as condições sócio-econômicas das famílias e a disponibilidade e qualidade da atenção perinatal. A concentração dos óbitos neonatais no período neonatal precoce, principalmente nas primeiras horas de vida, evidencia a estreita relação entre estas mortes e a qualidade da assistência nos serviços de saúde, durante o trabalho de parto e no atendimento à criança, no nascimento e no seguimento.

Planejamento familiar, assistência obstétrica e ao recém nascido.

Mulheres e homens têm o direito de decidir livre e conscientemente se desejam ter filhos, o seu número, o espaçamento entre eles, devendo-lhes ser asseguradas as informações e os meios necessários para concretizar esta decisão. Tem, ainda, o direito de viver com plenitude e saúde a sua sexualidade. Assim como durante a gestação e o abortamento legal ou inseguro, as mulheres têm o pleno direito de ser atendidas com segurança e qualidade pelos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal. SAS. MS. Brasília, 2004.

Cadernos. Protocolos - Disponível em:

<<http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/popnegra>> Acesso em jul. 2009.

Manuais/Cadernos. Protocolos

Disponível em: <<http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/mulher/0007>> Acesso em jul. 2009.

Sugestões para pesquisa:

Manuais/Cadernos

- **Síndromes Hipertensivas da Gestação**
- **Anexos 1: Seguimento Ambulatorial**
- **Anexos 2: Tratamento Hospitalar**

Protocolos Sugeridos

- **Assistência Pré-Natal - Programa Mãe Paulistana**

LEGISLAÇÃO MUNICIPAL

Conheça a Lei Nº 11.313, de 21 de dezembro de 1992 que institui, no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde, o Programa de Prevenção à Mortalidade Materna e os Comitês de Mortalidade Materna, e dá outras providências **no site:**

<<http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/mulher/0007/portal/secretarias/saude/legislacao/0168>> e acesse os links:

Mortalidade Materna por Hipertensão Arterial (arquivo.zip com 1,5Mb)

Ações e estratégias para o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal

Reduzir a Mortalidade Materna e Infantil: um dever de todos
Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pacto_reducao_mortalidade_mat_neonatal.pdf>

<http://www.saudemulherdf.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=7:pacto-pela-reducao-da-mortalidade-materna-e-neonatal&catid=2:noticias&Itemid=7>

TEMA 5 – A SAÚDE E O ENVELHECIMENTO



bp0.blogger.com/.../BTuRnvs1mD0/s400/idoso2.jpg

... Estreitando o contrato entre as várias gerações se desmistifica os preconceitos e se aprende a tolerar as diferenças. Este é um exercício da cidadania, que envolve respeito solidariedade e fraternidade, palavras há muito, esquecidas pelo mundo capitalista...

“Michelle Brandt”

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRANDT, MICHELLE - **Questões da velhice: sobre violência e imaginário social.** Disponível em:

<<http://www.crp15.org.br/biblioteca.php>> Acesso em: 20 out. 2005.

Objetivos

1. Identificar as necessidades de saúde relacionadas ao processo de envelhecimento.
2. Desenvolver ações de promoção de saúde e prevenção de doenças relacionadas ao envelhecimento.
3. Identificar situações de risco e de vulnerabilidade do idoso (a), relacionando com as condições de vida, trabalho e com as especificidades das doenças prevalentes no envelhecimento.
4. Prestar cuidados de enfermagem aos idosos (as) em situação de sofrimento/agravo/doença, desenvolvendo vínculo terapêutico, atenção e escuta.

Conteúdo

- Envelhecimento populacional;
- Políticas públicas;
- Marcos do envelhecimento;
- Mitos do envelhecimento;
- Necessidades em saúde;
- Avaliação da autonomia para o auto cuidado e relações sociais;
- Doença de Alzheimer (da);
- Depressão;
- Anexo I.

Proposta para encaminhamento das atividades

1. Construir o entendimento do grupo sobre o envelhecimento, ser idoso, o que é qualidade de vida e as ações que favorecem/ contribuem para promover a saúde no envelhecimento. Registrar.
2. Em plenária, apresentar os resultados das discussões dos grupos, sistematizando-os de forma a reconhecer o processo de envelhecer na sociedade brasileira.
3. Em pequenos grupos ler e discutir os seguintes textos: "ENVELHECIMENTO POPULACIONAL", "POLÍTICAS PÚBLICAS", "MARCOS DO ENVELHECIMENTO", "MITOS DO ENVELHECIMENTO" e "NECESSIDADES EM SAÚDE". Comparar a sistematização realizada no item anterior com o conteúdo dos textos lidos.
4. Em plenária, apresentar síntese das leituras realizadas. O docente deverá fomentar a discussão, relacionando os produtos dos alunos (desta seqüência), complementar o que julgar necessário frente aos objetivos do tema. Elaborar nova síntese com o grupo.
5. Organizar visita a serviços especializados em saúde do idoso: Centros de Referência do Idoso, Unidade de Referência do Idoso, Casa de Repouso, ONGs, CECCO e outros que julgar importante no seu território.

ORIENTAÇÃO PARA A VISITA:

Ler os textos: "AVALIAÇÃO DA AUTONOMIA PARA O AUTO CUIDADO E RELAÇÕES SOCIAIS", "ALZHEIMER" e "DEPRESSÃO".

O quadro: **Avaliação da Autonomia** consta no anexo I desta apostila.

Buscar reconhecer na população usuária dos serviços o processo de envelhecimento e de adoecimento, conforme descrição a seguir:

- registrar as condições de saúde-doença relacionando-as às necessidades do idoso e às ações de promoção à saúde e prevenção de agravos e doenças. Contemplar os seguintes aspectos: Idade, sexo, raça/cor, procedência, situação conjugal, ocupação anterior/atual, renda, religião, convívio familiar, atividades sociais. Identificar a rede social de apoio local ao envelhecimento.
- Em plenária, apresentar o resultado do trabalho. Sistematizar a produção de forma a reconhecer os diferentes processos de envelhecimento, as ações de saúde previstas e disponíveis na rede de saúde municipal e a atuação/responsabilidade de profissionais e da comunidade frente aos indícios de negligência de cuidados e/ou violência contra os idosos.
- Preparar o grupo para o estágio supervisionado.

OBS. Convidar um apoio técnico da Área Temática Saúde do Idoso.

Tempo estimado:

Aulas teóricas: 12 horas

Teóricas práticas: 12 horas

Estágio supervisionado: 12 horas

ESTÁGIO SUPERVISIONADO Nº 5

Este estágio tem por objetivo:

1. Identificar as necessidades de saúde relacionadas ao processo de envelhecimento.
2. Desenvolver ações de promoção de saúde e prevenção de agravos e doenças relacionadas ao envelhecimento.
3. Identificar situações de risco e de vulnerabilidade do idoso (a), relacionando com as condições de vida, trabalho e com as especificidades dos agravos e das doenças prevalentes no envelhecimento. Identificar situações de urgência e emergência.
4. Prestar cuidados de enfermagem aos idosos (as) em situação de sofrimento/agravo/doença, desenvolvendo vínculo terapêutico, atenção e escuta.

Atividades

- Avaliar e registrar o grau de autonomia.
- Planejar e realizar uma atividade com idosos com o objetivo de preservar, prevenir a perda ou recuperar a sua autonomia, de acordo com avaliação efetuada do grau de autonomia do idoso.
- Elaborar e executar o Plano de trabalho, segundo a SAE ao idoso asilado/ hospitalizado. Levar em consideração:
 - os cuidados com a pele, o acesso e a manutenção das venóclises, as técnicas de conforto, mobilização e contenção dos idosos com restrição de movimentos e acamados.

Tempo estimado: 12 horas



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal da Saúde
Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde
Escola Técnica do SUS – São Paulo



TÉCNICO EM ENFERMAGEM
Módulo III – Unidade III
Instrumento de AVALIAÇÃO do Estágio Supervisionado Nº 5
A saúde e o envelhecimento
Aluno

Aluno:
Turma:

Data:

Matrícula:
Local:

Relate sua experiência durante visita a serviços especializados em saúde do idoso:

Aluno

Docente



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
 Secretaria Municipal da Saúde
 Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde
 Escola Técnica do SUS – São Paulo



TÉCNICO EM ENFERMAGEM
Instrumento de AVALIAÇÃO Estágio Supervisionado Nº 5
 Módulo III – Unidade III
A saúde e o envelhecimento
Docente

Aluno:
 Turma:

Data:

Matrícula:
 Local:

Avaliar as atividades desenvolvidas pelo aluno, considerando sua participação nas discussões, participação na visita e compreensão das leituras e estudos realizados.

Aluno

Docente



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal da Saúde
Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde
Escola Técnica do SUS – São Paulo



TÉCNICO EM ENFERMAGEM
Instrumento de AVALIAÇÃO do ESTÁGIO Nº 5
Módulo III – Unidade III
A saúde e o envelhecimento
Docente

Aluno:
Turma:

Data:

Matrícula:
Local:

Avaliar as atividades desenvolvidas pelo aluno na unidade de estágio:

Aluno

Docente



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal da Saúde
Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde
Escola Técnica do SUS – São Paulo



TÉCNICO EM ENFERMAGEM
Instrumento de AVALIAÇÃO do ESTÁGIO Nº 5
Módulo III – Unidade III
A saúde e o envelhecimento
Aluno

Aluno:
Turma:

Data:

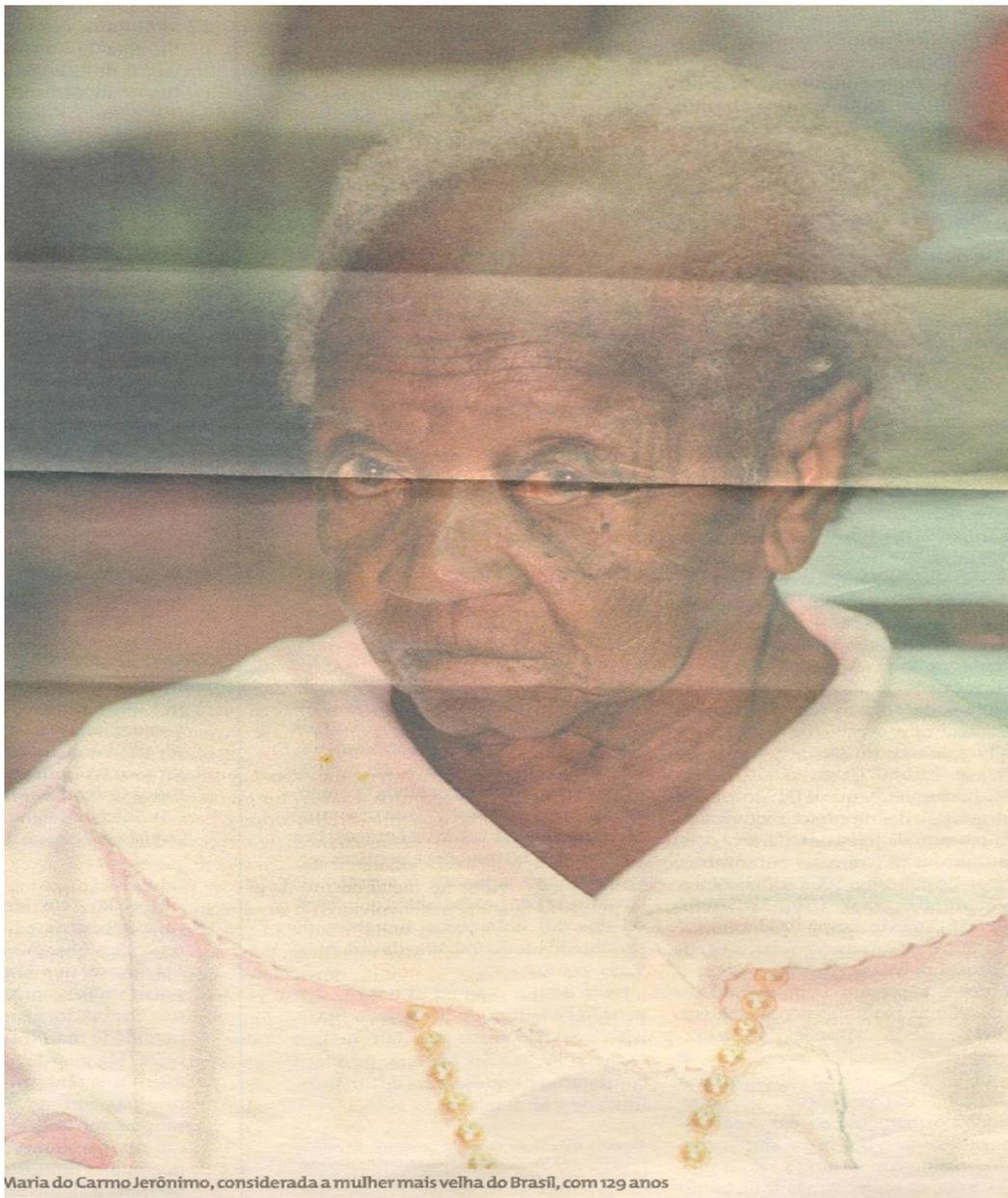
Matrícula:
Local:

Relate suas experiências do estágio e o que facilitou e dificultou suas ações na realização das atividades propostas.

Aluno

Docente

ENVELHECIMENTO POPULACIONAL



Maria do Carmo Jerônimo, considerada a mulher mais velha do Brasil, com 129 anos

Fonte: Como desafiar a velhice. **Folha de S.Paulo**, São Paulo, [20-]. Caderno + Ciência, p.8

O envelhecimento da população mundial é um fenômeno recente, ocorrendo de modo mais ou menos rápido dependendo das condições econômicas, sociais e culturais dos países.

Se o envelhecimento da população mundial é um fato evidente, o da população brasileira, apesar de mais recente, é uma realidade que não pode ser ignorada ou desprezada.

No início do século XX a expectativa de vida no Brasil era de 33 anos, atualmente é de 72 anos.

Para 2020, projeta-se uma expectativa de vida de 80 anos para a população de nosso país.

Quanto à transição epidemiológica entende-se como uma modificação nos padrões de morbimortalidade, que se da em estágios sucessivos e segundo a trajetória de um padrão tradicional de para um padrão moderno. O modelo de transição epidemiológica clássico é caracterizado por uma progressiva redução da mortalidade pelas doenças infecciosas e um aumento da mortalidade pelas doenças degenerativas e pelas doenças causadas pelo homem.

Esse fenômeno implica em algumas adequações do Sistema de Saúde Pública e dos serviços de atenção social.

Com o envelhecimento populacional especialmente em países em desenvolvimento, medidas para ajudar pessoas mais velhas a manterem-se saudáveis e ativas é uma necessidade não um luxo, por isso urge se preparar recursos humanos para o atendimento a esta população.

Diante do exposto acima, torna-se necessário a implantação de políticas públicas para atender essa população e preparar a sociedade para o enfrentamento do envelhecimento populacional.

POLÍTICAS PÚBLICAS

2003, Brasília, 1.º de outubro é decretada a LEI N.º 10.741 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso.

O Estatuto do Idoso é uma grande conquista dos idosos e tem como objetivo principal a regulamentação dos direitos dos cidadãos com mais de 60 anos.

No final da década de 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a utilizar o conceito de "envelhecimento ativo" buscando incluir, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento, processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.

Envolve políticas públicas que promovam modos de viver mais saudáveis e seguros em todas as etapas da vida, favorecendo a prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, a prevenção

às situações de violência familiar e urbana, o acesso à alimentos saudáveis e à redução do consumo de tabaco, entre outros.

O Ministério da Saúde, em setembro de 2005, Pacto em Defesa da Vida que constitui um conjunto de compromissos que deverão tornar-se prioridades. Foram pactuadas prioridades, com relação ao planejamento de saúde para a pessoa idosa.

São elas:

- divulgação e implementação da política nacional de promoção da saúde (pnps);
- promoção da saúde da população idosa - alimentação saudável;
- prática corporal/atividade física;
- prevenção e controle do tabagismo;
- redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas;
- redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito;
- prevenção da violência e estímulo à cultura de paz;
- promoção do desenvolvimento sustentável.

A Política Nacional de Atenção Básica, regulamentada pela Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006, caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

A Atenção à Saúde da pessoa idosa deve consistir em um processo diagnóstico multidimensional. Espera-se oferecer à pessoa idosa e à sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores (quando existente), uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais, às diversidades do envelhecer e à diminuição das barreiras arquitetônicas de forma a facilitar o acesso.

É importante destacar que todo o trabalho da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família deve buscar sempre o máximo da autonomia dos usuários frente as suas necessidades, propiciando condições para melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa.

Legislação:

- Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/03).
- Política Nacional de Saúde para Pessoa Idosa (Portaria nº 2.528/06).
- Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/94; Decreto nº 1.942/96).
- Legislação do Conselho Nacional de Direitos dos Idosos (Decreto nº 5.109/04).
- Lei de Acessibilidade (Lei nº 10.098/00; Decreto nº 5.296/04).
- Política Nacional para integração da pessoa portadora de deficiência (Lei nº 7853/89; Decreto nº 3298/99).

Órgãos de Direitos:

- Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos - CNDI.
- Conselho Nacional de Pessoa Portadora de Deficiência - CONADE.
- Coordenadoria para Integração da Pessoa com Deficiência - CORDE.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providencias. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 out. 2003.

MARCOS DO ENVELHECIMENTO

Nos países em desenvolvimento como o Brasil, segundo a OMS; o idoso é aquele com 60 anos ou mais; de acordo com o processo de desenvolvimento social e econômico de cada país.

O processo de envelhecimento pode ocorrer de duas maneiras: envelhecimento fisiológico, sem doenças, que apresenta apenas perdas funcionais em decorrência da idade, mantendo a autonomia e funcionalidade, isto é; o idoso é capaz de realizar as atividades do dia a dia e o exercer o auto cuidado, sem necessidade de ajuda. Também chamada **senescência**.

Já o que se chama **senilidade** é o envelhecer acompanhado de doenças como diabetes, hipertensão, osteoporose, artrite, artrose popularmente conhecido como reumatismo; doenças essas que se não forem devidamente acompanhadas pelas políticas públicas levarão ao comprometimento da capacidade funcional desses idosos, afetando sua autonomia e independência.

Incapacidade funcional e limitações físicas, cognitivas e sensoriais não são conseqüências inevitáveis do envelhecimento. A prevalência da incapacidade aumenta com a idade, mas a idade sozinha não prediz incapacidade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em sua Classificação Internacional de Funções, Incapacidade e Saúde (CIF, 2001) vê a incapacidade e as funções de uma pessoa como a interação dinâmica entre condições de saúde - doenças, lesões, traumas etc - e fatores contextuais, incluindo atributos pessoais e ambientais. A dependência é a expressão da dificuldade ou incapacidade em realizar uma atividade específica por causa de um problema de saúde.

Envelhecer, portanto, deve ser com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, o que exige promoção da saúde em todas as idades.

Envelhecimento bem sucedido pode ser entendido a partir de seus três componentes: *menor probabilidade de doença; alta capacidade funcional física e mental e engajamento social ativo com a vida.*

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria de Participação e Parceria. **Gênero e o Envelhecimento**. Coordenadoria do Idoso. SPP. São Paulo. Disponível em:

<http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/participacao_parceria/coordenadorias/idosos/artigo/0011>

Acesso em 22 jun. 2009.



1.bp.blogspot.com/.../s200/Idosos+sorrindo.jpg
 Imagem em: professorsergiogabriel.blogspot.com/2008_09_0...

MITOS DO ENVELHECIMENTO

Velhice NÃO é doença: Infelizmente um grande número de pessoas chega ao envelhecimento em más condições de saúde e com perdas funcionais consideráveis.

Mas esta constatação não nos permite afirmar que velhice seja sinônimo de doença. A qualidade de vida de uma pessoa na velhice depende tanto das condições socioeconômicas e culturais que ela encontrou ao longo de sua vida quanto na adoção de hábitos saudáveis. Envelhecemos conforme vivemos.

Envelhecer é um processo do sujeito que vive o seu próprio tempo de forma particular e peculiar.

Idoso NÃO volta a ser criança: Há um entendimento popular que “velho é uma criança grande” ou que “velho volta a ser criança”. Isso é falso e encobre o estereótipo da fragilidade da velhice e que pretende segregar a uma condição de inferioridade.

Os idosos NÃO são todos iguais: O envelhecimento de um indivíduo é e sempre será diferente do envelhecimento do outro. Cada sujeito tem a sua própria velhice e, conseqüentemente, as velhices são incontáveis.

A velhice é a melhor idade? Há uma forte tendência nos trabalhos com idosos denominar esta fase da vida como sendo “a melhor idade”. Há muitos idosos que podem chegar nesta fase da vida e avaliarem que de fato ela é a melhor idade de suas vidas. Isso é um critério de análise individual. Não podemos concordar que isso seja uma generalização para todos os idosos.

Os idosos NÃO são um peso para a sociedade: Pensar que os idosos são um peso para a sociedade é um equívoco muito grande. Faz parte do senso comum retratar os idosos como um fardo econômico para o sistema social, principalmente responsabilizando-os pela crise da Previdência e do sistema de saúde.

Velhice NÃO é sinônimo da perda da autonomia. A grande maioria dos idosos é absolutamente capaz de decidir sobre seus interesses e desejos. Manter a autonomia enquanto se envelhece é a chave de vida para todas as pessoas e das políticas públicas que contemplam o segmento idoso. A presença ou não de uma ou mais doenças crônicas não deve significar que o idoso perdeu a capacidade de gerir sua própria vida.

“Isso” NÃO é normal da idade: Muitos idosos, famílias e até mesmo alguns profissionais manifestam na vida diária a crença que as doenças que acometem os idosos são “normais da idade” e, portanto não há nada que possa ser feito e resta tratar os idosos com certa displicência e descrença na capacidade de recuperar a saúde.

O idoso NÃO é excluído de ter uma boa qualidade de vida: O envelhecimento é uma experiência heterogênea. Cada indivíduo pauta sua vida de acordo com padrões, normas, expectativas, desejos, valores, experiências e princípios diferentes dos outros. A qualidade de vida em idosos e sua avaliação sofrem os efeitos de numerosos fatores, entre eles os preconceitos dos profissionais e dos próprios idosos em relação à velhice.

A dieta do idoso NÃO deve ser restrita: A nutrição é um dos aspectos de grande importância na manutenção e recuperação da saúde em todas as fases da vida. Exerce um papel fundamental na prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis, cuja prevalência tem aumentado entre os idosos.

Outros mitos

Há ainda muitos mitos que se manifestam freqüentemente nas condutas de profissionais que trabalham com idosos e que desejamos citá-los:

- idoso não pode realizar atividade física
- ele ou ela é muito velho para ser submetido a isto (procedimentos, hospitalização, cirurgias).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. VESCIO, Helaine; BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva; BURGUEZ, Rosana Diaz e PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco – **Acolhimento e Envelhecimento**. SMS. Área Temática-Saúde do Idoso. SMS. São Paulo. Disponível em:

<http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/publicacoes/0054/cd2_idoso.pdf>

Acesso em 22 jun. 2009.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria de Participação e **Parceria. Gênero e o Envelhecimento**. Coordenadoria do Idoso. SSP. São Paulo. Disponível em:

<http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/participacao_parceria/coordenadorias/idosos/artigo/0011>

Acesso em 22 jun. 2009.



http://www.acsc.org.br/congrega/congregar20/montagem_cri.jpg

NECESSIDADES EM SAÚDE

1. Comunicação

É considerada uma necessidade fundamental.

Comunicar envolve, além das palavras que são expressas por meio da fala ou da escrita, todos os sinais transmitidos pelas expressões faciais, pelo corpo, postura corporal e distância que se mantém entre as pessoas; a capacidade e jeito de tocar ou mesmo o silêncio em uma conversa. A comunicação é essencial na área de saúde, pois, por meio dela são obtidas informações valiosas.

A comunicação é um processo complexo baseado em cinco dimensões: biológica, fisiológica, social, cultural e espiritual.

Fatores relacionados às dimensões da comunicação

Biofisiológica	Psicológica	Sociológica	Cultural e/ou espiritual
Integridade dos órgãos sensoriais	Inteligência	Pessoas ao redor	Educação e cultura
Integridade do sistema locomotor	Percepção	Ambiente adequado	Status social
Ausência de déficits cognitivos	Personalidade		
Processo de Senescência	Emoções		

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19), p. 16.

A diminuição das capacidades sensório-perceptivas, que ocorre no processo de envelhecimento, pode afetar a comunicação das pessoas idosas. Tais alterações são manifestadas pela diminuição da capacidade de receber e tratar a informação proveniente do meio ambiente que, se não forem adequadamente administradas, poderão levar ao isolamento do indivíduo. Os idosos em consequência disso acabam se afastando do convívio familiar e social para evitar situações constrangedoras.

2. Alimentação e nutrição:

Uma das maiores modificações no organismo é a mudança na composição corporal, com o aumento do tecido adiposo e diminuição da massa magra. A partir dos 60 anos, este quadro atinge todos os órgãos e com maior intensidade na massa muscular, provocando alteração na força e mobilidade, favorecendo a possibilidade de quedas. Esta alteração da composição corporal reflete diretamente na diminuição do metabolismo basal.

O fornecimento adequado de energia, proteínas, vitaminas e minerais é de extrema importância para que o idoso resista às doenças crônicas e debilitantes e possa manter a saúde e independência.

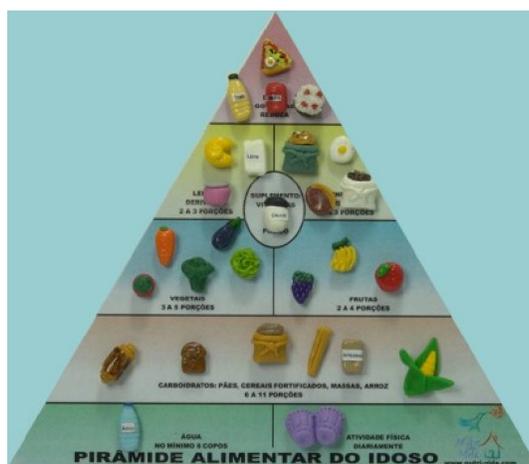
A avaliação nutricional do idoso é fundamental ressaltar uma história alimentar. Contudo, é necessário questionar o idoso, assim como os familiares, sobre alterações de peso, restrições alimentares voluntárias ou impostas, alcoolismo, depressão, alterações gastrointestinais, doenças crônicas e uso de medicamentos. Além disso, um registro da alimentação habitual do idoso por três dias é interessante para avaliar o padrão rotineiro de ingestão.

Nos exames físicos e laboratoriais devem ser identificadas as alterações procurando não confundir os sinais de desnutrição com o processo de envelhecimento.

Nos idosos, assim como em toda a população, a quantidade energética ingerida na alimentação é fundamental para manter um estado nutricional adequado. Uma alimentação diversificada, com alimentos de diferentes fontes, oferece os nutrientes necessários para uma nutrição equilibrada, desde que ingeridos na quantidade recomendada para suprir os gastos energéticos.

O fracionamento das refeições, assim como a diminuição do seu volume contribuem para o processo de digestão, absorção e aproveitamento dos alimentos. Recomenda-se o consumo de quatro a seis refeições diárias.

A redução na massa magra corpórea e a atividade física estão associadas com a necessidade total de energia. O metabolismo basal reduz cerca de 10% até os 60 anos e aumenta com passar da idade, influenciando diretamente com a diminuição do gasto energético.



http://nutri-vida.com/lojaonline/images/Manta_idoso.jpg

3. Hidratação

A água deve merecer atenção especial, principalmente nesta faixa etária, na qual a desidratação é o distúrbio hidroeletrólítico mais comum.

O sistema renal diminui sua capacidade com a idade, assim como os idosos sentem menos sede que os mais jovens, gerando uma privação de água. Esta pode ocorrer por um distúrbio cognitivo, pela diminuição da sede ou por debilidade física. Contudo, a água deve ser controlada, assim como a dieta e os medicamentos, principalmente, para idosos que requerem um maior cuidado.

Como visto a população idosa apresenta particularidades que merecem maior cuidado e atenção. A nutrição pode contribuir para a manutenção e melhoria da saúde destes indivíduos, buscando a união de uma dieta equilibrada e saudável com o prazer, alegria e conforto que o alimento propicia, respeitando sempre as preferências e hábitos dos idosos.

Fatores que afetam o consumo de nutrientes nos idosos.

Entre os fatores mais importantes encontram-se os externos, como os fatores psicossociais, as alterações fisiológicas, capacidade cognitiva e outros associados à enfermidades.

- Socioeconômicos: baixo poder aquisitivo, solidão familiar e social.
- Psicossociais: perda do cônjuge, depressão, isolamento social, pobreza, integração social, capacidade de deslocamento, capacidade cognitiva e outros associados à própria enfermidade.

A ansiedade pode desencadear o aumento excessivo de peso

- Alterações fisiológicas: diminuição do metabolismo basal, redistribuição da massa corporal.
- Alterações no funcionamento digestivo: atrofia da mucosa gástrica, conseqüentemente menor produção de ácido clorídrico, diminuição do fator intrínseco e menor absorção da vitamina B12; e decréscimo no tamanho do fígado.
- Alterações na percepção sensorial: declínio e eventual perda da acuidade visual, audição, olfato e sensação de gustação.

Os hábitos alimentares do indivíduo idoso são muito influenciados pelas alterações sensoriais, o que reflete um quadro latente de anorexia em maior ou menor grau, dependendo da intensidade.

- Alterações na capacidade mastigatória: devidas ao aparecimento freqüente de cáries e doenças periodontais; às próteses totais ou parciais inadaptadas ou em péssimo estado de conservação, e à ausência de dentes.

A perda de apetite em idosos tem sido geralmente, relacionada com ausência de elementos dentários e com o uso de próteses.

- *Diminuição da sensibilidade à sede:* é atribuída à disfunção cerebral e, ou, à diminuição da sensibilidade dos osmorreceptores. No entanto, a menor ingestão de líquidos pode ainda ser decorrente de alguma debilidade física. Pouco consumo de água pelos idosos associada ao uso freqüente de diuréticos e laxantes, leva à desidratação.

No idoso a desidratação torna-se freqüente podendo desencadear outras doenças como enfermidades infecciosas e cerebrovasculares, que, neste último caso, muitas vezes, apresenta-se como um quadro de delirium.

Na realização do planejamento dietético alimentar, é imprescindível a compreensão de todas as peculiaridades inerentes às mudanças fisiológicas naturais do envelhecimento, da análise dos fatores econômicos, psicossociais e de intercorrências farmacológicas associadas às múltiplas doenças que interferem no consumo alimentar e, sobretudo, na necessidade de nutrientes.

Servir as refeições em local agradável (limpo, arejado, de preferência de cor clara, com piso não-derrapante, com mobiliário adequado e com espaço livre para facilitar a circulação das pessoas), sentar o idoso confortavelmente à mesa em companhia de outras pessoas, proporcionará mais prazer com a alimentação, contribuindo para o consumo alimentar desse segmento populacional e conseqüentemente na melhoria do seu estado nutricional.

4. Sono e repouso

O processo de envelhecimento ocasiona modificações na quantidade e qualidade do sono, as quais afetam mais da metade dos adultos acima de 65 anos de idade, que vivem em casa e 70% dos institucionalizados, com impacto negativo na sua qualidade de vida.

Os idosos saudáveis mantêm a capacidade de dormir e restaurar a energia funcional.

A duração do tempo de sono a partir dos 60 anos de idade é de 6 horas, e chega há 8 despertares noturnos a 8 entre os 70 e 80 anos.



pappelcarbono.blogspot.com/2009/06/idoso-no-b...

Modificações do sono com o envelhecimento:

- aumento da fragmentação do sono;
- aumento da freqüência de cochilos diurnos (maior entre os homens e entre os mais velhos);
- mudanças de fase do sono, com avanço de 1 hora mais cedo por dia (tendência a deitar cedo e levantar cedo);
- maior fadiga diurna;

- Alteração nos sincronizadores sociais (rotinas de alimentação, sono, atividades físicas e outras) com tendência à escolha de horários mais precoces de dormir e acordar.

Principais distúrbios intrínsecos e extrínsecos do sono no processo de envelhecimento:

Intrínsecos:

- insônia: dificuldade de iniciar ou manter o sono. Decorre de alterações ambientais, estresse, ansiedade ou depressão. Freqüente em pessoas com distúrbios psiquiátricos, dependentes de álcool ou outras drogas, portadores de demência, doenças ou condições graves. Associa-se tanto aos estados de ansiedade quanto aos diversos comportamentos inadequados, como expectativas negativas relativas ao sono e ao cansaço diurno, hábitos irregulares de sono, persistência de pensamentos em problemas e situações de conflito na hora de dormir.

O risco de desenvolver depressão é muito maior em pessoas idosas com insônia.

- apnéia do sono: é definida como a cessação do fluxo do ar pela boca ou nariz por dez segundos, pelo menos, que ocorre durante o ciclo de sono em pessoas com mais de 65 anos de idade, é acompanhada por ronco intenso e contínuo, mais acentuada na posição supina, melhorando com a lateralização. Pode ocorrer queda na saturação sanguínea de oxihemoglobina, arritmias cardíacas, hipertensão noturna, confusão durante a noite e comprometimento neuropsicológico. A obesidade tem sido considerada como um fator de risco, enquanto que o consumo de álcool, o tabaco e os sedativos têm sido apontados como fatores causais. É mais freqüente em homens acima de 60 anos de idade e parece estar associada ao excesso de sonolência diurna, depressão, cefaléia, aumento de irritabilidade, diminuição da concentração e atenção, prejuízo da memória na demência.

A apnéia do sono aumenta o risco de morte súbita noturna

Extrínsecos:

- Transtornos ambientais: são tanto as expectativas acerca do sono quanto as condições para dormir (luminosidade, ruídos, temperatura, companheiro de quarto, atividades inapropriadas na cama, ingestão de alimentos e líquidos precedendo o horário de ir para a cama, horário de uso de diuréticos).
- Alterações comportamentais ou psicossociais (o luto, a aposentadoria) e as modificações no ambiente social (isolamento, institucionalização, dificuldades financeiras). A morte do cônjuge. Redução da atividade física e da exposição à luz solar.

As condições para dormir devem envolver sempre a preocupação com um ambiente físico confortável e seguro. O conforto advém tanto do mobiliário e colchão em bom estado de conservação, quanto de lençóis macios e sem dobras, uso de cobertas leves e de bom aquecimento, temperatura ambiental controlada, ausência ou diminuição de ruídos. A segurança pode ser propiciada por iluminação indireta e de baixa intensidade, que permita ao idoso levantar-se durante a noite sem perigo de quedas ou acidentes.

A enurese pode ser decorrente da administração noturna de diuréticos. A noctúria fragmenta o sono, dificultando ao idoso retomá-lo.

5. Autonomia e dependência

Em 2050, teremos no Brasil mais de 32 milhões de pessoas acima de 60 anos. A maior longevidade trará um aumento significativo de doenças crônicas, que poderá ocasionar perda da autonomia e maior dependência dos idosos.

Autonomia: capacidade para tomar decisões, na possibilidade de autogoverno e de administrar a vida de acordo com valores próprios.

Dependência: na velhice, é resultado de mudanças ocorridas ao longo da vida e englobam desde as mudanças biológicas (transformações físicas e hormonais; comprometimento das condições de saúde) até as transformações exigidas pelo meio social (perda do papel profissional, perda de amigos, familiares e contatos sociais gratificantes). A incapacidade funcional não se

constitui em marco para a dependência. Apesar do grau de fragilidade ou dependência, é importante que elas próprias exerçam o controle de suas vidas.

O estímulo às práticas preventivas e ao envelhecimento ativo são armas poderosas para o ganho em qualidade de vida da população idosa brasileira, que tem aumentado rapidamente.

O envelhecimento saudável preserva a capacidade funcional, a autonomia e principalmente a qualidade de vida.

6. Prática Corporal/Atividade Física



<http://www.ramfit.com.br/blog/wp-content/uploads/2008/05/natacao-idoso.jpg>

A inatividade física é um dos fatores de risco mais importantes para as doenças crônicas, associadas a dieta inadequada e uso do fumo. É bastante prevalente a inatividade física entre os idosos.

Nesse processo, alguns aspectos são facilitadores para a incorporação da prática corporal / atividade física, como o incentivo de amigos e familiares, a procura por companhia ou ocupação, alguns programas específicos de atividade física e, principalmente, a orientação do profissional de saúde estimulando a população idosa a incorporar um estilo de vida mais saudável e ativo.

Os principais benefícios biológicos, psicológicos e sociais proporcionados pelo desempenho da atividade física /prática corporal são:

Melhor funcionamento corporal, diminuindo as perdas funcionais, favorecendo a preservação da independência

Melhor funcionamento corporal, diminuindo as perdas funcionais, favorecendo a preservação da independência
Redução no risco de morte por doenças cardiovasculares
Melhora do controle da pressão arterial
Manutenção da densidade mineral óssea, com ossos e articulações mais saudáveis
Melhora a postura e o equilíbrio
Melhor controle do peso corporal
Melhora o perfil lipídico
Melhor utilização da glicose
Melhora a enfermidade venosa periférica
Melhora a função intestinal
Melhora de quadros algícos
Melhora a resposta imunológica
Melhora a qualidade do sono
Ampliação do contato social
Correlações favoráveis com redução do tabagismo e abuso de álcool e drogas
Diminuição da ansiedade, do estresse, melhora do estado de humor e da auto-estima

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19), p. 22.

A pessoa que deixa de ser sedentária diminui em 40% o risco de morte por doenças cardiovasculares e, associada a uma dieta adequada, é capaz de reduzir em 58% o risco de progressão do diabetes tipo II.

Iniciar com práticas corporais / atividades físicas de baixa intensidade e de curta duração, uma vez que a pessoa idosa, geralmente, não apresenta condicionamento físico e pode ter limitações músculo-esqueléticas.

As atividades mais comuns envolvem: caminhada, ciclismo ou o simples pedalar da bicicleta, natação, hidroginástica, dança, ioga, Tai Chi Chuan, Lian Gong, entre outras. A caminhada merece maior destaque, por ser acessível a todos e não requer habilidade especializada ou aprendizagem.

**Lian Gong = Ginástica Terapêutica Chinesa que se caracteriza por um conjunto de três séries de 18 exercícios terapêuticos e preventivos que alia os conhecimentos da medicina ocidental às bases da Medicina Tradicional Chinesa.

*Tai Chi Chuan = Conjunto de movimentos suaves, contínuos, progressivos e completos, usados para prevenção de doenças, manutenção da saúde e estabilização emocional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADMINISTRADOR, **Dependência e Autonomia**. 05 de Março de 2009. Disponível em:

<http://www.gedarni.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=53:dependencia-e-autonomia&catid=27:new-to-joomla&Itemid=41> Acesso em: 26 jun. 2009.

GEIB et al. , **Sono e envelhecimento**, R.Psiquiatr. RS, 25(3): 453-465, set./dez. 2003. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25n3/19618.pdf>> Acesso em: 26 jun. 2009.

M.T.F.S. Campos *et al.*, **Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso**. Rev. Nutr., Campinas, 13(3): 157-165, set./dez.,2000. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rn/v13n3/7902.pdf>> Acesso em: 26 jun. 2009.

AVALIAÇÃO DA AUTONOMIA PARA O AUTO CUIDADO E RELAÇÕES SOCIAIS

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível.

A presença de declínio funcional pode sugerir a presença de doenças ou alterações ainda não diagnosticadas. É por meio dessa avaliação que se pode fazer um balanço entre as perdas e recursos disponíveis para sua compensação.

A avaliação funcional determinará não só o comprometimento funcional da pessoa idosa, mas sua necessidade de auxílio. Pode ser compreendida como uma tentativa sistematizada de avaliar de forma objetiva os níveis no qual uma pessoa está funcionando numa variedade de áreas utilizando diferentes habilidades.

Representa uma maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesmas. Caso não seja capaz, verificar se essa necessidade de ajuda é parcial, em maior ou menor grau, ou total.

Usualmente, utiliza-se a avaliação no desempenho das atividades cotidianas ou atividades de vida diária.

Atividades de Vida Diária (AVD) que são as relacionadas ao autocuidado e que, no caso de limitação de desempenho, normalmente requerem a presença de um cuidador para auxiliar a pessoa idosa a desempenhá-las. São elas:



http://www.atribunamt.com.br/wp-content/images/imagens_do_dia/17-06-07/Idoso%20-%202016-06-07.jpg

- alimentar-se;
- banhar-se;
- vestir-se;
- mobilizar-se;
- deambular;
- ir ao banheiro;
- manter controle sobre suas necessidades fisiológicas.

Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) que são as relacionadas à participação do idoso em seu entorno social e indicam a capacidade de um indivíduo em levar uma vida independente dentro da comunidade. São elas:

- utilizar meios de transporte;
- manipular medicamentos;
- realizar compras;
- realizar tarefas domésticas leves e pesadas;
- utilizar o telefone;
- preparar refeições;
- cuidar das próprias finanças.

Quando se avalia a funcionalidade da pessoa idosa é necessário diferenciar desempenho e capacidade funcional.

- Desempenho avalia o que o idoso realmente faz no seu dia-a-dia.
- Capacidade funcional avalia o potencial que a pessoa idosa tem para realizar atividade, ou seja, sua capacidade remanescente, que pode ou não ser utilizada.

O processo incapacitante corresponde à evolução de uma condição crônica que envolve fatores de risco – demográficos, sociais, psicológicos, ambientais, estilo de vida, comportamentos e características biológicas dos indivíduos.

Dentre as conseqüências do processo incapacitante destacam-se a hospitalização a institucionalização, que influenciam a qualidade de vida das pessoas idosas. Algumas intervenções – reabilitação, terapia medicamentosa e, modificações do ambiente físico social, mudanças no comportamento e estilo de vida, atributos psicossociais, adaptação às atividades e a presença de suporte extra (pessoal e/ou equipamento especial) - podem reduzir as dificuldades.

Três conceitos apresentam-se interligados e interdependentes quando se discute o processo incapacitante. São eles: autonomia, independência e dependência.

- Autonomia – pode ser definida como autogoverno e se expressa na liberdade para agir e para tomar decisões.
- Independência – significa ser capaz de realizar as atividades sem ajuda de outra pessoa.
- Dependência – significa não ser capaz de realizar as atividades cotidianas sem ajuda de outra pessoa.

A capacidade de tomar decisões e a de autogoverno podem ser comprometidas por doenças físicas e mentais ou por restrições econômicas e educacionais.

Infelizmente, é muito freqüente observar que, na vigência de situações de dependência, a autonomia da pessoa idosa tende a não ser considerada. Parece ser erroneamente aceitável que, uma vez que ele não é parcial ou totalmente capaz de executar uma ação (em termos físicos), ele também não é capaz de decidir sobre mesma. Tal observação ocorre tanto no contexto familiar como no institucional.



blogvivermais.wordpress.com

A principal consequência da associação entre velhice e dependência é o desenvolvimento de atitudes negativas em relação às pessoas idosas.

A avaliação funcional determinará o grau de dependência da pessoa idosa e os tipos de cuidados que vão ser necessários, além de como e por quem os mesmos poderão ser mais apropriadamente realizados.

Espera-se que essa ajuda venha das famílias, a ajuda fornecida pelas famílias às pessoas idosas com dificuldade no desempenho de uma ou mais atividades de vida diária gira em torno de 50% demanda.

Frente a isso, a avaliação da rede de suporte social e da funcionalidade torna essencial para o planejamento assistencial da pessoa idosa.

As famílias estão em constante processo de transformação e mudança. Várias teorias buscam conceituá-las e explicá-las. Dentre estas teorias destaca-se a Teoria Sistêmica onde as famílias são compreendidas como sistemas baseados nas relações, com base em ganhos e perdas, distribuição do poder de cada um de seus membros, estabelecimento de papéis, desenvolvimento de códigos, simbologias e significados para atitudes e relações. Este sistema sofre modificações como o passar do tempo, influenciado pelos próprios conflitos e pelas transformações no mundo. Dessa grande interação surge o seu potencial transformador em busca de equilíbrio.

Todos os membros familiares acabam desempenhando tarefas e assumindo papéis para que o Sistema Familiar funcione. Dentre tantas funções e papéis possíveis de serem desenvolvidos pelos diversos membros familiares, duas estão sempre presentes: o prover e o cuidar. O prover, originalmente é um papel gênero masculino, e está ligado ao sustento, ao poder de compra, às possibilidades e oportunidades daquela família na nossa sociedade capitalista. O cuidar, originalmente é um papel do gênero feminino, e está ligado ao desenvolvimento da afetividade, da alimentação, da atenção e vigilância constante. Estes são papéis em profunda transformação na nossa sociedade, e hoje, não são distinguíveis entre o homem e mulher. Estes e tantos outros papéis devem ser constantemente negociados para que a família funcione.



bp3.blogger.com/.../s320/familia+bonecos.gif

Imagem em: familiainfoco.blogspot.com/

Esse funcionamento nem sempre é harmônico, o que pode contribuir para o surgimento de doenças nos diferentes membros familiares, em especial nos idosos, quando aos poucos perdem funções previamente definidas. Alguns grupos familiares respondem aos conflitos e situações críticas buscando estabilidade emocional gerenciando-os a partir de recursos próprios (conhecidos ou potenciais) e resolvendo o problema instalado de forma adequada outros priorizar seus interesses particulares em detrimento do grupo não assumindo seus papéis dentro do sistema.

Com frequência são observados vínculos afetivos superficiais e instáveis e alto grau de agressividade e hostilidade entre seus membros, mesmo que não abertamente colocados. Raramente são capazes de resolver situações críticas como uma questão grupal, de forma adequada e, com frequência, identificam a "crise" como responsabilidade única do membro que a desencadeou.

Nas situações conflitivas enfrentadas nesses sistemas com pessoas idosas, frequentemente é possível observar uma solução aparente onde o idoso é separado do seu meio (institucionalizado ou isolado do grupo).

As diversas realidades apresentadas para as famílias brasileiras, tais como o aumento da mortalidade masculina em faixas etárias cada vez mais jovens, a necessária inserção das mulheres no mercado de trabalho formal e informal, afetando balanço entre necessidades e a disponibilidade de auxílio real existente entre os membros familiares, fazendo com que pessoas idosas assumam o cuidado das residências, das crianças e dos adolescentes com bastante frequência.

O idoso algumas vezes pode assumir o papel de "bode expiatório", sendo culpabilizado por todas as crises familiares.

Observa-se a necessidade de serem estabelecidos esquemas assistenciais mais efetivos e dinâmicos, capazes de assistir as demandas crescentes dos idosos e de suas famílias. Dessa forma permite que ambos encontrem uma solução terapêutica adequada, em que o equilíbrio familiar seja a meta, melhorando assistência ao idoso e diminuindo os custos emocionais da própria família.

A dependência é o maior temor nessa faixa etária e evitá-la ou postergá-la passa ser uma função da equipe de saúde



<http://www.agenciauva.com.br/wp-content/uploads/atividade-fisica-idosos1.jpg>

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**; Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.192 p. il.

DOENÇA DE ALZHEIMER (DA)

A doença de Alzheimer (DA) pronuncia-se (***AU-ZAI-MER***) é uma doença degenerativa, progressiva que compromete o cérebro causando: diminuição da memória, dificuldade no raciocínio e pensamento e alterações comportamentais.

A DA pode manifestar-se já a partir dos 40 anos de idade, sendo que a partir dos 60 anos sua incidência se intensifica.

Os sintomas mais comuns são: perda gradual da memória, declínio no desempenho para tarefas cotidianas, diminuição do senso crítico, desorientação têmporo-espacial, mudança na personalidade, dificuldade no aprendizado e dificuldades na área da comunicação.

O grau de comprometimento varia de paciente para paciente e também de acordo com o tempo de evolução da doença. Na fase final o paciente torna-se totalmente dependente de cuidados.

No Brasil, não temos dados estatísticos concretos sobre a doença, porém podemos afirmar que a presença da doença de Alzheimer também é significativa em nosso país atingindo cerca de 1 milhão e 200 mil brasileiros.

Sabe-se que, a partir dos 65 anos, de 10 a 15% dessa população será afetada e que a partir dos 85 anos, praticamente a metade dos indivíduos apresentará a doença. Esse contingente enorme de pacientes indefesos e dependentes de cuidados diuturnos cresce constantemente e inexoravelmente devendo merecer especial atenção das autoridades responsáveis pela saúde pública.

Que fatores ou situações predispõem o indivíduo a ser acometido pela doença de Alzheimer?

O único fator de risco bem conhecido e aceito universalmente é a idade.

Aceita-se que a doença de Alzheimer seja uma doença idade-dependente, ou seja, à medida que a idade avança, maior é a probabilidade de sua ocorrência.

Parece claro que a doença de Alzheimer (DA) não tem uma única causa, sendo provavelmente devida a uma combinação de fatores genéticos e ambientais.

Estudos sugerem fortemente que as mulheres sejam mais afetadas do que homens. A plasticidade neuronal também pode estar implicada nesse processo.

Outros possíveis fatores de risco têm sido estudados, porém com pouco resultado prático como: exposição ou ingestão de substâncias tóxicas como álcool, chumbo, e solventes orgânicos, medicamentos diversos, trauma craniano, exposição à radiação, estilo de vida, estresse, infecções, doenças imunológicas e câncer.

O estrogênio e o uso de antiinflamatórios por longo período de tempo parecem ser fatores de proteção e estão sendo objeto de investigação em vários centros de pesquisa.

Em resumo, do ponto de vista científico, pode-se afirmar que a incidência da doença de Alzheimer aumenta com a idade e que existem fortes indícios de que as formas precoces se relacionam com uma maior incidência familiar.

Fases da Evolução da Doença

Sintomas mais importantes na fase inicial são:

- perda de memória, confusão e desorientação.
- ansiedade, agitação, ilusão, desconfiança.
- alteração da personalidade e do senso crítico.
- dificuldades com as atividades da vida diária como alimentar se e banhar-se.
- alguma dificuldade com ações mais complexas como cozinhar, fazer compras, dirigir, telefonar.



Os sintomas da fase intermediária se agravam e também pode ocorrer:

- dificuldade em reconhecer familiares e amigos.
- perder-se em ambientes conhecidos.
- alucinações, inapetência, perda de peso, Incontinência urinária.
- dificuldades com a fala e a comunicação.
- movimentos e fala repetitiva.
- distúrbios do sono.
- problemas com ações rotineiras.
- dependência progressiva.
- vagância.
- início de dificuldades motoras.



Os sintomas da fase final:

- dependência total.
- imobilidade crescente.
- incontinência urinária e fecal.
- tendência em assumir a posição fetal.
- mutismo.
- restrito a poltrona ou ao leito.
- presença de úlceras por pressão (escaras).
- perda progressiva de peso.
- infecções urinárias e respiratórias freqüentes.
- término da comunicação.

*Na fase Terminal:*

- agravamento dos sintomas da fase final;
- incontinência dupla;
- restrito ao leito;
- posição fetal;
- mutismo;
- úlceras por pressão;
- alimentação enteral;
- infecções de repetição;
- morte.

**Diagnóstico:**

Não há um teste laboratorial inquestionável que identifique a doença de Alzheimer.

O método de aproximação diagnóstica é feito por exclusão de outras condições possíveis. Toda pessoa com possível doença de Alzheimer deve ser submetida à minuciosa investigação, com entrevista detalhada, exame físico, avaliação cognitiva breve, análises laboratoriais, tomografia computadorizada do crânio, eletrocardiograma e RX de tórax.

Limitando a independência

Após o início dos sintomas, alguns pacientes que ainda mantêm algum grau de autonomia passam a apresentar problemas com relação à sua independência, podendo realizar atos que terminam podem prejudicá-los, colocando em risco sua segurança física e/ou financeira.

Quando impedir que o paciente administre bens e valores? Quando parar de dirigir? Quando deixar de trabalhar? Essas são algumas entre outras questões que devem ser analisadas com cuidado, com vistas a evitar mudanças bruscas com cerceamento violento da independência.

As questões básicas que norteiam as decisões devem ser tomadas a partir das respostas as 3 seguintes perguntas:

- O paciente pode realizar a tarefa completamente?
- Pode realizar essa tarefa com segurança, sem riscos para si ou para terceiros?
- Pode realizar essa tarefa sem alterações no seu comportamento habitual, sem angústia ou irritabilidade?

Qualquer resposta negativa a uma dessas questões nos conduz à necessidade de tomar alguma atitude.

Uma vez tomada à decisão de limitar alguma atividade, algumas estratégias amenizam os efeitos deste cerceamento.

A Segurança doméstica:

A adaptação do ambiente onde convive o paciente é de fundamental importância na prevenção de acidentes.

A palavra-chave nesse caso é **ADAPTAR** e não mudar completamente.



ambienteacreato.blogspot.com

Outra palavra-chave no gerenciamento do enfrentamento do cotidiano é **BOM-SENSO**.

Alguns aspectos ambientais, potencialmente perigosos, que devem ser mudados ou adaptados imediatamente: presença de tapetes e tacos soltos, cantos vivos em mesas e móveis, portas de vidro, fios elétricos pendurados.

Os distúrbios comportamentais:

Deve-se ter em conta que determinados comportamentos, como gritar, vagar pela casa, episódios de irritabilidade e agressividade podem ser uma forma de comunicação, a exemplo do choro dos recém-nascidos.

Três fatores, basicamente, afetam o bem-estar e alteram o comportamento: fatores relacionados ao ambiente, aos cuidados e ao próprio paciente.

Bases da terapêutica:

O diagnóstico precoce é decisivo para o tratamento.

Alguns autores propõem que essa terapia deve ser iniciada logo que os primeiros sintomas apareçam.

O tratamento disponível atualmente nos permite basear a estratégia terapêutica em três pilares:

- melhorar a cognição;
- retardar a evolução e
- tratar os sintomas e as alterações de comportamento.

Há esforços para encontrar a cura ou o controle da doença de Alzheimer (DA), porém pouca atenção tem sido dada ao tratamento dos distúrbios de comportamento angustiantes para o paciente e atingem particularmente os familiares e cuidadores. Estes distúrbios são:

ILUSÕES - AGITAÇÃO - DEPRESSÃO

O tratamento e controle das alterações de comportamento são muito importantes. O manejo inadequado dessa questão pode determinar que o paciente seja institucionalizado, muitas vezes sem real necessidade.

Algumas regras sempre são úteis quando se prescreve para pacientes idosos: iniciar com doses pequenas e ir aumentando devagar, introduzir uma medicação por vez e evitar ao máximo a polifarmácia.

Nunca esquecer que drogas, com efeito, sedativo podem levar à hipotensão ortostática resultando em quedas, levando a fraturas de fêmur com suas complicações, limitações e muitas vezes à morte.



<http://www.dsc.ufcg.edu.br/~pet/jornal/outubro2005/images/acidentes3.JPG>

Tratamento não farmacológico:

A manutenção da autonomia e independência devem ser os objetivos a serem perseguidos sempre e buscados de maneira incansável. O objetivo principal da reabilitação é o de restaurar ou maximizar funções perdidas ou diminuídas.

A integração social do paciente é um eficaz instrumento na melhoria de qualidade de vida.

A informação associada com a solidariedade ainda é a arma mais poderosa no enfrentamento dessa grave questão de saúde pública.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

SAYEG, Norton, Doença de Alzheimer. Disponível em:
<<http://www.alzheimermed.com.br>> Acesso em 21 jun. 2009.



imagem em: www.clinicasderecuperacao.com.br/imagens/maos.
lardonapaula.blogspot.com/2008_11_01_archive.html

DEPRESSÃO

No Brasil, a prevalência de depressão entre as pessoas idosas varia de 4,7% a 36,8%. As mulheres apresentam prevalências maiores que os homens na proporção de 2:1. Pessoas idosas doentes ou institucionalizadas também apresentam prevalências maiores.

A presença de depressão entre as pessoas idosas tem impacto negativo em sua vida. As pessoas idosas com depressão tendem a apresentar maior comprometimento físico, social e funcional afetando sua qualidade de vida.

Algumas doenças acompanham-se freqüentemente de depressão: o Acidente Vascular Cerebral (derrame) e a doença de Parkinson ilustram essa afirmativa. O alcoolismo é um dos fatores precipitantes de depressão e que pode e deve ser tratado logo que detectado.

A depressão não é apenas tristeza e não é inerente ao processo de envelhecimento, é uma doença que deve ser tratada. Entre as pessoas idosas, a depressão talvez seja o exemplo mais comum de uma doença com apresentação clínica inespecífica e atípica.

Estudo desenvolvido nos anos 90 colocou a depressão como a quarta causa específica de incapacitação. Numa escala global de comparação entre as doenças e projeções, indicam que em 2020, será a segunda causa nos países desenvolvidos e a primeira causa nos países em desenvolvimento.

A maioria das pessoas idosas possa ser considerada mentalmente saudável, elas são tão vulneráveis aos distúrbios psiquiátricos quanto os mais jovens.

A depressão é mais freqüente nos anos que precedem à aposentadoria, diminui na década seguinte e, outra vez, sua prevalência aumenta após os 75 anos.

A depressão é a doença psiquiátrica mais comum que leva ao suicídio e os idosos formam o grupo etário, que com mais freqüência, se suicida. Costumam utilizar os meios mais letais, ainda que não se possam ignorar os chamados suicídios latentes ou passivos (abandono de tratamento e recusa alimentar).

Fatores de Risco:

- o isolamento, dificuldades nas relações pessoais, problemas de comunicação e conflitos com a família ou com outras pessoas podem contribuir ou desencadear a depressão.
- as dificuldades econômicas e outros fatores de estresse da vida diária têm igualmente um efeito importante.
- violência intrafamiliar;
- o uso abusivo do álcool pode mascarar os sintomas depressivos, agravando a depressão.
- interação do álcool com outras substâncias que podem acentuar a depressão ou gerar outros efeitos nocivos.

Situações, que favorecem o desenvolvimento do quadro depressivo:

- antecedentes depressivos prévios.
- doença incapacitante, sobretudo se há deterioração funcional implicando numa mudança brusca e rápida.
- doença dolorosa (neoplasia, doença osteoarticular deformante).
- abandono e/ou maus tratos.
- institucionalização.
- morte de cônjuge, familiar ou amigo próximo.
- uso de medicamentos como os benzodiazepínicos, betabloqueadores, metildopa, reserpina, clonidina, cinarizina, flunarizina, digoxina e esteróides.



www.badaueonline.com.br/dados/imagens/idoso.jpg

imagem em: www.badaueonline.com.br/2008/4/17/Pagina29781.htm

Situações que, quando associadas, sugerem um perfil suicida na pessoa idosa:

- sexo masculino.
- viver só.
- doença depressiva severa.
- insônia persistente.
- inquietude psicomotora importante.
- doença médica severa, dolorosa, incapacitante.
- perda recente do cônjuge.
- institucionalizado ou dependente de cuidados de longa duração.
- etilista.
- ter sentimentos de culpa excessiva.

Atenção especial aos idosos, que além do quadro de depressão apresentam as seguintes situações que podem agravar o quadro de depressão:

- sintomas psicóticos como alucinações.
- uso de álcool.
- risco ou tentativa de suicídio.
- repercussão grave sobre uma doença somática associada.
- não responde às doses habituais de um fármaco no tempo esperado.
- transtorno de personalidade.
- ausência de apoio social.
- efeitos secundários que impedem a continuação do uso do medicamento.

- a pessoa não aceita o diagnóstico e por isso não adere às recomendações terapêuticas.
- presença de pluripatologias psiquiátrica.

Diagnóstico

Os índices de reconhecimento dos sinais e sintomas de depressão e conseqüente instituição de uma terapêutica adequada são baixos.

Uma avaliação breve do estado de humor, que por meio de uma pergunta levanta a suspeita de depressão.

A depressão não é provocada por um só fator. Há um entrecruzamento de vários fatores: psicológicos, biológicos, sociais, culturais, econômicos, familiares, entre outros que fazem com que a depressão se manifeste em determinado sujeito.

Não está claro por que umas pessoas se deprimem e outras não. Em alguns casos não há motivo aparente, pode ser desencadeada por um acontecimento determinado ou por um fato negativo, ou ainda a soma de uma série de estresses psicológicos ou traumáticos para o indivíduo.

As pessoas cujos parentes próximos sofreram de depressão são mais propensas a desenvolvê-la. Por isso, é necessária uma investigação apurada e uma escuta qualificada da história de vida do sujeito, atual e pregressa, bem como seu contexto familiar e social.

No acolhimento da pessoa idosa, o profissional de saúde deve estar atento para alguns sinais e sintomas que sugerem depressão, como:

- fadiga matutina.
- retardo psicomotor.
- redução da afetividade.
- intranqüilidade ou nervosismo.
- ansiedade.
- alteração do ciclo sono-vigília.
- alteração do apetite (habitualmente com anorexia).
- múltiplas queixas somáticas mal sistematizadas.
- falta de interesse nas coisas que antes lhe agradavam.
- queixas acentuadas de anedonia (perda da capacidade de sentir prazer) e de distúrbio cognitivo.
- distúrbios do comportamento e da conduta.
- etilismo de início recente.

A depressão pode coexistir com a demência em sua fase inicial.

Tratamento

Visa à promoção da saúde e a reabilitação psicossocial; à prevenção de recorrências, a piora de outras doenças presentes e do suicídio; a melhora cognitiva e funcional; e ajuda para que a pessoa idosa possa lidar com suas dificuldades. A associação entre essas opções aumenta o potencial de resposta.

Existem recursos terapêuticos como:

- Atendimento individual - orientação acompanhamento, psicoterapia e farmacoterapia;
- Atendimento em grupo - oficinas terapêuticas, oficinas de geração de renda, oficinas culturais, grupos terapêuticos, grupos operativos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate etc..



http://www.estado.rs.gov.br/arquivos/galeria_fotos/img245X164_20090108141912it090101cassino_119a.jpg

- Atividades comunitárias - propicia a construção de laços trocas sociais; a integração do serviço de saúde e do usuário com a família, a comunidade a sociedade em geral; e a integração entre as famílias da comunidade.
- Atendimento à família.

É necessário um acompanhamento sistemático para avaliar melhor o quadro e sua evolução, conhecer melhor a história do sujeito, seu contexto, necessidades, dificuldades, para realizar uma compreensão psicodinâmica, estabelecer vínculo, conhecer as reais necessidades do sujeito e planejar em equipe, pactuando com a pessoa idosa, o projeto terapêutico a ser desenvolvido.

Na sociedade atual tem sido comum a realização de diagnósticos precipitados de depressão, e em conseqüência sua medicalização, muitas vezes por falta de uma avaliação e escuta mais apurada e por falta do estabelecimento de outros recursos terapêuticos para além da medicação.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**; Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.192 p. il.



3.bp.blogspot.com/.../s400/mensagem+-+idoso.jpg

ANEXO I

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL RÁPIDA DA PESSOA IDOSA

Este instrumento faz uma síntese da estrutura da avaliação multidimensional da pessoa idosa que poderá ser realizada nas Unidades Básicas de Saúde. Representa uma avaliação rápida que



pode ser utilizado para identificar problemas de saúde condicionantes de declínio funcional em pessoas idosas. No entanto, qualquer instrumento tem limitações e, por si só, não é suficiente para o diagnóstico. Devendo ser tomado como complementar e não utilizado de forma mecânica.

Nada substitui a escuta qualificada realizada por profissional de saúde habilitado e a investigação de todos os aspectos (familiares, sociais, culturais, econômicos, afetivos, biológicos, etc) que envolvem a vida da pessoa.

Os problemas identificados, caso não sejam adequadamente tratados, podem conduzir a situações de incapacidade severa - imobilidade, instabilidade, incontinência, declínio cognitivo - colocando o idoso em risco.

ÁREA AVALIADA	AVALIAÇÃO BREVE	ENCAMINHAMENTOS
NUTRIÇÃO	O/A Sr/a perdeu mais de 4 kg no último ano, sem razão específica? _____ Peso atual: _____ kg Altura: _____ cm IMC = _____	Refere perda de peso ou apresenta IMC alterado nos extremos (desnutrição ou obesidade). Encaminhar ao nutricionista para a avaliação nutricional detalhada
VISÃO	O/a Sr/a tem dificuldade para dirigir, ver TV ou fazer qualquer outra atividade de vida diária devido a problemas visuais? Se sim, aplicar o cartão de Jaeger: Olho Direito: _____ Olho Esquerdo: _____	Se houver incapacidade de ler além de 20/40 no cartão de Jaeger, encaminhar ao oftalmologista
AUDIÇÃO	Aplicar o teste do sussurro, pág. 137 A pessoa idosa responde a pergunta feita? Ovido Direito: ___ Ovido Esquerdo: _____ Se não, verificar a presença de cerume. OD: _____ OE: _____	Na ausência de cerume e caso a pessoa idosa não responda ao teste, encaminhar ao otorrinolaringologista.
INCONTINENCIA	O/A Sr/a, às vezes, perde urina ou fica molhado/a? Se sim, pergunte: Quantas vezes? _____ Isso provoca algum desconforto ou embaraço? _____ Definir quantidade e frequência.	Pesquisar a causas. Ver capítulo de incontinência urinária (pág. 30)

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19), p. 48.

ATIVIDADE SEXUAL	O/A Sr/a tem algum problemas na capacidade de desfrutar do prazer nas relações sexuais?	Se sim, fornecer informações essenciais sobre as alterações da sexualidade. Identificar problemas fisiológicos e/ou psicológicos relacionados.
HUMOR/ DEPRESSÃO	O/A Sr/a se sente triste ou desanimado/a frequentemente?	Se sim, Aplicar a Escala de Depressão Geriátrica (pág 142)
COGNIÇÃO E MEMÓRIA	Solicitar à pessoa idosa que repita o nome dos objetos: Mesa Maça Dinheiro Após 3 minutos pedir que os repita.	Se for incapaz de repetir os 3 nomes, aplique o MEEM. Complementando esse, pode ser aplicado o teste do Relógio (pág. 138), Teste de Fluência verbal (pág. 138) e o Questionário de Pfeiffer (pág. 138). Caso, ao final dos testes, ainda haja dúvidas acerca do diagnóstico, a pessoa idosa deverá ser encaminhada para testes neuropsicológicos mais elaborados.
FUNÇÃO DOS MMSS	Proximal: Ver se a pessoa idosa é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos. Distal: Ver se a pessoa idosa é capaz de apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta.	Incapacidade de realizar o teste — fazer exame completo dos MMSS. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Considerar possibilidade de fisioterapia (após teste).
FUNÇÃO DOS MMII	Ver se a pessoa idosa é capaz de: Levantar da cadeira: _____ Caminhar 3,5m: _____ Voltar e sentar: _____ Atenção para dor, amplitude de movimentos, equilíbrio e avaliação da marcha.	Incapacidade de realizar o teste - fazer exame completo dos MMII. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Aplicar escala de avaliação do equilíbrio e da marcha de Tinetti (página xx) e Medida de Independência Funcional — MIF (pág. 148). Considerar possibilidade de fisioterapia (após teste).
ATIVIDADES DIÁRIAS	Sem auxílio, o/a Sr/a é capaz de: Sair da cama? _____ Vestir-se? _____ Preparar suas refeições? _____ Fazer compras? _____ Se não -> Determinar as razões da incapacidade (comparar limitação física com motivação), solicitar informações junto aos familiares.	Na presença de limitações, instituir intervenções de saúde, sociais e ambientais apropriadas. Aplicar escala de avaliação de MIF (pág. 148), de Katz (página 145) e escala de Lawton (pág. 147).
DOMICILIO	Na sua casa há: Escadas? _____ Tapetes soltos? _____ Corrimão no banheiro? _____	Sim para escada ou tapete e Não para corrimão — Avaliar a segurança domiciliar e instituir adaptações necessárias.
QUEDA	Quantas vezes? _____	Orientar prevenção, ver capítulo de quedas (pág. 27)
SUPORTE SOCIAL	Alguém poderia ajudá-lo/a caso fique doente ou incapacitado? _____ Quem poderia ajudá-lo/a? _____ Quem seria capaz de tomar decisões de saúde pelo/a Sr/a caso não seja capaz de fazê-lo? _____	Identificar, com o agente comunitário de saúde ou em visita domiciliar, a família/rede de pessoas que possam apoiá-lo/a. Realizar APGAR de família (pág. 168) e ECOMAPA (pág. 174).

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19), p. 49.