

FAE

FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA AO ESTUDANTE

MANUAL DO AGENTE DE SAÚDE ESCOLAR



Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Presidente da República
Itamar Augusto Cautiero Franco

Ministro da Educação e do Desporto
Murílio de Avellar Hingel

Secretário Executivo
Antonio José Barbosa

Presidente da Fundação de Assistência ao Estudante
Iveraldo Lucena da Costa

Diretor de Apoio Complementar
Damião Ramos Cavalcanti

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA AO ESTUDANTE**

MANUAL DO AGENTE DE SAÚDE ESCOLAR

Brasília-DF

Departamento de Desenvolvimento de Programas e Acompanhamento
Fernando de Ávila Christian

Gerência de Análise e Implantação de Projetos
Enedina Leite Haroldo Antunes

Gerência de Acompanhamento e Avaliação de Projetos **Rosa
Cristina Pinheiro Barbosa**

Gerência de Acompanhamento Administrativo e Financeiro João
Dionisio Xavier

F981m

FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA AO ESTUDANTE.
Manual do Agente de Saúde Escolar. 2.^a Ed. —
Brasília: Fundação de Assistência ao Estudante,
Diretoria de Apoio Complementar.

143p.; 29cm

Bibliografia

1. Saúde Escolar I. Título

CDU 371.7

Este manual poderá ser reproduzido mediante autorização da FAE e citadas fielmente as fontes e autorias.

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO	5
CAPÍTULO I	
Qualidade do Agente de Saúde	9
Qualidade do Professor	9
Inter-Relação Professor/Agente de Saúde/Aluno.....	9
Etapas para o Desenvolvimento do Programa	9
Cuidados Primários de Saúde	10
Limitação da Atuação do Agente de Saúde	10
Encaminhamento aos Serviços de Referência.....	11
Recursos Materiais Utilizados no Desenvolvimento do Programa	11
Sugestões de Técnicas de Dinâmica de Grupo	13
CAPÍTULO II	
Higiene e Saúde.....	19
Nutrição e Saúde	20
O Raio da Odontologia no Serviço Público	25
A Importância dos Dentes	25
O Valor do Sorriso	25
O Dente.....	26
Erupção dos Dentes.....	27
Funções dos Dentes	27
Doenças que Atacam os Dentes.....	28
Mecanismo de Formação da Cárie Dental	28
Evolução da Cárie	29
Doença Periodontal.....	29
Cuidados com os Dentes	30
Alimentação.....	30
Como Usar o Fio Dental.....	31
Como Escovar os Dentes	32
Técnica Roel ou Giratória Sentido Vertical	33
Flúor	34
Fluoretação nas Águas de Abastecimento Público	35
O Que o Agente de Saúde Pode e Deve Desenvolver na Área de Odontologia	35
Antropometria	37
Acuidade Visual.....	37
Noções Sobre os Olhos	37
Acuidade Auditiva.....	39
Saúde Mental	43
Sexualidade	49
Saneamento	55
Abastecimento de Água	55
Destino Final dos Dejetos	60
Destino Final para o Lixo	63
O Lixo nos Domicílios	65
As Enfermidades e o Lixo.....	66
Primeiros Socorros	67
Diarréia.....	73
Terapia de Reidratação Oral	74
Giardíase.....	75
Verminose	75
Doenças Sexualmente Transmissíveis	81
AIDS	82

Escabiose	87
Pediculose.....	87
Micoses Superficiais	88
Infecção Respiratória Aguda	89
A Importância das Vacinas	90
Doenças e Vacinas.....	90
Estratégia de Vacinação	98
Vigilância Epidemiológica	100
Rede de Frio	102
Informação das Mortes Ocorridas	105
Bochechos com Solução de Sal de Flúor— MEC/FAE	107
Aplicação do Teste de Acuidade Visual em Escolares— MEC/FAE	117

CAPÍTULO III

Educação Postural do Aluno	127
----------------------------------	-----

APRESENTAÇÃO

O presente Manual objetiva auxiliar o treinamento de Agentes de Saúde Escolar.

Este foi editado pela 1ª vez, pela Secretaria de Educação e Saúde do Estado de Goiás e foi destinado especialmente ao treinamento dos Agentes do Programa Saúde do Escolar de Goiás, contando com a colaboração de profissionais de diversas áreas tais como: odontólogos, enfermeiros, médicos sanitaristas, psiquiatras, psicólogos, tecnólogos em saneamento ambiental.

A Fundação de Assistência ao Estudante - FAE, está reeditando, no momento, o documento (com alguns acréscimos e modificações), que será utilizado pelos Agentes de Saúde Escolar, em todas as Unidades Federadas, nos municípios Conveniados com o Programa Nacional Saúde do Escolar.

Para tal, a FAE contou também, com a colaboração e aquiescência do Ministério da Saúde para reprodução do documento sobre AIDS - e da Escola de Nutrição "Agnes June Lith" - Ceará - para reprodução do documento sobre técnicas de Dinâmica de Grupo.

Equipe PNSE/FAE

COLABORADORES DA 1ª EDIÇÃO

Cicílio Alves de Moraes - Médico

Ítalo de Lima Machado - Tecnólogo em Saneamento Ambiental-Sanitarista

Liliane de Oliveira Machado - Psicóloga

CAPÍTULO I

QUALIDADES DO AGENTE DE SAÚDE

O Agente de Saúde é o indivíduo treinado para desempenhar funções específicas dentro do que chamamos de atenção primária a saúde.

Durante o treinamento do Agente de Saúde no Programa Saúde do Escolar, ele receberá informações básicas a respeito de métodos preventivos da área médica, Odontológica, saneamento, educação em saúde, doenças transmissíveis e outros.

Dentro da escola o Agente de Saúde será um elemento de grande importância, pois atuará diretamente com o aluno. Para desenvolver suas ações junto aos alunos, ele deverá apresentar certas qualificações que são de grande importância para o bom desempenho dessas ações. O Agente deverá ser interessado em participar do programa, conhecê-lo em todos os detalhes, ser paciente, pois será um trabalho com resultados a médio e longo prazo. Ter iniciativa própria no desempenho de suas funções para não cair no descrédito dentro da escola. Ser comunicativo e procurar ter um bom relacionamento, não só com os professores e alunos mas também com toda a equipe da escola e do programa.

QUALIDADES DO PROFESSOR

Partindo do princípio de que, Educação em Saúde, apesar de ter características específicas, não deve ser desvinculada do processo global de Educação, o professor assume papel importante dentro do Programa de Saúde do Escolar. O professor convive com o aluno diariamente, sendo assim, a sua observação ajudará na descoberta de sintomas que indicam problemas de saúde, não percebidos pela família e não conscientizados pelos próprios alunos.

É importante que o professor observe se o aluno coça a cabeça com frequência, se tem febre ou é inquieto, pois há uma série de sintomas físicos ou comportamentos que predizem problema de saúde.

O professor deve ser um indivíduo interessado, aberto, comunicativo, observador e deve estar bem informado dos objetivos do programa para melhor adequá-lo ao seu sistema de ensino.

INTER-RELAÇÃO PROFESSOR/AGENTE DE SAÚDE/ALUNO

Uma das filosofias de trabalho do Programa Saúde do Escolar é a realização de um trabalho de integração entre os seus três elementos básicos que estarão atuando especificamente dentro da escola: o Agente de Saúde, Professor e Aluno. Eles deverão formar uma equipe de trabalho e em conjunto atingir as metas propostas pelo programa. Tanto o professor quanto o Agente de Saúde deverão manter coerência nas suas realizações, manter troca de informações à respeito dos alunos e ambos por sua vez deverão passar informações aos alunos.

É também de grande importância que o trabalho realizado pelo Agente de Saúde, ultrapasse o espaço da escola, chegando até a comunidade, mantendo assim uma integração entre o trabalho realizado dentro da escola com a comunidade.

ETAPAS PARA O DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA

Para o desenvolvimento do Programa Saúde do Escolar é necessário que o Agente de Saúde, juntamente com os professores e representantes da comunidade, realizem um planejamento que leve em conta a realidade sócio-econômica e cultural da população envolvida.

As etapas abaixo definidas constituem um roteiro a ser seguido:

1 - Reconhecimento e coleta de dados sobre a área em questão, envolvendo aspectos sociais, econômicos, sanitários, conhecimentos da área e coleta de dados. Realização de contatos com as lideranças locais, bem como, com as instituições públicas e particulares que possam participar do trabalho.

2 - Análise e diagnóstico dos problemas levantados, com a participação das lideranças locais.

3 - Elaboração de programas, projetos ou atividades que possam contribuir para a solução dos problemas diagnosticados. Essa etapa funciona como uma prescrição educativa e/ou curativa. São os caminhos que levarão ao atendimento das necessidades e aspirações da comunidade, com a participação desta.

4 - Execução do que foi programado, com a participação da população ou de seus líderes. É o tratamento pro-

priamente dito dos problemas diagnosticados e priorizados.

5 - Avaliação e retro-alimentação do que foi programado, sempre com a participação da comunidade. As falhas serão corrigidas, enquanto os progressos alcançados deverão ser registrados, buscando-se assim, as soluções adequadas à realidade local.

Um planejamento bem elaborado, simples e que possa ser desenvolvido dentro da realidade comunitária, é garantia de bons resultados nos trabalhos do Agente de Saúde Escolar.

CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE

Os cuidados primários de saúde não são apenas direito, mas responsabilidade de cada Agente de Saúde.

O Agente de Saúde irá zelar para o bem-estar do escolar e de toda comunidade. Por isso, é preciso que ele conheça os cuidados primários de saúde, tais como, primeiros socorros, noções de higiene, etc.

Quando o Agente de Saúde passa a ter estes cuidados, ele conseguirá prevenir a maioria dos problemas cotidianos de saúde em sua escola e comunidade e saberá também como agir diante de situações que exigirem o conhecimento destes cuidados e como e quando encaminhar o escolar ao Posto de Saúde mais próximo.

LIMITAÇÃO DA ATUAÇÃO DO AGENTE DE SAÚDE

O Agente de Saúde poderá fazer um bom trabalho, desde que saiba quais são suas limitações e trabalhe junto com elas.

Quer dizer: Ele deverá fazer somente o que sabe fazer. Para não prejudicar outras pessoas, o Agente de Saúde não deverá fazer coisas que não aprendeu ou para as quais ele não se sinta seguro.

O Agente de Saúde deverá estar atento para todo e qualquer tipo de problema de saúde que surgir em sua comunidade escolar, e se for necessário, ele encaminhará o escolar que apresentar algum problema ao Posto de Saúde mais próximo.

O Agente de Saúde trabalhará junto com os membros de sua escola pois a participação de cada um é muito importante para o desempenho do seu trabalho.

ENCAMINHAMENTO AOS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA

Outro grande papel do Agente de Saúde é fazer o encaminhamento do escolar aos serviços de referência.

É dever de todo Agente, saber quando e como encaminhar o escolar.

O escolar deverá ser encaminhado quando o Agente de Saúde detectar ou suspeitar de algum problema de saúde ou alguma deficiência.

Todas as vezes que for preciso fazer qualquer encaminhamento, o Agente deverá chamar os pais ou responsáveis da criança e explicar a eles a necessidade do encaminhamento. Não faça nada sem antes colocá-los a par do que está acontecendo com a criança.

RECURSOS MATERIAIS QUE PODERÃO SER UTILIZADOS NO DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA

O Agente de Saúde precisará ter muita força de vontade e também bastante criatividade, pois seu papel é também ensinar e transmitir às crianças e a toda comunidade, como prevenir as doenças e o que podem fazer para levar uma vida mais saudável. O Agente de Saúde deverá ter em mente que somente quando todas as pessoas tomarem parte no cuidado de sua saúde própria e da saúde de sua comunidade, é que ocorrerão mudanças importantes, por isso o Agente de Saúde não poderá guardar os seus conhecimentos e sim transmiti-los de uma forma bem simples e fácil de aprender.

Daremos algumas idéias de como você poderá transmitir os seus conhecimentos. São técnicas bem simples e fáceis de fazer, mas depende muito também de sua criatividade.

CARTAZES E FLANELÓGRAFO

Às vezes uma figura vale por muitas palavras. O Agente de Saúde deverá fazer muitos cartazes coloridos e de fácil entendimento sobre vários temas, como higiene corporal, dos alimentos, como evitar a verminose etc., e colocá-los em lugares que todos possam ver. O flanelógrafo (quadro em madeira ou papelão coberto com flanela) ajuda muito a transmitir idéias, por isso arrume muitas figuras e monte estórias sobre saúde no flanelógrafo.

BONECOS DE DEMONSTRAÇÃO

O Agente poderá fazer bonecos de pano ou cartolina e criar estórias e teatrinhos sobre higiene, alimentação, como evitar as doenças etc. Poderá também pedir ajuda às crianças para confeccioná-los, procurando transmitir idéias e conhecimentos com muita criatividade.

GINCANAS

Promova várias gincanas ou pequenas competições entre as crianças sobre vários temas de saúde e de diversas maneiras.

PALESTRAS

O Agente de Saúde deverá promover reuniões e palestras para as crianças e também para toda comunidade. Nestas palestras o Agente deverá ensinar e transmitir conhecimentos sobre como evitar as verminoses, cuidados de higiene e inúmeros temas sobre saúde. E para que essas reuniões ou palestras não fiquem cansativas tanto para as crianças como para os adultos, o Agente poderá usar algumas destas técnicas que citamos acima e outras técnicas que ele conhecer. Poderá também criar e contar estórias, pois elas tornam as reuniões mais interessantes e ajudam muito.

TEATRINHOS

As estórias que transmitem idéias importantes podem causar um impacto ainda maior nas crianças e nos adultos, se forem representadas em forma de teatrinho. O Agente de Saúde juntamente com os professores podem planejar e montar pequenas peças de teatro, sobre temas de saúde usando as próprias crianças da escola como personagens.

Existem ainda várias maneiras de se transmitir conhecimentos e idéias: o Agente de Saúde deverá colocar sua criatividade para funcionar, pois só assim, é que se descobrirá outros métodos mais interessantes e fáceis de executar.

SUGESTÕES DE TÉCNICAS DE DINÂMICA DE GRUPO

PAINEL INTEGRADO

- Objetivos:** - Estudar vários itens de um assunto em certo prazo de tempo.
- Desenvolver a capacidade de síntese.
 - Incentivar o grupo a debater um assunto com Interesse.

Procedimento:

- O Orientador divide o assunto a ser estudado de acordo com o número de grupos existentes na sua teleaula.
- O Orientador determina o tempo para o trabalho de grupo. Decorrido o tempo estipulado, cada grupo se apresenta no painel.
- Por fim, o Orientador fará a análise e conclusão do painel.

BANCA EXAMINADORA

- Objetivos:** - Aprofundar determinado assunto ou tema.
- Promover um maior entrosamento entre os telealunos.

Procedimento:

- O Orientador escolhe um tema qualquer e os telealunos se preparam em equipe.
- Na apresentação, o Orientador e os próprios telealunos convidam algumas pessoas da escola (supervisora, diretora, substituta, secretária, etc), que formarão a banca examinadora.
- As equipes são testadas pela banca respondendo a várias perguntas.

ATAQUE E DEFESA

- Objetivos:** - Estimular o desenvolvimento do senso crítico.
- Desenvolver a capacidade de expressar claramente as Idéias, baseando-se em argumentos.

Procedimento:

- Formam-se duas paralelas com os telealunos sentados frente a frente.
- No primeiro momento, o grupo que está sentado à direita irá defender um determinado assunto e os que estão à esquerda irão atacar.
- Inicia-se a técnica com o telealuno que encontra-se sentado na primeira carteira do lado direito, depois o primeiro do lado esquerdo e assim, até chegar ao final da fila.
- No segundo momento, inverte-se os papéis, a direita ataca e a esquerda defende.

CAIXINHA DE DUVIDAS **Objetivos** - Favorecer o

esclarecimento de dúvidas que dificultam a aprendizagem do aluno.

Procedimento:

- O Orientador forma aleatoriamente duplas para o estudo de determinado assunto ou resolução de exercícios.
- Cada dupla recebe cinco papeletas onde devem escrever cada dúvida que for surgindo.
- Os telealunos colocam as dúvidas na caixa.
- Após certo tempo, o Orientador pede que os telealunos formem um semi-círculo e retira da caixa a 1- dúvida. O telealuno que quiser irá ao quadro esclarecer a dúvida do colega.

ESTUDO DE CASO

- Objetivos:** - Desenvolver a capacidade de análise crítica.

- Favorecer a aplicação dos conhecimentos e das experiências.
- Motivar a procura de soluções.

Procedimento:

- O Orientador explica aos telealunos como os trabalhos serão desenvolvidos. A seguir, apresenta o caso que poderá ser baseado num fato da Aula Integrada.
- Os telealunos divididos em grupo passam a trabalhar durante um determinado espaço de tempo, discutindo e analisando o caso na busca de possíveis soluções.
- As apreciações críticas e soluções são apresentadas no grupão, estabelecendo-se o debate.
- Ao final do debate, o Orientador poderá fazer comentários e conclusões das discussões e das propostas de solução apresentada.

GV X GO

Objetivos: - Desenvolver a integração entre os participantes de um grupo.

- Intensificar a atenção e a percepção.
- Intensificar o poder de síntese.

Procedimento:

1º MOMENTO

- O Orientador solicita 08 voluntários para desenvolver uma tarefa.
- Os voluntários formarão um círculo no centro da sala e os outros formarão um círculo externo.
- O Orientador distribui o roteiro de observação para o grupo de fora e irá lê um caso para que o grupo do centro (verbalização) discuta em 5 minutos.
- Depois dos 5 minutos, o Grupo de Observação irá fazer a análise do desempenho do Grupo de Verbalização.
- O Grupo de Verbalização dirá como se sentiu realizando o trabalho.

2º MOMENTO

- O Orientador solicita outros voluntários (08) para a segunda tarefa.
- O Orientador dirá o papel que irá desempenhar cada participante do Grupo de Verbalização.
- Os elementos do Grupo de Observação irão tentar descobrir o papel desempenhado por cada elemento do Grupo de Verbalização.
- O Grupo de Verbalização terá 5 minutos para desempenhar o seu papel.
- Ao final dos 5 minutos, o Orientador pedirá que o Grupo de Observação realize a tarefa estabelecida.
- O Grupo de Verbalização dirá como se sentiu realizando o trabalho.

FOTOLINGUAGEM

Objetivos: - Discutir um tema a partir de uma gravura ou fotografia para desenvolvimento de uma atitude reflexiva e questionadora.

- Desenvolver a capacidade de expressão oral, relacionando a foto com conhecimentos adquiridos e com a realidade.

Procedimento:

- O Orientador deverá providenciar várias fotografias de revistas, calendários, jornais, etc., e espalhá-los pelo chão da sala.
- Cada telealuno deverá escolher uma fotografia, que no seu entender, expresse a mensagem mais importante do assunto que foi escolhido para ser discutido.
- Em seguida, cada telealuno dirige-se para seu grupo, mostra a foto e diz qual a mensagem que a foto lhe transmite.
- O Orientador solicitará a cada equipe que escolha um representante para fazer a síntese das mensagens apresentadas.
- Além de servir para aprofundamento de um assunto, a fotolinguagem, serve como técnica de apresentação e para escolher opiniões dos telealunos sobre determinado tema social.

MÉTODO CHECK LIST

Objetivos: - Desenvolver a sensibilidade a problemas e penetração.

- Estimular a criatividade na solução de problemas através de perguntas elaboradas ou gerar soluções criadoras através da análise do problema utilizando-se perguntas técnicas.

Procedimento:

- a) O Orientador propõe o problema e leva os telealunos a analisá-lo, estimulando a imaginação com perguntas técnicas. As idéias surgidas não deverão sofrer críticas.
- b) Em seguida, para dar uma direção consciente ao pensamento empregará para cada item, as seis perguntas básicas:
_ POR QUÊ? _
ONDE? _
QUANTO? _
QUEM? _ O
QUÊ? - COMO?
- c) Os telealunos farão a combinação das idéias surgidas das perguntas técnicas com os resultados das perguntas básicas, surgindo daí inúmeras idéias que serão selecionadas para solucionar o problema.

LISTÃO DE INFORMAÇÕES

- Objetivos:** - Obter uma maior fixação do assunto em estudo.
- Integrar as equipes.
 - Aumentar a fluência.
 - Desenvolver a síntese.

Procedimento:

- a) O Orientador divide a turma em equipes e pede que cada uma retire informações importantes do assunto estudado.
- b) Cada equipe escolhe um relator e esse apresenta para o grupão as informações catalogadas.
- c) Retorna-se as equipes que deverão listar as informações que não foram ditas pelas outras equipes, escrevendo-as no quadro-giz para o grupão. Assim, todas as equipes escreverão as informações não utilizadas pelos relatores.

Ao usar esses métodos e outros que forem criados, as crianças e os pais, irão entender melhor e será mais difícil de esquecer.

CAPÍTULO II

HIGIENE E SAÚDE

A ação do homem sobre o meio em que vive vai determinar que este lhe dê condições para uma vida melhor ou pior. Pode-se impedir o aparecimento das doenças, comendo bem, cuidando da higiene do corpo, da casa, da comunidade e vacinando as crianças.

Viver com higiene é um direito e uma obrigação de todos. No entanto, o homem numa ação inconsciente ou descuidada, pode causar muitos prejuízos ao ambiente em que vive, prejudicando, assim, sua própria saúde e a de seus semelhantes.

Se cada pessoa da comunidade tiver hábitos de higiene, toda a população ganhará com isso. Por meio de esforços individuais, todos estarão cooperando para uma vida comunitária mais saudável.

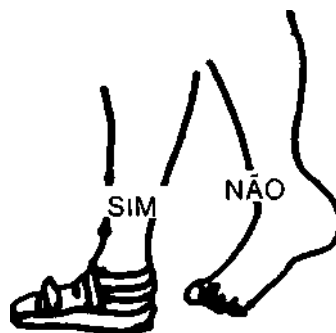
O homem pode ser facilmente contaminado pelos micróbios que estão em toda a parte: no chão, na água, nas roupas, nos objetos, nas mãos sujas, etc, e que causam inúmeras doenças. Deve-se pois, procurar combatê-los com medidas adequadas de higiene, que são citadas abaixo e que poderá proporcionar a todos uma vida saudável.

-A higiene do corpo:

A higiene do corpo contribui para a boa saúde. Para isso cada parte do corpo precisa de cuidados especiais.



A pele é a primeira defesa do corpo. E preciso conservar sua força de proteção através dos banhos freqüentes. Pessoas doentes, mesmo os nenês, devem tomar banho todos os dias. Deve-se também, lavar as mãos com sabão após levantar de manhã, após ter evacuado e antes de comer. É muito importante também conservar as unhas das mãos e dos pés sempre cortadas.



Evitar deixar as crianças descalças, pois muitos micróbios penetram no corpo através da sola dos pés.

A higiene dos cabelos é importante para evitar o aparecimento de piolhos.

A limpeza da boca e dos dentes deve ser feita diariamente pois impede o mau cheiro, as cáries e outras doenças.

- **Os olhos também precisam de cuidados especiais:**

- Não esfregar os olhos com as mãos sujas;
- Manter o rosto sempre limpo
- Só usar toalhas, lenços e panos limpos para enxugar o rosto.

As roupas do vestuário também impedem que os micróbios causadores de tantas doenças entrem no organismo. Para isso, é preciso que elas sejam mantidas sempre limpas. As roupas de cama e as toalhas também devem ser lavadas constantemente.

- **A higiene da casa:**

A casa é o abrigo da família, o local onde as pessoas dormem, comem e se reúnem para conversar ou divertir.

Tanto o interior da casa como o terreno que a cerca precisam ser mantidos sempre limpos para evitar cobras, aranhas, escorpiões, ratos e outros insetos. Com isto também se evita acidentes como cortes, ferimentos e quedas em fossas abertas, etc.

O piso deve ser limpo diariamente, esfregar e lavar o chão paredes e debaixo dos móveis. Tapar os buracos e frestas do chão ou paredes, onde percevejos, escorpiões, baratas e barbeiros podem se esconder.



Abrir janelas em todos os cômodos, principalmente pela manhã, para deixar entrar o sol e o ar. Sol e ar puro ajudam a acabar com os micróbios.

Não deixar porcos e outros animais entrarem na casa ou em lugares onde as crianças brincam.

Se as crianças ou animais evacuam no chão ou perto da casa, limpar imediatamente, ensinar as crianças a evacuarem no local certo.



Não cuspir, nem escarrar no chão.

Não deixar lixo acumulado perto da casa, ele deve ser colocado em latas apropriadas e tampadas, para evitar o aparecimento de moscas, baratas e ratos.



- A higiene dos alimentos:

A higiene e a conservação dos alimentos deve ser uma preocupação constante de todos. Alimentos estragados ou preparados sem os cuidados necessários é um perigo para a saúde.

É importante lavar as mãos antes de iniciar o preparo dos alimentos e manter as panelas, vasilhas e talheres sempre limpos.

Os alimentos que vão ser preparados devem ser bem lavados e ter cuidado muito especial com os alimentos **que** são comidos crus. As carnes devem ser bem cozidas ou bem assadas.

Não deixar moscas, baratas e outros insetos pousarem e andarem sobre os alimentos. Proteger os alimentos, mantendo-os cobertos, em latas ou em armários com telas.

Pratos e utensílios usados por pessoas doentes devem ser fervidos antes de serem usados por outras pessoas.

O melhor para a saúde, é ferver ou filtrar toda água usada para beber, mesmo parecendo limpa ela pode transmitir doenças.

* O quadro a seguir mostra um exemplo onde a família inteira se contaminou com diarreia infecciosa, por falta de hi-

giene.



Um homem com diarreia infecciosa evacua no chão



Um porco come as fezes sujando o seu nariz

A criança brinca no chão junto com o porco



Então o porco entra na casa



A família comendo os alimentos



A mãe pega a criança suja no colo.



Ela não lava as mãos prepara os alimentos

E logo estão todos com diarreia.



NUTRIÇÃO E SAÚDE

*

1 - Alimentação:

A alimentação consiste em um dos aspectos reais importantes para a saúde da criança.

É importante que as crianças comam os alimentos reais nutritivos possíveis para desenvolverem-se bem e não fiquem doentes.

O principal alimento nos primeiros 06 meses de vida é o leite materno, porque é um alimento perfeito do ponto de vista bioquímico, preenchendo todas as necessidades nutricionais da criança nesse período.

A partir dos 06 meses de idade os melhores alimentos para a criança são: leite materno e outros alimentos que estiverem disponíveis como: feijão, gema de ovo, carnes, miúdos, frutas, legumes e outros.

Para termos uma boa alimentação é importante saber combinar alimentos de diferentes tipos nas refeições, para que o nosso corpo receba tudo o que ele precisa.

Devemos comer a cada refeição alimentos de cada um destes quatro grupos:

1 - Alimentos que constroem o corpo ou proteínas:

São aqueles que constroem o corpo, como os tijolos constroem uma casa. São necessários para o crescimento.

Alimentos que tem bastante proteínas:

Proteína animal - leite

- queijo
- ovos
- carne, fígado, rins, lingua de vaca
- peixe, camarão, carangueijo
- galinha, frango e outras aves.

2 - Alimentos que fornecem energia:

São os alimentos ricos em hidratos de carbono:

Amidos e açúcares.

São como a lenha para a fogueira e o combustível para a máquina.

Porém uma alimentação só com estes alimentos, com poucas proteínas, deixa o corpo fraco.

Amidos: - arroz, trigo, macarrão, feijão, batata doce, batatinha, mandioca, cará, milho, canjica, maizena.

Açúcares: - açúcar e mel

- cana-de-açúcar, melado, rapadura.

3 - Alimentos que formam reservas de energia:

São as gorduras ou óleos. O nosso corpo transforma as gorduras em açúcares quando precisa de mais energia.

Alimentos ricos em gorduras:

Óleo de cozinha, azeite, banha, manteiga, carnes, aves, castanhas, coco.

4 - Alimentos que protegem o corpo:

São aqueles ricos em vitaminas e minerais, são alimentos protetores, que ajudam o corpo a trabalhar.

Alimentos que contêm vitaminas e minerais:

- frutas

- verduras (principalmente as de cor verde-escura)

- as folhas cozidas de batata doce, feijão, beterraba, abóbora, folhas de mandioca também podem ser usadas como alimentos.

- leite e queijo

- fígado.

Para ter saúde é preciso comer quantidade suficiente de alimentos de cada um destes grupos de alimentos.

O Agente de Saúde deverá incentivar as crianças a aproveitarem o quintal de suas casas para plantar legumes e verduras fáceis de cuidar.

Deverá também com ajuda dos alunos, cultivar canteiros de verduras na própria escola, para complementar a merenda escolar.

RESPONSÁVEIS:

Rosa de Fátima Mendes Silva - Médica Francisca

Graciano Pinheiro - Enfermeira Solange Eleutério -

Aux. Serv. Médico Hospitalar I.

O RAIAR DA ODONTOLOGIA NO SERVIÇO PÚBLICO

Em quase todas as regiões do globo terrestre, o problema prioritário da Odontologia é, sem dúvida a Cárie Dental. Tanto isto é verdade que já em 1984 um grupo de consultores da Organização Mundial de Saúde (OMS), apontava este fato.

Em nosso país, na sua quase total extensão, a Cárie Dental constitui-se como endemia, atingindo cerca de 95% da população.

A Cárie Dental é um processo patológico e localizado de origem externa, que se inicia depois da erupção, determina o amolecimento do tecido duro do dente e evoluciona para a formação de uma cavidade.

(OMS)

A cavidade formada pela evolução da cárie uma vez instalada não é reparada espontaneamente, sendo necessária a presença do Cirurgião-Dentista para recompor o dente em todas as suas formas e funções impedindo assim que haja prejuízos à mastigação, estética, boa pronúncia e conseqüentemente à saúde geral.

É fundamental no entanto que se pratique e execute medidas preventivas na área de Odontologia, uma vez que as necessidades acumuladas são muitas, e estas medidas tem um alcance maior e uma abrangência significativa, levando a resultados satisfatórios.

Vários são os métodos preventivos aplicados, tais como:

- Educação em Saúde Oral
- Utilização do Flúor
- Bochechos com flúor a 0,2%
- Aplicação tópica de flúor
- Comprimidos com flúor
- Fluoretação das águas de abastecimento público.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde tem como objetivo prevenir doenças, através da conscientização do educando da necessidade da cultivação de bons hábitos de higiene, e da prática da saúde nas escolas ou no meio onde viva o educando.

Para se ensinar sobre como prevenir cárie dental e outros problemas da saúde oral é preciso estar apto sobre o assunto.

Este é apenas um roteiro básico para se guiar nas palestras e ou alguma necessidade que possa ter o Agente de Saúde nas escolas.

A IMPORTANCIA DOS DENTES

Os nossos dentes tem um papel fundamental em toda a nossa vida. Os dentes desempenham funções na mastigação, no falar, na estética.

O VALOR DO SORRISO

O Sorriso é muito importante em nossa vida.

Para que seu sorriso seja bonito, precisa refletir a beleza de sua alma.

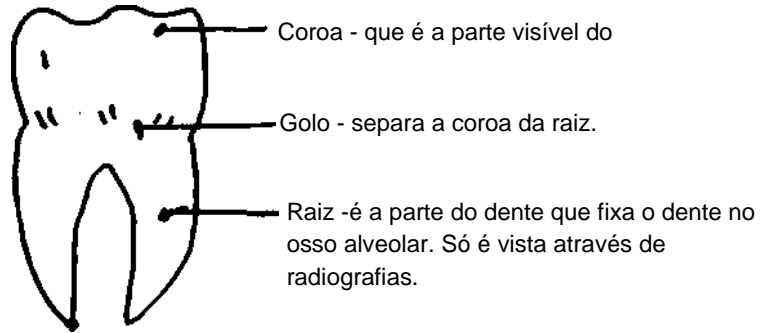
E para seu sorriso brilhar ainda mais, a sua boca deve estar impecável: limpa e bem escovada.

O DENTE

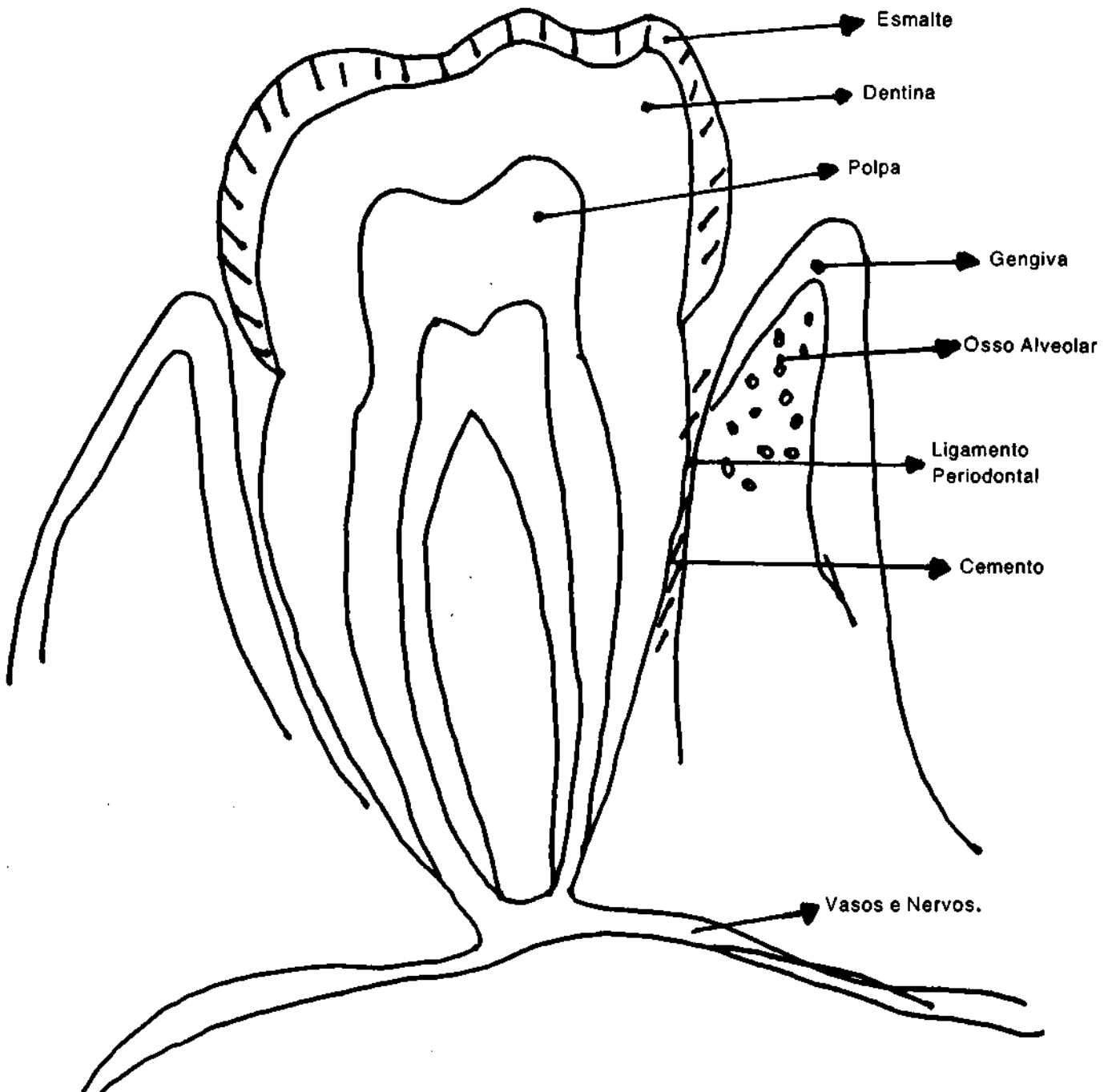
O que é o Dente?

Como é o Dente?

O dente é dividido em três partes:



COMPONENTES DOS DENTES



ERUPÇÃO DOS DENTES

Os primeiros dentes a aparecer são os dentes de leite. Esses dentes permanecem na boca até mais ou menos doze anos, quando então são substituídos pelos permanentes. A troca de dentes de leite por dentes permanentes é sucessiva a partir dos sete anos, e se completa por volta dos treze anos com o surgimento dos caninos permanentes.

O primeiro dente permanente a erupcionar é o primeiro Molar inferior, também conhecido como "Molar dos seis anos". É um dente muito importante que nasce logo após o aparecimento de todos os dentes de leite, ele é o terceiro dente após a presa ou canino e aparece por volta dos seis anos sem que caia nenhum dente de leite.

A perda do Primeiro Molar permanente, faz com que todos os dentes saiam do lugar, dificultando a mastigação. 'Por isto é de suma importância que seja preservado por toda a vida.

Importante:

Os dentes de leite devem ser preservados (quando possível) até que os mesmos sejam substituídos naturalmente, pelos dentes permanentes. Os dentes permanentes são orientados na sua erupção pelos dentes de leite, o que favorece a uma futura boa dentição permanente.

Dentições:

A - Número de dentições e número de dentes.

Nós possuímos duas dentições

- Dentição Decídua - é a primeira dentição. O primeiro dente a erupcionar é o incisivo central inferior, por volta dos seis meses de idade.

Em meados dos dois anos e meio a três, esta dentição está completa e é também chamada de dentição primária ou de leite.

Compõe-se de:

SUPERIOR 4 incisivos		INFERIOR 4 incisivos
2 caninos		2 caninos
4 molares	+	4 molares
10 dentes		10 dentes =
	20 dentes	

Dentição permanente ou segunda dentição, inicia-se por volta dos seis anos com a erupção do Primeiro Molar Inferior, depende da dentição decídua, para ter uma boa orientação na seqüência de erupção e de como foram preservados os dentes deciduos.

Completa-se em torno dos treze anos com a erupção do Canino.

Compõe-se:

SUPERIOR 4 incisivos 2		INFERIOR 4 incisivos 2
caninos 4 pré-		caninos 4 pré-
molares		molares 6
6 molares		molares
16 dentes		16 dentes
	= 32 dentes	

FUNÇÕES DOS DENTES

Cada dente tem uma função própria, ou seja cada dente possui um trabalho específico dentro da função geral que é a mastigação.

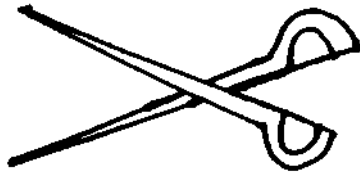
Esta função específica está designada de acordo com a localização de cada grupo de dentes, de acordo com os esquemas que seguem.

INCISIVOS: - Estão localizados na parte anterior da boca e trabalham semelhantes a uma tesoura, cortando os alimentos.

CANINOS: - Após os incisivos estão os caninos, ou presas, fazem em conjunto a bateria labial, tem a função de rasgar os alimentos perfurando-os.

PRÉ-MOLARES: - Depois do canino, estão os pré-molares que só aparecem na dentição permanente, e funcionam como pilões amassando os alimentos.

MOLARES: - No fundo da boca estão os molares ou dentes chatos, nesta dentição eles são em número de três, primeiro, segundo e terceiro e terminam a mastigação triturando os alimentos.



Cortar



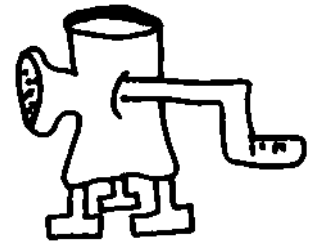
Rasgar



Amassar



Triturar (moer)



DOENÇAS QUE ATACAM OS DENTES

a-PLACA BACTERIANA:

A partir de restos de alimentos, as bactérias existentes na boca fabricam uma cola que irá grudá-las nos dentes formando a placa bacteriana, que é uma espécie de cobertura.

Como evitá-la?

Escovando os dentes ao levantar e deitar e imediatamente após ingerir algum alimento.

Reduzir o consumo de açúcar. b-

CÁRIE DENTAL

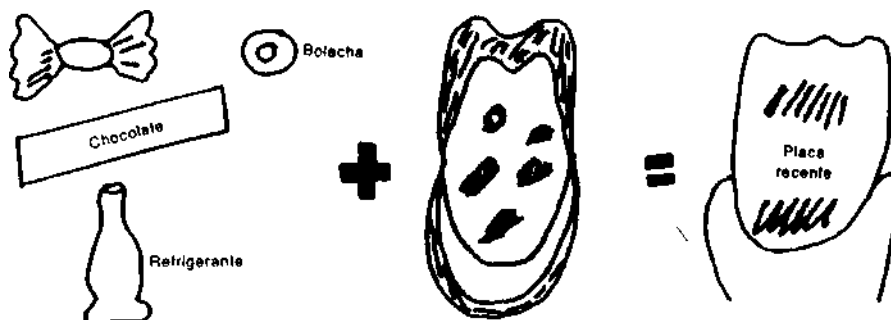
O que é cárie dental?

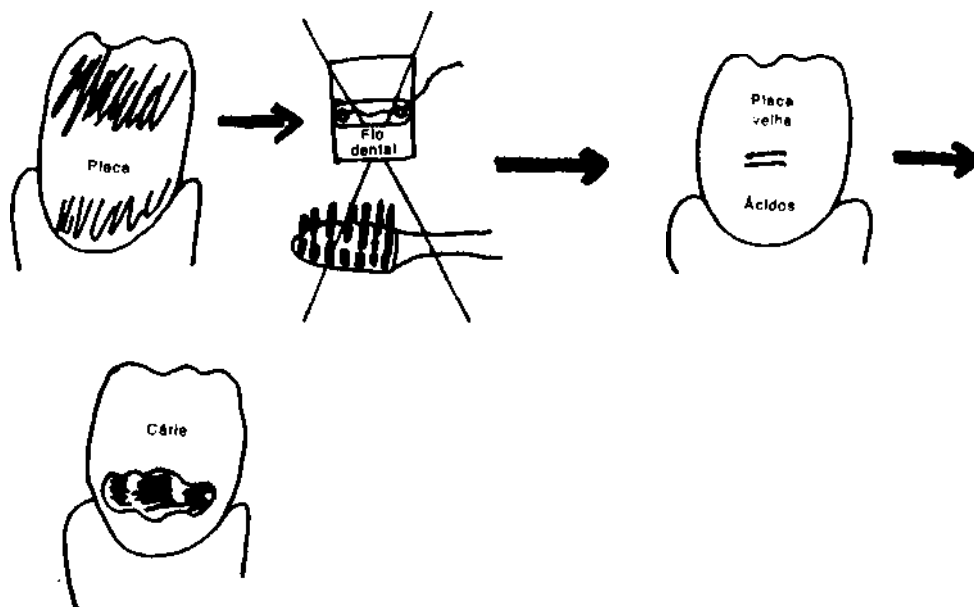
É a doença que ataca os dentes.

Como ela é causada?

As bactérias presentes na placa fabricam ácidos, que vão solubilizando o esmalte do dente, ou seja dissolvendo, corroendo e penetrando no dente formando uma cavidade; a cárie.

MECANISMO DE FORMAÇÃO DA CÁRIE DENTAL

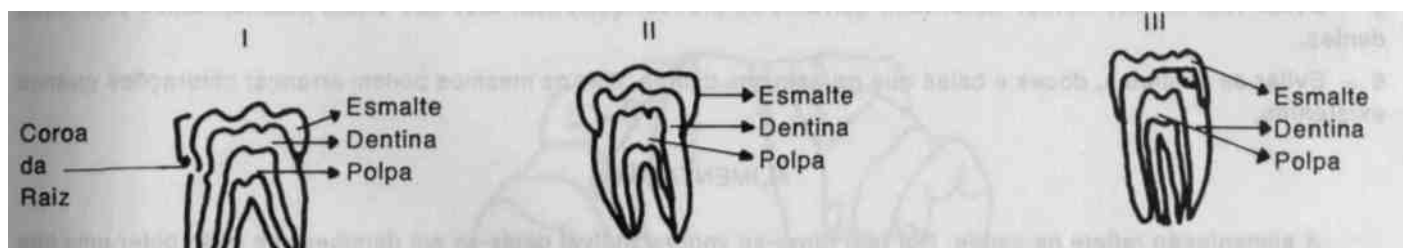




EVOLUÇÃO DA CARIE

No início da cárie estes ácidos corroem o esmalte que é a primeira camada do dente. Quando a cárie está só no esmalte, o dente não dói mas se a cárie atinge a dentina que é a segunda camada do dente o dente começa a doer ao comer alimentos frios ou quentes ou doces.

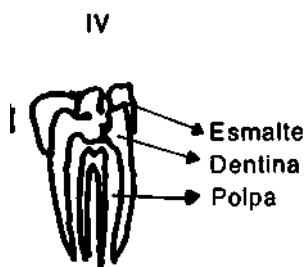
Se a cárie não for tratada irá penetrando no dente até atingir a terceira camada ou seja, a polpa (nervo), com dores espontâneas.



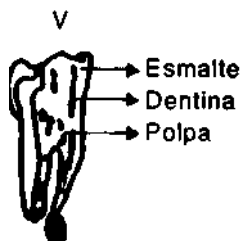
DENTE SADIO

CÁRIE NO ESMALTE SÓ O DENTISTA PODE VER

CÁRIE NA DENTINA FICA SENSÍVEL AO FRIO



CÁRIE NA POLPA DOR ESPONTÂNEA



CÁRIE NA POLPA ABCESSO BOLSA DE PUS

DOENÇA PERIODONTAL

Quando a cárie atingir a polpa do dente pode formar o abscesso e este causar sérios problemas à saúde geral afetando alguns destes órgãos: ouvidos, rins, coração, olhos e outros. Quase sempre já existe uma grande destruição do dente, e geralmente leva a perda do mesmo.

As bactérias da placa fabricam também uma espécie de veneno (toxinas) e lançam para dentro da gengiva causando: inflamação, sangramento na gengiva, destruição do osso, fazendo o dente amolecer aos poucos até cair, mesmo que não tenha nenhuma cárie.

CUIDADOS COM OS DENTES

MEDIDAS PREVENTIVAS:

Para a prevenção da cárie dental e doenças da gengiva, é preciso que se tome algumas medidas, no sentido de se ter uma boa higiene oral, alimentar-se adequadamente e utilizar-se rotineiramente do flúor.

HIGIENE ORAL:

Existem cuidados básicos para se conseguir uma higiene oral satisfatória.

1 - Escovar os dentes diariamente, se possível imediatamente após a ingestão de qualquer alimento, tomando os seguintes cuidados:

- A escova deve estar seca, limpa e ser individual
- Usar quando possível pasta com flúor
- Escovar os dentes como souber, mas procurando sempre escovar, devagar (de 05 a 10 minutos), e em todas as faces do dente, de preferência em frente a um espelho.
- Escovar a língua e gengivas.

2 - Utilizar o fio dental antes e após escovar os dentes para limpar os espaços entre os dentes que a escova não remove.

3 - Diminuir o consumo de açúcar na alimentação diária.

Quando ingerir, bolo, doces, chocolates, refrigerantes, bolachas e outros alimentos açúcarados, os dentes deverão ser escovados imediatamente após. Caso isto não seja possível, fazer um forte bochecho, para que o açúcar seja retirado da cavidade oral, e não desencadeie o mecanismo de formação da cárie (já citado).

4 - Faça uma visita periódica ao dentista, de seis em seis meses, para que qualquer cárie seja detectada e tratada logo no seu início.

5 - Evitar roer unhas, morder lápis, abrir garrafas ou praticar quaisquer atos que sejam traumatizantes para seus dentes.

6 - Evitar os chicletes, doces e balas que grudam nos dentes, pois os mesmos podem arrancar obturações quando existentes.

ALIMENTAÇÃO

A alimentação reflete na saúde. Por isto torna-se imprescindível deter-se em detalhes que farão obter uma boa alimentação.

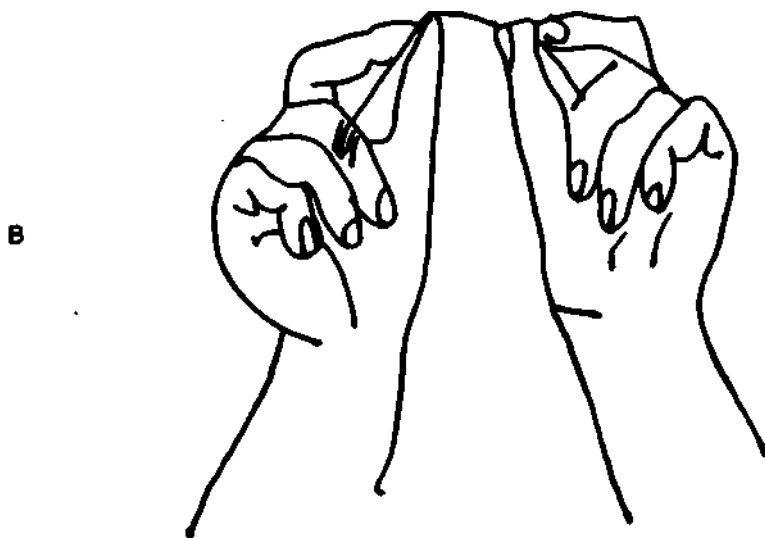
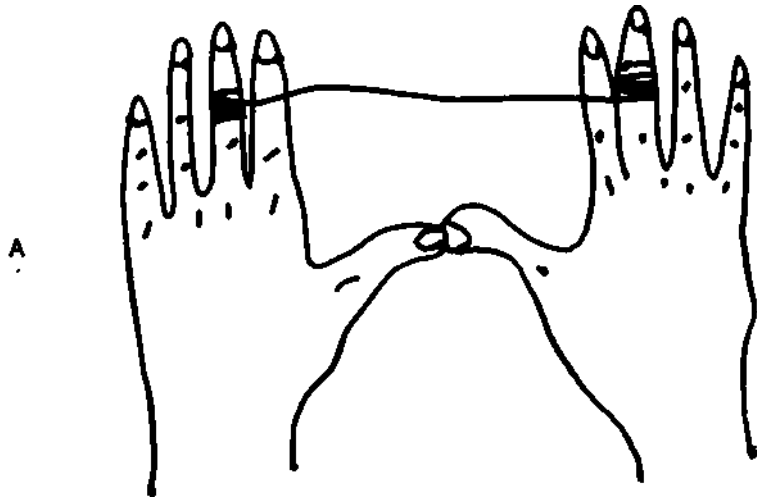
Os alimentos se dividem assim:

- Derivados -
- do leite
 - da carne
 - ovos
 - verduras
 - cereais
 - legumes
 - frutas

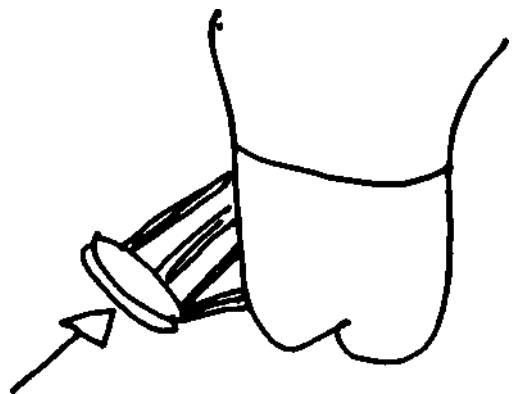
Necessita-se o cuidado de diariamente ingerir pelo menos um alimento de cada grupo.



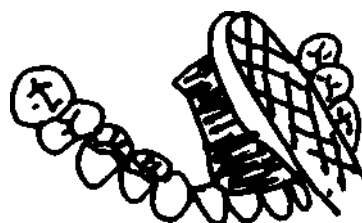
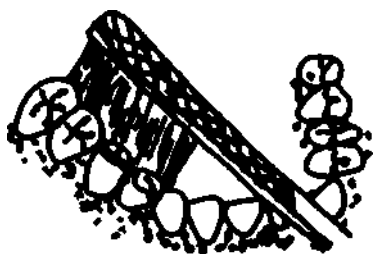
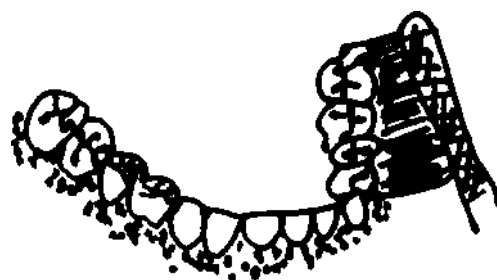
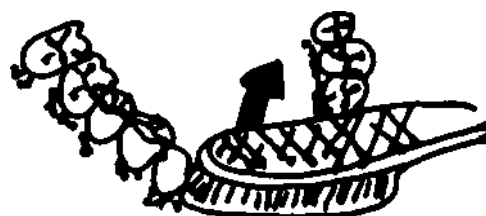
COMO USAR O FIO DENTAL



COMO ESCOVAR OS DENTES



TÉCNICA ROEL OU GIRATÓRIA
SENTIDO VERTICAL



FLÚOR

SORRIA! O FLÚOR GARANTE!

O Flúor é o elemento mais utilizado na prevenção da cárie dental; é aplicado em Saúde Pública pois aumenta a resistência do dente ao ataque da cárie, e diminui a intensidade desse ataque.

MÉTODOS DE APLICAÇÃO DO FLÚOR:

1 - Bochecho com solução fluorada a 2%.

É um processo contínuo e rotineiro, voltado para as unidades escolares Estaduais, Municipais e Conveniadas. A aplicação é semanal e realizada pelos professores previamente treinados para o preparo e aplicação da solução fluorada em seus alunos. É um meio simples, eficaz e de fácil aplicação que reduz em até 40% a incidência da cárie dental. É aplicado em escolares de 07 a 14 anos.

2 - APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR.

É realizada pelo Cirurgião-Dentista em consultórios particulares. É um meio eficaz no combate à cárie dental.

3 - COMPRIMIDOS DE FLÚOR.

Este método é indicado para gestantes e crianças. Não é conveniente o uso de comprimidos fluorados em municípios onde a água de abastecimento público é fluoretada e em regiões onde existe flúor natural na água, pois poderá causar FLUROSE.

RESPONSÁVEIS:

Antoinette Gemus de Almeida Manso - Cirurgiã-Dentista-Sanitarista. Eliane de Faria e Silva - Cirurgiã-Dentista-Sanitarista. Suzana Cardoso Moreira - Cirurgiã-Dentista-Sanitarista.

FLUORETAÇÃO NAS ÁGUAS DE ABASTECIMENTO PÚBLICO

A Organização Mundial de Saúde define este método como uma medida de saúde pública, prática, efetiva e de grande abrangência.

É de fácil aplicabilidade e de comprovada redução na incidência de cárie (reduz em até 60%).

Atinge a todas as pessoas, sem distinção, desde que as mesmas sejam beneficiadas com o abastecimento público de água.

NOTA IMPORTANTE

Os vários métodos de aplicação do flúor podem e devem ser utilizados simultaneamente com exceção do comprimido de flúor e fluoretação nas águas de abastecimento público ou mesmo em locais em que o flúor existe naturalmente na água.

O QUE O AGENTE DE SAÚDE PODE E DEVE DESENVOLVER NA ÁREA DE ODONTOLOGIA

- Bochecho com solução Fluorada.
- Palestras Educativas.
- Ensinamentos de bons hábitos de higiene oral (técnicas de escovação).
- Encaminhamentos de possíveis casos de problemas orais.
- Conscientização e motivação ao tratamento odontológico.

RESPONSÁVEIS:

Antoinette Gemus de Almeida Manso - Cirurgiã-Dentista-Sanitarista. Eliane de Faria e Silva - Cirurgiã-Dentista-Sanitarista. Suzana Cardoso Moreira - Cirurgiã-Dentista-Sanitarista.

ANTROPOMETRIA a)

Conceito:

Antropometria é a prática de pesar e medir o corpo humano.

Na prática da mensuração a única medida rotineira é a planta-vértice, que é a altura total do indivíduo, que vai da planta dos pés ao vértice da cabeça.

A altura é determinada através de uma haste milimetrada que acompanha as balanças ou que se afixa em uma parede.

Para determinação do peso, emprega-se a balança comum. O peso deve ser comparado com os valores considerados normais em relação a idade, sexo e estatura.

Não dispondo de uma tabela, pode-se aplicar a regra simples de **Broca**.

Na regra de Broca, o peso ideal se aproxima ao nº de centímetros que excede em um metro de altura e se expressa em KG. Ex.:

- Um homem de 1.70m terá peso ideal em torno de 70 kg. Para o sexo feminino, subtrai-se 5% do valor encontrado. Ex.:
- Uma mulher de 1.60m terá peso ideal em torno de 57 kg.

Para calcular o peso máximo normal, soma-se 10% ao peso ideal.

Para o peso mínimo normal subtrai-se 10% ao peso ideal. Se o peso ideal é 50 kg, logo o peso mínimo normal seria 50.400 kg.

Se a altura e o peso da criança está muito abaixo ou muito acima dos limites normais o Agente terá que averiguar junto a criança e/ou junto a sua família, se ela está com algum problema ou outros distúrbios.

ACUIDADE VISUAL A visão é um dos sentidos mais importantes no ser humano.

Uma pessoa com deficiência visual é muito prejudicado em seu relacionamento com o sistema de vida.

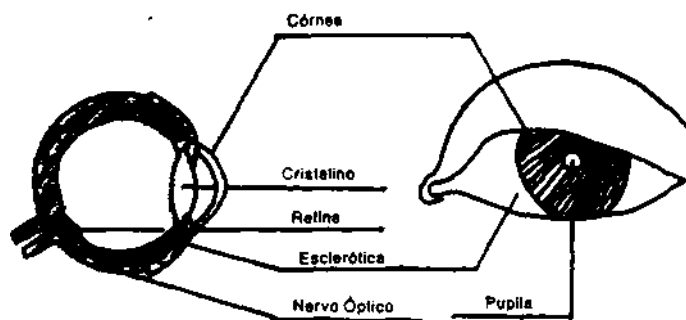
No nosso caso, ressalta-se a importância dos problemas visuais como causa das dificuldades no rendimento escolar e sua influência na formação da personalidade da criança.

A criança que apresenta deficiência visual não tem consciência desse problema. Assim toda criança que ingressar na escola deverá passar por um teste aplicado pelo Agente de Saúde de forma simples e econômica, porém capaz de identificar com precisão o aluno deficiente, como referência a exames médicos especializados.

Desta maneira, os problemas visuais detectados precocemente, previnem o desenvolvimento de quadros patológicos mais graves e irreversíveis no futuro.

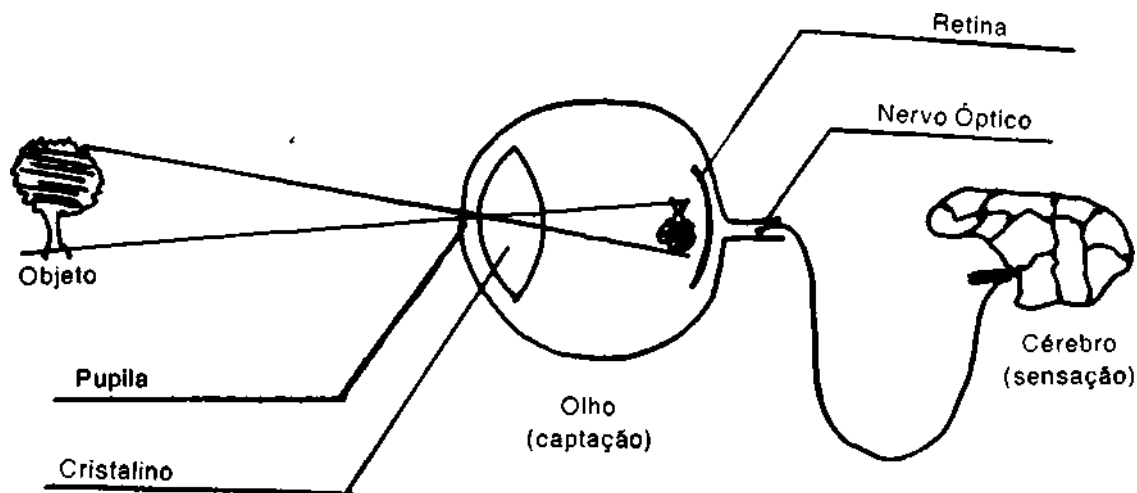
NOÇÕES SOBRE OS OLHOS

Os olhos funcionam como uma máquina fotográfica que capta a imagem luminosa do mundo exterior que será transmitida ao nosso cérebro onde então tomamos conhecimentos dos objetos à nossa frente.



Fonte - Marques AM Marcondes e Berquó e Prani & Yunes J. - Crescimento e desenvolvimento pubertário em crianças e adolescentes brasileiros - Altura e Peso - São Paulo - Ed. Brasileira de Ciências - 1982.

O raio luminoso penetra pela pupila-orifício no centro da córnea - passa pelo cristalino - urna lente que focaliza a imagem na retina - onde esta imagem é convertida em uma mensagem para o nervo óptico que a conduz até o cérebro.



DIREITO DE REFRAÇÃO

Quando a proporção entre grau desta lente e o tamanho do globo ocular não é normal, gera o que se chama defeitos de refração. Isto significa que a imagem pode não se formar sobre a retina.

MIOPIA:

O globo sendo mais longo, a imagem se forma aquém da retina. Antes de chegar a retina chega uma imagem desfocalizada. A pessoa neste caso é míope (tem miopia), possuindo dificuldade para ver de longe, mas, facilidade para ver de perto. Aperta as pálpebras para ver no quadro negro. Chega o livro muito perto do rosto.

O aluno se apresenta como deficiente para ver ao longe, mas pode ter facilidade de estudar no livro e sua compensação é maior, seu aproveitamento pode ser até o melhor da classe.

HIPERMETROPIA:

No caso inverso, o globo pode ser mais curto e a imagem formaria além, atrás da retina e do fundo do olho). Neste caso a lente (cristalino) pode mudar de forma e focalizar a imagem, se bem que a custa de esforço. Este pode ser maior, quanto mais perto estiver o objeto. Portanto a pessoa tem facilidade para ver ao longe e faz esforço para ver de perto.

ASTIGMATISMO:

A córnea que é a primeira lente do olho pode apresentar diferenças nos seus eixos de curvatura, isto é, pode ter seu meridiano horizontal com uma curvatura diferente do meridiano vertical. Se assim for a imagem fica distorcida, e neste caso o olho não consegue corrigir sua outra lente para compensar. Isto, mesmo em pequeno grau, causa pouca deficiência, mas grande cansaço para trabalho visual, dor, ardor, dificuldade à luz, lacrimação etc.

Estes são os defeitos básicos do sistema de lentes do olho. Defeitos que podem ser compensados com óculos, para tornar o portador capaz de atingir a eficiência visual para o trabalho ou estudo.

IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS VISUAIS DE ESTUDANTES:

Mesmo se apresentando como eficientes visuais pode-se encontrar alunos com outros sinais ou queixas que levam os professores e agentes de saúde a suspeitar da existência de problemas visuais.

PELO MODO DE AGIR:

- Esfrega os olhos com frequência
- Sensibilidade à luz
- Pisca excessivamente
- Aperta os olhos
- Inclina a cabeça quando firma a vista
- Chega perto para copiar do quadro
- Irrita-se facilmente.

PELA QUEIXA DA CRIANÇA:

- Não enxerga bem
- Visão atrapalhada
- Tontura e dor de cabeça

- _ Dor nos olhos
- Náuseas ao forçar a vista.

PELA OBSERVAÇÃO:

Olhos inflamados ou vermelhos _
 purgação _ pálpebras vermelhas -
 Lacrimejamento _ Estrabismo (olhos
 tortos) _ Terçóis freqüentes

DURANTE A LEITURA:

- Tem dificuldade para ler
- Para depois de certo tempo de leitura
- Segura o livro perto dos olhos ou muito afastado dos mesmos
- Perde o lugar na página
- Confunde letras, linhas e números.

NA ESCOLARIDADE:

- Falta de interesse nos trabalhos escolares
- Desatenção
 - Falta de habilidade no concentrar
 - Pouco aproveitamento e repetência.

CUIDADOS PARA PROTEGER A VISÃO:

Em geral, nas mãos existem microorganismos que podem infectar os olhos.

- Não esfregar os olhos com as mãos
- Usar lenços e toalhas individuais

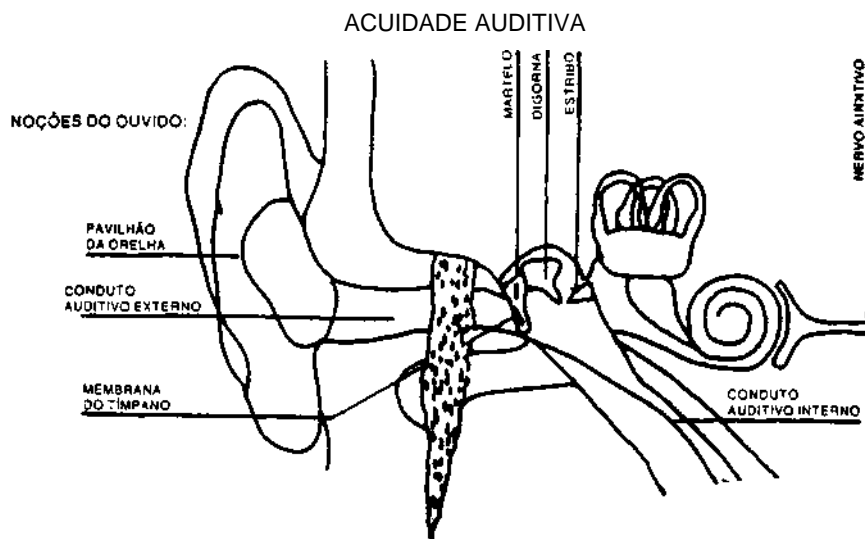
Também é preciso:

- Tomar cuidado com os objetos pontiagudos como lápis, tesoura, faca, para não ferir os olhos.
- Não ler ou escrever em veículos em movimento
- Não assistir a televisão com a sala totalmente escura, nem muito próximo do aparelho, e nem durante muito
- Evitar luz muito intensa ou muito fraca quando estiver estudando ou trabalhando;
- Consultar o oculista sempre que notar perturbação da visão ou nos olhos;
- Usar óculos somente sob prescrição médica;
- Manter uma postura correta durante a leitura.

TESTE DE ACUIDADE VISUAL:

O teste de acuidade visual, tem por objetivo selecionar os escolares portadores de possíveis problemas visuais. Sua aplicação é indicada como um pré-requisito para encaminhamento a exame oftalmológico.

Um bom resultado só será alcançado se o agente de saúde dominar perfeitamente a técnica de aplicação. Portanto, só inicie o teste quando tiver certeza de que o aplicará bem.



FISIOLOGIA:

O aparelho auditivo tem duas funções: audição e equilíbrio.

A audição se processa, com o som sendo coletado pelo pavilhão da orelha, penetrando no conduto auditivo externo, vibrando na membrana do tímpano.

Essa vibração passa aos ossículos (martelo, bigorna e estribo), que a transmitem ao ouvido interno e este ao nervo auditivo, que conduz o impulso nervoso até o cérebro onde então, tomamos consciência do som.

O conduto auditivo interno se abre na nasofaringe, que vem após o nariz, e a sua função é manter a mesma pressão atmosférica entre este e o conduto auditivo externo.

É comum quando a criança tem o nariz obstruído com secreção, também ter o conduto auditivo interno ocluído, o que leva a diminuição da audição e infecção do ouvido médio, que quando é muito forte, pode danificar a membrana do tímpano e o aparecimento de uma secreção purulenta, pelo conduto externo.

HIGIENE AUDITIVA:

- Limpar sempre o ouvido com algodão ou cotonetes limpos;
- Quando estiver resfriado ou gripado e o nariz estiver entupido, poderá fazer vaporização para desobstruir o nariz. Lembre-se que o nariz entupido, também entope o canal auditivo que vai causar a infecção do ouvido médio.

- Evite ambientes com barulho excessivo;

Nunca use objetos pontiagudos, para coçar ou limpar o ouvido. Isso pode furar o tímpano. SINAIS E

SINTOMAS ORIENTADORES DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA

- Dor de ouvido freqüente;
- Secreção com mau cheiro;
- Dificuldade de falar;
- A criança abre a boca quando falam para ela,
- A criança vira a cabeça em direção a fonte do som;
- Expressão no rosto de não haver entendido o que se falou;
- Rendimento escolar abaixo;
- Parece indolente;
- Nem sempre atende aos chamados;
- Fala muito alto ou muito baixo.

TESTES DE ACUIDADE AUDITIVA:

A boa audição é um fator que contribui para o bom desempenho do escolar. Was se ele apresentar qualquer problema na audição, esse bom desempenho será prejudicado.

Por isso, o agente de saúde, juntamente com o professor, deverão estar atentos para este problema, pois a diminuição da audição e a surdez, são bastante freqüentes na idade escolar.

O agente de saúde, deverá realizar rotineiramente, testes de audiometria. Como você não vai dispor de aparelhos apropriados na escola então fará testes muito simples, que não necessitam de aparelhos. É claro que não poderá fazer uma avaliação concreta, pois isso só um médico especialista pode fazer, mas você poderá detectar algum problema.

Como o trabalho a ser realizado envolverá uma população escolar grande, os testes serão realizados em etapas, envolvendo agentes de saúde e médicos.

ETAPA I.

O teste é realizado em termos globais, envolvendo todos alunos de uma classe. É aplicado pelo agente de saúde.

MÉTODO:

Primeiramente serão observados as condições do ambiente para a boa aplicação do teste, ou seja uma sala isenta de estímulos sonoros será ideal.

O agente de saúde deverá explicar bem aos alunos do que consiste o teste, sua finalidade, educando as crianças sobre o que é uma deficiência física.

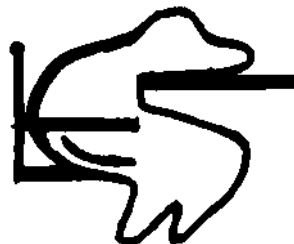
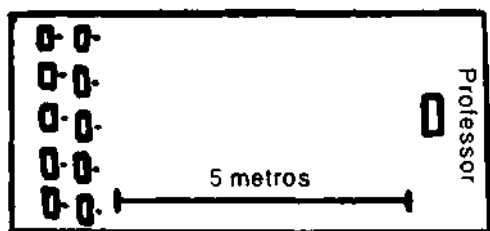
O AGENTE DEVERÁ:

- Verificar as condições de higiene do pavilhão auditivo;
- Conseguir o interesse e silêncio absoluto dos alunos;
- Conhecer todos os alunos pelo nome;

_ utilizar tom de voz normal;

_ Organizar a sala de modo que fique duas fileiras de 5 carteiras cada, no fundo da sala, a uma distância de 5m do professor, conforme esquema abaixo.

O agente chamará 10 crianças orientando-as a sentarem nas duas últimas fileiras, e para que coloquem os braços sobre a carteira e apoiem a cabeça sobre os braços, cobrindo os olhos e mantendo os ouvidos livres, como mostra o desenho.



A seguir chame os alunos pelo nome sempre em voz normal.

O aluno ao ser chamado deverá erguer a cabeça em sinal de que ouviu o chamado e em seguida voltar a colocar a cabeça sobre os braços.

O agente de saúde munido da ficha anotar se o aluno respondeu normalmente ao chamado.

Caso apareça algum aluno que não responda, não insistir seguidamente o seu nome, e sim intercalá-lo mais vezes entre outras chamadas.

Quando o agente já suspeita da deficiência auditiva em um determinado aluno, chamá-lo em 1º lugar e caso o mesmo não responda, intercalá-lo mais duas vezes entre outras chamadas. Caso não responda, aplique o teste da etapa II.

Em caso de dúvida ou interferência no decorrer do teste, repeti-lo em outro dia e/ou outro local, caso seja comprovado que o local não seja adequado.

Após o teste o agente de saúde deverá aplicar a Etapa II nos alunos suspeitos de deficiência auditiva.

ETAPA II:

O teste é realizado em termos individuais, atingindo apenas os alunos suspeitos de um problema de audição, detectado durante a Etapa I. É aplicado pelo agente de saúde que encaminhará os alunos suspeitos para o médico do Programa para que providencie o atendimento especializado.

O agente de saúde nesta etapa trabalhará com o aluno suspeito, comparando-o ao aluno considerado normal. TIPOS DE PESQUISA:

- Exame vocal
- Exame com relógio

O teste será aplicado em uma sala sem estímulos sonoros.

EXAME VOCAL:

O agente de saúde deverá ocluir o ouvido esquerdo do aluno suspeito com algodão e pedir ao mesmo que coloque a sua mão esquerda, sobre o ouvido esquerdo. O aluno deverá sentar ao lado do "Aluno controle" o qual não precisará ocluir os ouvidos. Esse aluno servirá de padrão e caso ele não escute é porque o agente de saúde está falando muito baixo.

O agente deverá marcar no chão a distância de 5m divididos em espaço de 1m.

Após certificar-se de que os dois alunos compreenderam o procedimento, se coloca a 5m de distância dos mesmos, solicitando que estes fechem os olhos e em voz baixa iniciar o teste.

Sempre que o aluno não entender a palavra, ir se aproximando a cada metro e assim que entender anotar a distância. Não aumente a voz. Pronuncie sempre em voz baixa.

EXAME COM RELÓGIO:

Com o auxílio de uma régua de 30cm. e um relógio de pulso, ir aproximando da orelha do aluno controle e quando ele identificar o ruído, observar a distância e anotar.

Repetir com o aluno problema, medir a distância e anotar.

Desobstruir o ouvido esquerdo e ocluir da mesma forma o direito e iniciar novamente as tarefas testando agora o ouvido esquerdo.

Os alunos que não ouvirem a voz na distância de 5m e/ou uma distância do relógio muito inferior ao do controle deverão ser encaminhados ao Posto de Saúde, acompanhado da ficha.

ETAPA III:

O exame clínico será feito pelo médico que encaminhará para o exame especializado-otorrino, caso seja necessário.

RESPONSÁVEIS:

Francisca Graciano Pinheiro - Enfermeira.

Solange Eleutério - Auxiliar Serviço Médico Hospitalar I.

DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Não se pode considerar a criança como um ser isolado, independente do ambiente que vive, mas também não se pode considerá-la um ser passivo, inteiramente fruto do ambiente; é do jogo de interações dinâmico e complexo destes dois fatores que dependerá a história da criança.

Para o bom desenvolvimento da criança se faz necessário certas condições. É necessário que receba afeto, que sinta segurança, que seja respeitada em sua individualidade, que tenha limites e ao tempo que seja estimulada em sua autonomia. Fatores que podem dificultar o desenvolvimento infantil ou mesmo resultar em distúrbio graves: desmame brusco, exigência de controle esfinteriano precoce (antes de 1 ano), rupturas entre a criança e o seu ambiente (internações prolongadas, sucessivos lares adotivos etc.). A rejeição e a super proteção também podem estimular o aparecimento de distúrbios emocionais na criança; como a agressividade, a submissão hiperatividade etc...

Dentro da população com o qual lidamos temos que estar atentos para a criança retardada ou com qualquer tipo de deficiência física, pois estas são mais suscetíveis a reagir com distúrbios comportamentais.

DISTÚRBIOS DO DESENVOLVIMENTO:

Desvio das normas de condutas conhecidas que uma criança em desenvolvimento apresenta em referência ao ambiente a que se relaciona, e com significação para si próprio. Nos primeiros anos, os estados de ansiedade da criança se manifestarão principalmente nas seguintes áreas:

1) Alimentação

Especialmente no 1º ano de vida, não é somente uma atividade nutritiva, mas também um contato com a mãe, de conforto e de prazer. É a partir dessas primeiras experiências boas de relacionamento que se formará uma sensação de bem-estar e confiança.

Os distúrbios mais comuns da alimentação são: anorexia, hiperfagia, e aberrações alimentares. Circunstância que devem ser observadas: exigências quantitativas ou qualitativas, ansiedade dos pais, clima emocional durante a refeição etc.

Anorexia ou inapetência (por inércia ou por oposição ou a recusa de certos alimentos em geral é uma maneira de reagir a um conflito na relação mãe-filho.

Hiperfagia ou obesidade - Aparece em geral em situações em que a criança se sente rejeitada, insatisfeita, tendo dificuldade em aceitar frustrações. A alimentação, equivalente de amor, passa a ser usada para compensar a carência afetiva.

Aberrações alimentares ou absorção de substâncias não nutritivas, indiscriminadamente (sabão, giz, carvão, etc.). Pode ser no caso da criança pequena, uma simples exploração do exterior.

Mas quando se torna persistente, após os 18 meses, pode corresponder a uma privação materna ou paterna. A coprofagia (ingestão de fezes), especialmente pode representar uma resposta a um comportamento hostil inconsciente por parte da mãe.

Sono

Os distúrbios mais comuns do sono são: insônia, medo, sono inquieto, pesadelos e terror noturno.

A insônia, ou dificuldade de conciliar o sono, quando não é um fato isolado, freqüentemente faz parte de um contexto familiar perturbado, sendo o sono o "campo de batalha" entre a criança e seus pais.

Os medos (do escuro, de bichos, de alguém debaixo da cama, etc), em geral são transitórios, desaparecendo na medida em que as crianças são respeitadas e apoiadas pelos pais. Rituais para adormecer podem representar o medo de mudanças, do desconhecido.

O sono inquieto, o pesadelo e o terror noturno em geral são expressão de um conflito. Se estes distúrbios não ocorrerem de maneira episódica, deve-se tentar determinar a causa. As vezes o problema será resolvido quando se puder compreender e solucionar o conflito familiar.

3) Motricidade

Os distúrbios mais comuns são: atraso ou perturbação da marcha, tiques, hábitos peculiares, hiperatividade. Os fenômenos motores e psíquicos estão relacionados, sendo o desenvolvimento motor de uma criança influenciado por suas experiências de vida, especialmente no que se refere às primeiras relações mãe-filho.

Atraso ou perturbações da marcha podem estar ligados à falta de estímulo (criança abandonada) ou à superproteção (criança impedida de treinar). O comportamento hiperativo com agitação, impulsividade, inquietação em geral acompanhado de tagarelice e dificuldade de atenção. Deve procurar observar a atividade da criança. A movimentação possibilita uma descarga de agressividade que é essencial para manutenção do equilíbrio emocional da criança.

Crises de agitação psicomotora são comuns nos primeiros anos de vida da criança; podem expressar um desejo, um pedido, uma comunicação. Em caso de agitação excessiva procurar ajuda especializada para obter um diagnóstico e tratamento adequado.

4) Controle esfincteriano

Os distúrbios mais comuns são: enurese e encoprese.

A enurese (diurna ou noturna) frequentemente está relacionada a tentativas precoces de controle esfincteriano vesical e preocupação obsessivas dos pais em relação à limpeza, ou à conduta ou então a ciúmes em relação aos irmãos. Medidas punitivas são contra-indicadas.

A encoprese (distúrbios do controle esfíncter anal) pode indicar distúrbios graves da afetividade (causados por carência afetiva, separação da mãe etc). As vezes melhora com uma maior atenção dos pais à criança. Outras vezes será necessário um tratamento psicoterápico, incluindo a família, que terá maior sucesso na medida em que os pais conseguirem relacionar o sintoma com o funcionamento familiar e não exclusivamente com a criança.

5) Linguagem

Como distúrbios mais comuns temos: mudez, atraso na linguagem, distúrbios da articulação (troca de letras), distúrbios da fonação (voz em falsete, voz monótona), distúrbios do ritmo (gagueira). Afastadas as causas auditivas ou neurológicas, os distúrbios de linguagem serão em grande parte relacionados a problema na comunicação mãe-filho.

A conduta com estas crianças deverá partir de um diálogo franco, sem reprimendas, levando-se em conta suas dificuldades de trocas afetivas.

6) Escolaridade

Os distúrbios da escolaridade mais frequentes são: insuficiente rendimento escolar, dislexias (dificuldades para leituras, escrita aritmética).

A instabilidade escolar pode aparecer em crianças que estejam passando por um momento de crise (separação dos pais, mudança de casa etc.) ou pode ser também que seja uma criança portadora de instabilidade neuronal. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado auxiliam muito na fase escolar.

O insuficiente rendimento escolar pode ter duas causas: a insuficiência intelectual e os distúrbios emocionais. Os distúrbios emocionais requerem terapia na maioria das vezes, associada à terapêutica da família.

As dislexias são dificuldades específicas para escrita, leitura ou aritmética. Quando a dificuldade persiste é importante uma caracterização das causas destes distúrbios individualmente.

Atualmente o processo fundamental para o tratamento das dislexias é o psicopedagógico, isto é, técnicas pedagógicas orientadas por psicologia clínica, visando a personalidade da criança.

RESPONSÁVEL:

Lenise Santana Borges - Psicóloga.

FORMAS ESPECIAIS DE DEFICIÊNCIA MENTAL

Existem diversas formas de deficiência mental e elas podem ser agrupadas de diversas maneiras, classificando-as como, por exemplo, em decorrentes de anormalidades cromossômicas, anormalidades genéticas e anormalidades ambientalmente determinadas.

1 _ Anormalidade cromossômica:

a- Dos autossomas

- mongolismo (moléstia de Down)
- trissomia dos cromossomas 13-15 (Patau)
- trissomia dos cromossomas 17-18
- síndrome "grito de gato"

b - Dos cromossomas sexuais

- síndrome de Klinefelter ou XXY
- síndrome de Turner ou XO

2 - Anormalidades genéticas

a - gens dominantes

- epilóia
- coreia de Huntington

b - gens recessivos

- fenilcetonúria
- galactossemia
- síndrome de Laurence-Moon-Biedl
- idiotia amaurótica familiar (Tay Sachs)

3 - Anormalidades Ambientalmente determinadas

a - Fatores pré-natais

b - Fatores natais

c - Fatores pós-natais

Mongolismo ou moléstia de Down é decorrente de trissomia do cromossoma 21 ou seja, existe 3 cromossomas 21 ao invés dos 2 cromossomas normais. Clinicamente aparecem, além de deficiência mental (em grau variável), alguns sinais físicos, tais como: crânio pequeno e arredondado, braquicelia com rosto e occiput achatados.

O rosto é de lua cheia sem os ossos proeminentes da raça mongol.

As formas das pálpebras são estreitas e tem uma inclinação para baixo e para dentro. Sendo freqüente uma dobra epicântica e estrabismo convergente. O nariz é achatado e as cavidades nasais e orais são pequenas, a língua é muitas vezes grande e pende fora da boca. As faces são rosadas e o cabelo é grosso, duro e ralo. As mãos são macias e moles, os dedos facilmente hiperextensíveis, o polegar e o dedo mínimo são pequenos demais e as dobras da Palma da mão são anormais.

Trissomia dos cromossomas 13-15, descrita primeiramente por Patau, além de grave deficiência mental, podem apresentar fenda palatina, defeitos do coração e dos olhos.

Trissomia dos cromossomas 17-18, descrita por Edwards, além da grave deficiência mental, apresenta dismorfia craniana, defeito cardíaco e outros problemas (anormalidades) cerebrais.

"Síndrome do grito do gato", descrita por Lejeune e Cols, em 1964, apresenta grave defeito mental e dismorfia craniofacial, além de choro miado.

"Síndrome de Klinefelter" causada pela presença de mais de um cromossoma X no homem, podendo ser XXY e XXXY, e clinicamente apresenta: aspecto masculino, esterilidade, atrofia de testículos, ginecomastia e outras indicações de feminização.

"Síndrome de Turner", causada pela dissolução do cromossoma Y ficando XO, com aparência do sexo feminino, desenvolvimento genital inadequado, esterilidade e outros.

Epilóia ou esclerose tuberosa que, além de deficiência mental, apresenta adenoma sebáceo, epilepsia e infertilidade.

Coréia de Huntington que apresenta epilepsia e movimentos coreicos (o que pode estar ausente na infância).

Fenilcetonúria é decorrente de erro inato do metabolismo e causa freqüente de deficiência mental ao nível de imbecilidade sem quadro clínico muito proeminente. Os principais aspectos são: Aparência loura ou inadequadamente pigmentada e com certa freqüência presença de sinais extrapiramidais, como hipercinesia, hipertonia muscular e movimentos coreo-atetósicos. A deficiência hidroxilação da fenilalanina (para transformar-se em tirosina) provoca uma alternativa lenta, na qual há conversão da fenilalanina em ácidos catônicos, principalmente ácido pirúvico (que dá reação de cor verde com o cloreto férrico, ao ser eliminado na urina). O primeiro aparecimento de ácido fenilpirúvico na urina não acontece antes da terceira semana após o parto. Se a criança for submetida a uma alimentação que contenha quantidade mínima de fenilalanina até os seis anos de vida, o desenvolvimento pode tornar-se quase normal.

Galactossemia é o aparecimento, ou melhor, o aumento do galactose na corrente sangüínea, decorrente da incapacidade metabólica de converter a galactose em glicose devido a ausência da enzima T-galactose-uridil-transfe-rase. As crianças parecem normais ao nascer, mas dentro de alguns dias começam a vomitar e daí em diante definhando, podendo aparecer hepatomegalia, ascite e edema.

A morte resulta de enfraquecimento e desnutrição e os sobreviventes não crescem como deveriam, sendo comum o retardamento e catarata. O diagnóstico é feito facilmente pela demonstração da galactose na urina e elevados níveis de galactose no sangue. A eliminação do leite e de todos os produtos que possam conter galactose pode permitir que a criança se desenvolva normalmente.

Síndrome de Laurence-Moon-Biedl que apresenta deficiência menos grave, retinite pigmentar levando à visão defeituosa, polidactilia, obesidade, hipogenitalismo, sem causa determinada.

Idiotia amaurotica familiar (doença da Tay Sachs) é uma degeneração do sistema nervoso central que pode começar nos primeiros meses de vida e seu desenvolvimento é normal até o aparecimento da doença. Há uma interrupção do desenvolvimento mental, fraqueza muscular e amaurose (cegueira).

Cretenismo é decorrente de hipotireoidismo e os primeiros sinais surgem aos 6 meses. A criança não cresce, tem uma cor amarelo acinzentada, lentidão nas reações, apatia, podendo nem mesmo mamar ou sorrir. A pele da face é flácida e enrugada, com inchaço nas pálpebras, lábios, mãos, pés e nuca. Farta cabeleira negra e dura.

CRIANÇA EPILÉPTICA OU DISRÍTMICA

a - Conceito: A epilepsia ou disritmia cerebral é uma doença de características eletroclínicas em qual suas crises são provocadas por descargas paroxísticas dos neurônios cerebrais de início súbito e evolução espontânea.

b - Etiologia: A epilepsia pode ser causada por fatores exógenos e algumas vezes por fatores não determinados que, provavelmente, estariam ligados à transmissão hereditária.

Herança: É a chamada epilepsia genuína, essencial ou idiopática, que existe na população geral na freqüência de 0,35% e sendo que gêmeos univitelinos chega a 86,6%.

Fatores exógenos: Também chamada sintomática, podendo ter diversas causas, tais como: aumento de pressão intracraniana, intoxicações, processos inflamatórios do cérebro e meningites, certas enfermidades cerebrais degenerativas, traumatismo crâneo-encefálicos e tumores cerebrais.

c - Sintomatologia e formas clínicas: Na infância podemos perceber todos os quadros clínicos decorrentes de epilepsia, sendo os mais comuns o grande mal ou convulsivo generalizados, a tríade do pequeno mal, as crises vegetativas e as alterações de caráter.

1 - Generalizadas:

- Convulsiva generalizada ou crise tônico-clônica do grande mal: caracterizada por aura, espasmo tônico, abalos clônicos e manifestações vegetativas (sialorréia, descontrole esfíncteriano e dos vasos sangüíneos) e finalmente o coma pós-ictal e obnubilação de consciência. Poderá ocorrer, em alguns casos, que a pessoa não recupere consciência e apresente crises convulsivas uma atrás da outra, configurando o denominado "estado de mal epiléptico" ou crises convulsivas subentrantes, não raro fatais.

- Tríade de pequeno mal epiléptico: Que pode se manifestar por ausência, pequeno mal mioclônico e pequeno mal amioclônico.

2- Parciais ou focais;

-Crises bravais-jacksoniana

- Crises vegetativas: que poderão ser semiologia simples (vegetativas, enurese, vaso motora, e outras) e de semiologia complexa (taquicardia, hipertensão arterial, dispnéia, etc).

- Automatismos: estados crepusculares

- Alterações de consciência: jamais vu e deja vu.

- Epilepsia psicomotora: foco temporal.

3 _ Distímia: alterações do humor sem motivos aparentes, geralmente breve e matinal.

4 _ Alterações do caráter: geralmente com evolução mais longa podem surgir alterações de caráter, tais como: lentidão de pensamento, detalhismo e prolixidade, perseveração, viscosidade e explosividade ou fácil irritabilidade.

5 _ Demência: em casos crônicos é relativamente comum uma demenciação ou diminuição do rendimento intelectual em diversas intensidades.

6 - Psicose: quadros psicóticos, a maioria das vezes, esquizomorfos.

7 _ picnosepsia: forma rara, crianças de 4 a 12 anos sem perda total da consciência e somente com movimentos automáticos ex: arrancar cabelos, 5 a 10 segundos de duração.

I-CRIANÇA PSICÓTICA

Na infância pode haver o aparecimento de quadros psicóticos os mais diversos, como, por exemplo, os estados de alteração de consciência com delírios nos estados febris, os quadros confusionais na meningo-encefalite, psicose maniaco-depressiva, e outras. A maioria dos quadros na infância tem as mesmas características e sintomatologia dos adultos, mas poderemos destacar como quadros especiais na infância aqueles que surgem na esquizofrenia, demência infantil (doença de Heller), demência precocíssima (de De Sanctis) e autismo infantil de Kanner.

1.1 - ESQUIZOFRENIA NA INFÂNCIA

A - Conceito: segundo Eugen Bleuler, "esquizofrenia é um grupo de psicoses cujo curso é às vezes crônico e às vezes está marcado por ataques intermitentes e que pode deter-se ou retroceder em qualquer etapa, porém que não permite uma completa restituição ad integrum. A enfermidade se caracteriza por um tipo específico de alteração do pensamento, dos sentimentos e da relação com o mundo exterior". Segundo Honório Delgado "esquizofrenia" é uma psicose endógena freqüente e grave, caracterizada principalmente pela desorganização da mente, com variados sintomas psíquicos e somáticos e com uma evolução geralmente progressiva, que em alguns casos chega a deterioração.

B - Etiologia: Não existe uma definição quanto a etiologia da esquizofrenia, mas os aspectos hereditários, da personalidade pré-mórbida, e constituição são freqüentemente relacionadas à esquizofrenia como aspectos etiológicos. A hereditariedade mostra que se na população geral existem esquizofrênicos na proporção de 0,9 para 100, quando um dos pais é esquizofrênico a proporção de ter um filho esquizofrênico aumenta enormemente para 16,4% e se os dois pais são esquizofrênicos esta proporção chega à 39,2%. Quando um dos irmãos é esquizofrênico a proporção de outro seja também é de 14,2% e em casos de gêmeos univitelinos chega a 86,2%.

Quanto à personalidade pré-mórbida percebe-se que 50% dos casos são de personalidade esquizóide. Quanto a constituição corporal encontra-se que 100 esquizofrênicos 50,3% são leptossômicos.

C - Quadros clínicos: Na infância raramente se pode observar os clássicos quadros clínicos encontrados nos adolescentes e adultos, ou sejam os quadros ou formas clínicas das esquizofrenias simples, hebefrênica, catatônica e paranóide. Na infância podemos dividir em esquizofrenia de início súbito e de início insidioso, sendo os quadros clínicos na infância pouco elaborados havendo predominante distúrbios do pensamento da sociabilidade e da conduta.

D - Sintomatologia: Os principais aspectos sintomatológicos são: a) diminuição do interesse pela realidade de sua vida diária; b) conduta esquisita, estranha e bizarra em relação ao que demonstrava, passando muitas vezes a simplesmente rejeitar alimentos ou a ficar em mutismo; e) perda do contato com o mundo real e a viver em um subjetivo; d) interesse por problemas muito abstratos (origem do universo, a personalidade das pessoas, etc.) e sentimento de transformação corporal e alterações da sensopercepção e imaginação; f) a atenção para fatos exteriores não é afetiva e nem existe concentração, embora exista uma exacerbação da memória que pode facilmente ser percebida através dos cubos de Kohs; g) embotamento afetivo; h) respostas não proporcionais às situações desencadeantes sendo algumas vezes frias e outras vezes intensas, porém aparentemente motivadas; i) volição diminuída ou algumas vezes negativismo (fazer o contrário do proposto), neologismos, ecolalia (eco para aquilo que se fala) e verbigeração (repetição de determinadas palavras); j) estar usando (após os 3 anos de idade) o próprio nome na 3ª Pessoa e l) adotar posturas extravagantes. Além destes poderão existir diversos outros sintomas decorrentes do retraimento geral do interesse pelo ambiente, do bloqueio afetivo e do pensamento.

1.2 - AUTISMO INFANTIL DE KANNER

Conceito: Kanner em 1930 descreveu diversos casos de crianças que apresentavam quadros semelhantes à esquizofrenia mas, pelo fato de não perceber desagregação mental, não a quis incluir como sendo esquizofrenia. As crianças eram como se fossem surdo-mudas.

Sintomatologia: Os principais sintomas presentes são a dificuldade de socialização (como se houvesse um desconhecimento do ambiente), perturbações da linguagem (não expressando em palavras sim ou não seus sentimentos, dificuldades na colocação de preposições com dificuldades de formar sentenças, utilizar a 3ª pessoa em lugar da 1ª), tendência ao isolamento e algumas vezes com obsessivo desejo de manter este auto-isolamento (sentin-o-se bem quando está sozinho, dando impressão de ser auto-suficiente).

1.3 - DEMÊNCIA INFANTIL OU MOLÉSTIA DE HELLER

A demência infantil ou moléstia de Heller se caracteriza por surgir em torno do 4º ano de vida e apresentar inicialmente um quadro de negativismo com resistência às solicitações, choros e birras repentinas e injustificáveis, demonstrando grande ansiedade que é seguido por um período de normalidade (inclusive brincando normalmente) e posteriormente novo período semelhante ao inicial. A evolução do quadro irá progressivamente levando ao mutismo com quadro deficitário de inteligência (semelhante a idiotia), a regressão motora, com aparecimento de tiques e descontrole esfinteriano, e após 2 anos (a partir dos sintomas iniciais) a criança falece. Percebe-se em exames anáto-mo-patológicos presença de lesões neurológicas ou melhor alterações lipoidicas em extensões variadas.

1.4 - DEMÊNCIA PRECIOSÍSSIMA DE SANCTIS

Entre 1905 e 1908 De Sanctis, na Itália, descreveu e reuniu em grupo diversos casos que supunha serem decorrentes de lesões cerebrais mas com sintomatologia semelhante à esquizofrenia. As crianças observadas eram crianças, com desenvolvimento normal ou retardado, que apresentavam mudanças bruscas de condutas, às vezes, até no quarto ano de vida. Os sintomas principais eram: catatonia, maneirismo, estereotípias, negativismo, crises de birra, perturbações afetivas, perturbações de linguagem, deterioração intelectual, mas, embora também decorrentes de lesões cerebrais, não apresenta a característica mortal da doença de Heller.

II - CRIANÇA DELINQUENTE

a - Conceito: Delinquência é a transgressão às leis normativas de um determinado lugar, por pessoa de idade abaixo de uma determinada e definida idade (16,18 ou 21 anos). O mesmo ato praticado após esta idade chama-se crime. Deve existir a consciência de ato errado.

b - Tipos de delinquência: roubo, fugas, vandalismo, mentira, desobediência, faltar às aulas (cabular).

c - Incidência: A delinquência é mais freqüente em zonas urbanas, em bairros mais populosos, favelas e ocorre com mais freqüência em pessoas de sexo masculino mais pobres.

d - Fatores predisponentes:: Os fatores que comumente predis põem à delinquência são decorrentes de:

- Personalidade: neurótica, psicopática e psicótica.

- Ambiente: guerra, migração.

- Família: afastamento dos pais

- Sócio-econômico: dificuldades de "sobrevivência" e "conveniência".

- Causas: As mais diversas causas que podem levar a criança à insegurança podem também levá-la à delinquência, tais como:

- Restrição e severidade exageradas por perfeccionismo neurose (obsessivo ou fóbica) ou insegurança dos pais.

- Tolerância excessiva por sentimento de culpa (rejeição anterior), imaturidade ou indecisões dos pais.

- inconstâncias educacionais

- desavenças educacionais.

Algumas causas são mais ligadas à criança, tais como:

- Sentimentos de insegurança

- Como forma de buscar atenções (carinho)

- "Defesa" de rejeição sentida

- Vingança e desejos de poder.

RESPONSÁVEIS:

Luiz Ladgero Pires - Médico Psiquiatra.

SEXUALIDADE

A necessidade de se discutir a sexualidade de forma clara e acessível a todas as pessoas de todas as idades é incontestável, por que nela (na sexualidade) se inserem conceitos de vida e de prazer que são por si só fundamentais pra uma existência saudável no mundo.

O sexo com suas funções básicas de reprodução e de fonte de prazer, sofre com sua "virtude" ou "defeito" de ser pouco debatido de forma ampla e honesta. O que sempre dificultou os debates, foram velhos e antigos tabus e preconceitos moralistas, que são aprendizados empíricos da tradição de cada povo; por isso são taxados de verdades que não devem ser questionados. Um orientador sexual escolar deveria ter como princípios básicos, jamais impor seus valores, estimular a discussão sobre os valores de cada um e o respeito aos alheios, fazendo com que o debate aprimore e enriqueça a vida psíquica do indivíduo: Debater é o mais importante. As crianças e adolescentes sempre tem algumas informações sobre a sexualidade, mas mesmo assim o orientador não deve jamais superestimá-los, ocorre com frequência erros, casos que perturbam a evolução de futuras discussões. Uma explanação prévia da parte biofisiológica dos aparelhos reprodutores ao menos servirá para que o grupo fale uma mesma linguagem. Não existe um sexo biologicamente superior ao outro. Na verdade os seres humanos pertencem ao mesmo grupo biológico e tem uma grande quantidade de semelhanças que lhes possibilitam a identificação entre si como membros do mesmo grupo. As diferenças que há entre os sexos são devidas ao fato de que a nossa é uma espécie sexuada. A reunião dessas funções exclusivas de um e de outro sexo leva a reprodução da espécie, excetuando as funções exclusivas e os órgãos correspondentes a elas. Os indivíduos de um e de outro sexo, do ponto de vista biológico, são mais parecidos que diferentes.

Sob o aspecto da sexualidade como fonte de prazer, mesmo os órgãos exclusivos de cada sexo atuam de forma parecida. A resposta sexual, resultado da estimulação dos órgãos dos sentidos, do pensamento da imaginação e da fantasia (excitação sexual) e que pode resultar em uma série de contrações rítmicas acompanhadas de uma sensação prazerosa característica, seguida de relaxamento muscular e bem-estar difuso (orgasmo), é na sua essência igual nos dois sexos.

BIOLOGIA DOS ÓRGÃOS SEXUAIS

Genitais Masculinos:

a) Externos

Escroto - Saco de pele que contém os testículos, os epidídimos e uma parte dos canais diferentes.

Testículos - Órgãos ovóides em cujo interior realiza-se a espermatogênese. Também produzem um grupo de substâncias chamadas hormônios sexuais masculinos ou andrógenos. Dentro deste grupo de substâncias a mais conhecida é a testosterona. Estes hormônios são responsáveis pelo aparecimento e manutenção das características masculinas.

Pênis - sua forma é cilíndrica e num dos seus extremos estreita-se e arredonda-se, adquirindo a forma aproximada de um morango ou de uma castanha (bolota) de carvalho. Seu tamanho é extraordinariamente variável, pois é um órgão coberto por uma pele muito elástica e tem uma estrutura extensível (os corpos cavernosos), o que possibilita que o seu tamanho diminua ou aumente e até fique ereto. Um dos três corpos cavernosos do pênis, o chamado corpo esponjoso, é percorrido pela uretra, que é um conduto pelo qual sai urina ou sêmen.

Glande - É a extremidade arredondada do pênis (bolota de carvalho", em grego) onde a pele é macia e a sensibilidade é maior. A pele que cobre a glande do pênis é conhecida como prepúcio.

Se este for muito estreito, a glande não pode ser descoberta, especialmente quando o pênis aumenta seu comprimento, causando dor e inflamação. Esta situação é chamada "fimose" e precisa ser resolvida através de uma cirurgia muito simples que consiste em eliminar o prepúcio. Tal operação é chamada circuncisão, praticada entre alguns grupos (judeus e muçulmanos) por razões religiosas. O pênis contém muitas terminações nervosas, especialmente na glande; quando é estimulado tátilmente, o indivíduo experimenta sensações muito intensas, quase sempre Prazerosas, e se apresenta uma reação de congestão sangüínea nos corpos cavernosos, fazendo com que suas dimensões aumentem e o pênis fique ereto.

Epididimo - Os espermatozoides produzidos nos testículos deverão chegar até a uretra através de um sistema

de canais. O epididimo é o primeiro trecho de canal onde os espermatozóides ficam armazenados, amadurecendo até o momento da expulsão, pela ejaculação.

Canais deferentes - São canais que levam os espermatozóides dos testículos, onde foram produzidos, até a uretra. Situados um de cada lado, os canais deferentes sobem desde o escroto e atravessam a parede do abdômen na região da virilha.

b) Internos

Depois de contornarem a bexiga, os canais deferentes estreitam-se e se juntam com os dutos das vesículas seminais. Forma-se então um canal único de cada lado, que atravessa a próstata: os condutos ejaculadores que, finalmente, desembocam na uretra. As vesículas seminais produzem parte das secreções que acompanham os espermatozóides, constituindo o sêmen.

Próstata - É uma glândula com a forma e tamanho aproximados de uma castanha. Encontra-se imediatamente por baixo da bexiga e é atravessada pelos condutos ejaculadores e pela uretra, razão pela qual as secreções prostáticas, que virão a fazer parte do sêmen, são depositadas diretamente no interior da uretra no momento em que os espermatozóides e as secreções das vesículas seminais também estão sendo levados até ali pelos condutos ejaculadores.

Glândulas de Cowper ou bulbos uretrais - Estas glândulas são duas estruturas arredondadas e um pouco maiores do que uma ervilha pequena. Encontram-se dos lados da uretra, um pouco acima do ponto no qual esta inicia seu percurso dentro do corpo esponjoso do pênis. Como parte da resposta de excitação sexual, produzem uma secreção que lubrifica a uretra e a prepara para a passagem do sêmen. Além destas duas glândulas, existem muitas outras menores que a cabeça de um alfinete e que também produzem secreções que lubrificam a uretra. Todas estas secreções lubrificantes podem ser observadas como gotinhas que aparecem no início da excitação sexual e que têm uma consistência que lembra a de clara de ovo. Embora estas secreções não façam parte do sêmen propriamente dito, é importante lembrar que podem conter espermatozóides, ainda que a ejaculação não tenha acontecido.

Genitais Femininos

a) Externos

Vulva - O conjunto de órgãos genitais externos na mulher é denominado vulva. As estruturas que formam a vulva são: Os grandes lábios são duas dobras da pele, que formam imediatamente por baixo do tecido adiposo que cobre o osso chamado púbis (a proeminência formada por este tecido é chamada Monte de Vênus) e se juntam um pouco por cima das margens do ânus).

Os pequenos lábios - São também duas dobras de pele muito delgada (como a que cobre as narinas ou gengivas). Encontram-se imediatamente por dentro dos grandes lábios.

O clitóris - É um órgão que se encontra parcialmente coberto pelos dois pequenos lábios, quando estes se juntam por baixo dos grandes lábios sob o Monte de Vênus. É bem pequeno e sua forma lembra a da borracha de ponta de lápis.

O clitóris é coberto por uma pele muito fina e elástica. Na sua estrutura interna contém dois corpos extensíveis, os corpos cavernosos que, quando se enchem de sangue, aumentam de comprimento e diâmetro. O clitóris contém uma grande quantidade de terminações nervosas que fazem este órgão extraordinariamente sensível à estimulação direta e indireta (por exemplo, quando os movimentos dos pequenos lábios roçam sua superfície), desencadeando na pessoa sensações prazerosas e reações de excitação sexual. Sob o clitóris encontra-se um pequeno orifício. É o meato da uretra, por onde a urina é excretada.

Vestíbulo ou intróito vaginal - Muitas pessoas chamam a vulva de vagina. Realmente na vulva só se encontra a entrada da vagina, localizada imediatamente por baixo do meato da uretra e por cima do ânus. Em muitas mulheres existe uma estrutura, constituída pelo próprio tecido do intróito vaginal que, formando uma prega, fecha parcialmente a entrada da vagina. Seu nome é hímen, e muitas pessoas acreditam que sua presença seja sinal de que a mulher nunca teve um encontro sexual com penetração do pênis na vagina. Realmente esta generalização não é correta, pois o hímen pode faltar em mulher que nunca tenha tido um encontro deste tipo e pode existir em mulheres que já o tiveram.

b) Internos

Vagina - É um canal muscular e elástico localizado entre a uretra e o ânus. Habitualmente suas paredes permanecem em contato estreito, fazendo com que desapareça sua cavidade. Mas, em consequência da excitação sexual, seu comprimento e sua largura aumentam, o que faz com que as paredes se afastem e se manifeste a cavidade vaginal. Também como consequência da realidade de excitação, as paredes vaginais produzem uma secreção que a lubrifica. Devido à elasticidade que a caracteriza, é também o canal do parto, permitindo a passagem do feto, sendo que, habitualmente seus tecidos ficam deteriorados.

Útero - É um órgão muscular oco, revestido no seu interior por uma camada chamada endométrio, onde o embrião se aninha. Se não houver implantação embrionária, este tecido é descartado no processo chamado mens-

ação. seu tamanho aumenta conforme a gravidez avança, e as poderosas contrações das suas paredes musculares expulsam o feto durante o parto.

Trompas de Falópio - São dois condutos que ligam o útero aos ovários. Transportam os óvulos que foram liberados na ovulação pelo ovário. Os espermatozóides viajam à procura do óvulo até as trompas, onde se dá o encontro. Se a fecundação acontecer, o zigoto caminha pela trompa até o interior da cavidade uterina para ali se implantar.

Ovários - Dois órgãos do tamanho e forma de uma amêndoa. Neles acontecem formação e o amadurecimento das células sexuais femininas (óvulos). Também produzem uma série de substâncias de natureza hormonal que passam o sangue, produzindo uma série de mudanças no corpo feminino. Os hormônios chamados estrôgenos são responsáveis pelo aparecimento de caracteres sexuais femininos, como crescimento dos peitos e alargamento das cadeiras. O hormônio chamado progesterona é produzido pelo ovário logo depois da liberação do óvulo pelo ovário (ovulação), produzindo uma série de mudanças no organismo feminino, preparando-o para a gravidez que poderá vir a acontecer se a fecundação se realizar.

FISIOLOGIA DOS ÓRGÃOS SEXUAIS Sexo

masculino:

1 - Produção de células sexuais (espermatogênese)

2 - A emissão destas células sexuais amadurecidas (chamadas espermatozóides) para o exterior, o que é chamado de ejaculação.

Os espermatozóides são ejaculados conjuntamente com secreções produzidas por outros órgãos do aparelho reprodutor masculino (próstata, glândula de Cowper). A mistura destas secreções com os espermatozóides é chamada sêmen. As vezes o rapaz pode ejacular dormindo, sem nem mesmo perceber. Este fenômeno, que é normal chama-se polução noturna.

3 - Depósito de sêmen dentro da vagina da mulher (inseminação).

Sexo Feminino:

1 - Produção e amadurecimento de células sexuais (ovogênese).

2 - A liberação de células sexuais amadurecidas (óvulos) pelas trompas (ovulação).

3 - Se uma fecundação acontecer, o organismo feminino sofre uma série de adaptações decorrentes da implantação do produto dessa fecundação (zigoto), no interior do útero e ao longo de processo de desenvolvimento pré-na-tal. Este conjunto de processos é chamado gravidez.

4 - Expulsão do produto da concepção quando atinge maturidade biológica para manter vida independente (parto). Se houver alterações graves no produto ou no organismo materno o produto poderá ser expulso ainda que imaturo (aborto espontâneo).

5 - Expulsão da camada interna que reveste o útero (endométrio), se não houver implantação de um zigoto (menstruação).

6 - Formação e secreção do leite para alimentação do recém-nascido.

Obs.: A mulher já nasce com os ovários contendo 400.000 óvulos na metade do caminho do amadurecimento. Na puberdade o amadurecimento começa a se efetuar em alguns destes, mas somente um atinge a maturação total. O processo se repete de 28 em 28 dias, até perto dos 50 anos de idade, quando o estoque de óvulos se esgota terminando a capacidade reprodutiva das mulheres, mas não sua capacidade de desfrutar sua vida sexual.

A 1ª menstruação se chama menarca e a última menopausa. A menarca ocorre durante a puberdade, período entre 10 e 15 anos de idade.

A época que ocorre a menopausa chama-se climatério, por volta dos 50 anos.

PAPÉIS SEXUAIS

O homem, é um ser fundamentalmente social, isto é, poucos são aqueles que suportam viver exclusivamente sós. A vida comunitária, é uma faca de dois gumes, pois exige "deveres" a serem cumpridos a risca. No nosso meio, exageradamente consumista, são "vendidos" padrões de conduta, cultura, beleza difíceis de serem "compradas". Com isso os adolescentes, fase da vida extremamente frágil pelas diversas mudanças que ocorrem no corpo e na mente, entram em conflito com a mesma facilidade como arranjam cravos e espinhas.

Costumes e hábitos de cada povo, estabelecem características essenciais de conduta para cada sexo, que se transgredido, logo são castigados ou largados no ostracismo.

Homem: Fortes, corajosos, independentes "Machos" livres, viris, predadores sexuais etc.

Mulheres: frágeis, protegidas, dependentes, "Femininas" submissas, santas, virgens etc.

São fatores que devem ser questionados, pois as vezes não se encaixando, pode, o adolescente, se sentir perdido, inconformado com sua aparência e conduta. O respeito pela individualidade de cada um, e a derrubada de condutas, tipo "branco no preto", são fundamentais para uma evolução psíquica saudável.

A igualdade de direitos e responsabilidades sexuais e condição "sine qua non" para uma vida sexual madura e feliz.

A MASTURBAÇÃO E O DESENVOLVIMENTO PSICO SEXUAL

A criança brinca com seu próprio corpo desde pequena. Explora cada parte dele e, por vezes, se detém nos genitais. Descobre que o corpo é fonte de prazer e gosta das sensações que obtém. Estas experiências precoce serão a base de uma sexualidade sadia, no futuro.

Quando os pais ou adultos que cuidam da criança compreendem esta auto-exploração e sabem lidar, sem re-preensão, não irão criar a imagem de que o sexo é uma coisa feia ou suja. O menino é severamente repreendido, tal vez porque a manipulação do genital seja mais visível, já que o pênis é um órgão externo. A menina pode sofrer uma repreensão mais forte, por toda a imagem de "mulher" já definida pela sociedade, mas parece que muitas mães preferem não ver ou interpretar de outra maneira os comportamentos das meninas dirigidos à manipulação dos genitais ou à busca de prazer com seu corpo.

A repressão social se dá de muitas formas, desde o ralhar ou bater na criança até os comentários do tipo "Isso é feio, não se faz". "Uma menina não se comporta assim", etc.

E ela se sustenta pela desinformação e pela difusão de preconceitos: masturbar-se dá espinha, faz crescer os seios nos meninos, deixa a pessoa doente, provoca esterilidade etc.

Geralmente a criança cresce com a noção de que há algo errado na manipulação de seu próprio corpo. Mas é comum continuar a auto-estimulação, agora às escondidas. É freqüente aprender com os irmãos mais velhos ou com os colegas da mesma idade a obter orgasmo através da masturbação, geralmente recorrendo simultaneamente a revistas ou fotografias eróticas. Entre as meninas a prática da masturbação demora mais a se desenvolver, provavelmente porque a repressão sexual é maior e os caminhos de descoberta e de informação lhes são muito mais ou, na adolescência, com o namorado. Na adolescência a masturbação surge como uma das formas que o adolescente utiliza para aliviar tensões e buscar prazer. É mais freqüente quando o jovem se sente inseguro pelas transformações físicas e psicológicas de seu organismo.

A masturbação pode, também, ser um sintoma de conflitos não-sexuais. O indivíduo pode usar a masturbação como um canal para o alívio de tensões decorrentes de conflitos na escola, com os amigos, na família ou trabalho. A prática freqüente da masturbação pode, efetivamente, encobrir dificuldades no contato afetivo e social com os outros que evidenciam algum tipo de conflito interno.

Trata-se, neste caso, de lidar com estes conflitos e não condenar a masturbação. A masturbação em si não é problema, mas as vezes é utilizada como escape que pode funcionar para compensar dificuldades no plano psíquico.

Da mesma forma, as fantasias que acompanham a prática masturbatória poderiam nos dar indícios do equilíbrio psíquico do indivíduo, se pudéssemos ter acesso a elas. Alguém que, para excitar, necessite imaginar situações sádicas ou agressivas, estaria demonstrando sinais de algum tipo de perturbação no seu contato com o outro.

HOMOSSEXUALIDADE

A homossexualidade é uma disposição ou comportamento em que uma pessoa tem preferencialmente atração por outra pessoa do mesmo sexo. Não quer dizer que os homossexuais quase sempre são "afeminados", enquanto as homossexuais quase sempre são "masculinizadas" ou adotam um papel passivo ou ativo. Não é verdade tampouco que são homossexuais porque nasceram assim ou que a principal causa é o desequilíbrio hormonal. A criatividade ou jeito especial para as carreiras artísticas não são sinais de homossexualidade.

1ª RELAÇÃO SEXUAL:

Tudo tem sua primeira vez, o relacionamento sexual não é uma exceção deste fato. Qualquer ato feito sem prévio conhecimento do seu mecanismo de ação, tende a ser mal feito, mal compreendido.

A mesma sociedade que "silencia" sobre informações relativas ao sexo, faz exigência quanto ao papel sexual de cada um. Do rapaz é exigido uma atitude precoce para comprovar sua virilidade. Da moça duas correntes opostas: uma exige a virgindade até o casamento e a outra a contradiz integralmente.

Não existe nenhuma alteração física no rapaz que teve a sua 1ª relação sexual. O mesmo não é freqüente nas moças, pois existe uma membrana (hímen) que recobre parcialmente o entroito vaginal, que poderá se romper e sangrar com o 1º intercurso. (Atenção ao fato de poder romper e sangrar, pois certos hímens são poucos salientes, ou flexíveis (complacente) e não se rompem).

ANTICONCEPÇÃO

É a atitude de impedir que ocorra a gravidez. Estas atitudes são tomadas por casais que não desejam ter filhos. No ato sexual, são diversos os métodos de anticoncepção, e todos eles são de responsabilidade do casal. O conhecimento prévio do método que se ajusta a um determinado casal, poderá dar mais segurança quanto ao fim desejado. O método ideal seria aquele que fosse 100% seguro, de fácil manejo, ausente de efeitos colaterais.

Até o momento não existe nenhum que alcance todas essas necessidades em conjunto.

Uso Masculino:

Coito interrompido, camisa de vênus, vasectomia.

Uso Feminino:

Tabela, umidade vaginal, temperatura basal, D.I.U., Diafragma, géleia espermicida, pílula, laqueadura tubária.

ABORTO

Quando se apresenta uma alteração doentia no produto da fecundação ou órgão de recepção (útero) deste produto, automaticamente se efetuará a expulsão do mesmo (aborto espontâneo). Ocorre também, que o produto da fecundação às vezes, por não ser aceito pelos pais, (devido a diversos problemas como dificuldade financeira, na responsabilidade paterna, estupro, risco de morte da mãe etc.). Leva-os a promover então o aborto provocado, que na maioria dos casos é ilegal, e sujeito a penalidades cabíveis.

Por esse motivo, na sua grande maioria eles são efetuados de modo clandestino sob preços altíssimos, sem as condições mínimas necessárias de aparelhagem e locais, levando a riscos de infecção e morte das mulheres que a ele se submetem.

Mas mesmo assim se apresentam com altos níveis estatísticos:

Métodos empregados são:

- Sonda
- Curetagem
- Sucção
- Infusão hidro-salina

- Microcirurgia.

RESPONSÁVEL:

Antônio Raimundo G. da Frota Neto - Médico Psiquiatra.

SANEAMENTO

A saúde de uma população depende da qualidade de água que utiliza, do destino dos dejetos e das soluções para eliminar o lixo, enfim, do saneamento básico a nível da comunidade e do saneamento domiciliar a nível das famílias.

Para a "International Foundation" "saneamento é um modo de vida, é a qualidade de viver, expressa em condições de salubridade, com escola limpa, casa limpa, vizinhança limpa, comércio e indústria limpos e (fazendas limpas). Sendo um modo de vida, deve vir do povo, ser alimentado pelo saber e crescer como um ideal e uma obrigação nas relações humanas."

Os ensinamentos contidos nessa definição são aplicáveis tanto às grandes concentrações urbanas quanto às pequenas comunidades rurais, através da conjugação de esforços entre instituições públicas e a população.

Desde que a comunidade esteja convencida de que tais proposições são verdadeiras e requerem a participação de todos os seus componentes, sem dúvida, estarão prontos a participar ativamente na busca de soluções. Entretanto, a participação dos membros da comunidade não deve restringir-se apenas a parte de execução das atividades, mas sim, na determinação das prioridades, no planejamento, na execução, no acompanhamento e na avaliação, ou seja, devem participar integralmente de cada etapa do processo.

Os êxitos sanitários, sociais e econômicos obtidos com o saneamento refletem a implantação de soluções adequadas à realidade local. Muitas obras de saneamento sofrem soluções de continuidade por não levar em conta os hábitos e costumes da população, ou por não conseguirem a adesão desta.

Portanto, a responsabilidade pelo saneamento é de todos: da equipe de saúde, dos estagiários, dos professores em todos os graus, do governo, enfim, da comunidade como um todo.

ABASTECIMENTO DE ÁGUA

A água é um elemento indispensável à vida. Origina-se das chuvas e se encontra na superfície da terra formando rios, lagos, açudes e, no subsolo, formando os lençóis de água - lençol freático geralmente raso e lençol artesianos, geralmente profundo.

Para avaliar a sua importância, basta saber que aproximadamente 70% do peso das pessoas é constituído por água. Nas pequenas comunidades urbanas e rurais grande parte dos problemas de saúde são devidos à má qualidade ou pequena quantidade de água para o consumo e higiene. Logo, a saúde humana depende não apenas da quantidade adequada, mas também da qualidade da água utilizada.

ÁGUA (quantidade + qualidade) = SAÚDE

Fontes de Captação

1. Águas superficiais (rios, lagos, açudes, etc);
2. Águas subterrâneas (poço freático e poço artesianos);
3. Águas meteóricas (chuvas).

Dependendo das características físicas e geográficas de cada região, uma ou mais fontes poderão servir de solução para o abastecimento de água. A escolha de fonte deve ser feita juntamente com a população, buscando-se aquela que for mais adequada à realidade local.

Nas zonas rurais ou periferia urbana de baixa densidade demográfica as soluções, geralmente, são individuais.

Excepcionalmente, pode-se buscar soluções para o abastecimento de água em fontes cuja captação seja coletiva, tais como: poço público, poço chafariz, águas de vertente, etc...

POÇO ESCAVADO (freático)

Um dos problemas que o saneamento do meio rural e da periferia urbana enfrenta é a existência de poços escavados, de uso coletivo ou individual, mal construídos, sem proteção e, geralmente, fornecendo água de péssima qualidade.

A solução de caráter individual mais usada é o poço raso (freático), por ser facilmente adquirido através de escavações no solo, utilizando-se de ferramentas simples, portanto, muito usado nas comunidades que não dispõem de serviços públicos.

Ferramentas Necessárias

- Enxada
- Enxada -
- Pá
- Picareta
- Balde e corda (para retirar a terra)

dos com o Poço

Cuida

1. Local do poço

O poço deve situar-se na parte mais alta do terreno e a uma distância de 30 metros de fossas, valas para enterrar lixo, chiqueiros, etc. Na zona urbana, com densidade demográfica maior e terrenos menores, tolera-se que o poço esteja à 15 metros da fossa, desde que se tome as providências para evitar a contaminação do lençol de água.

Os lugares sujeitos a inundações ou com fendas no solo devem ser evitados por favorecerem à contaminação do lençol de água.

2. Construindo o poço

A época para a construção do poço é no período da seca (estiagem), pois o lençol freático estará numa altura conveniente para fornecer água durante todo o ano.

No mínimo duas pessoas serão necessárias para a escavação, sendo uma no interior e outra na superfície retirando a terra e cuidando da segurança do colega.

O poço deve ser cilíndrico e o diâmetro será de 80cm. A profundidade será o suficiente para alcançar o lençol de água, lembrando que os poços com menos de 3 metros de profundidade são facilmente contaminados.

Em caso de terreno arenoso (frágil), para evitar desmoronamento, revestir o poço com pedras, tijolos ou tubos de concreto.

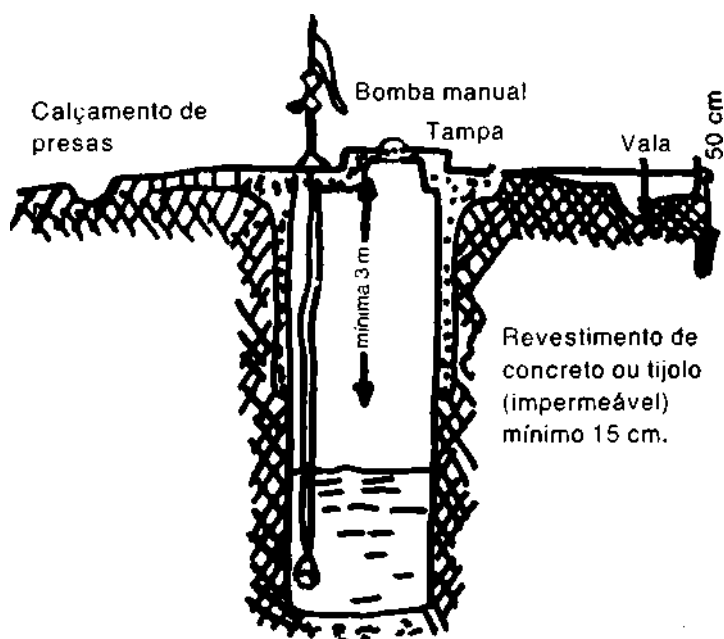
Em qualquer circunstância, as paredes do poço devem ter um revestimento de concreto (impermeabilizante) até 3 metros de profundidade, para evitar-se possíveis contaminações.

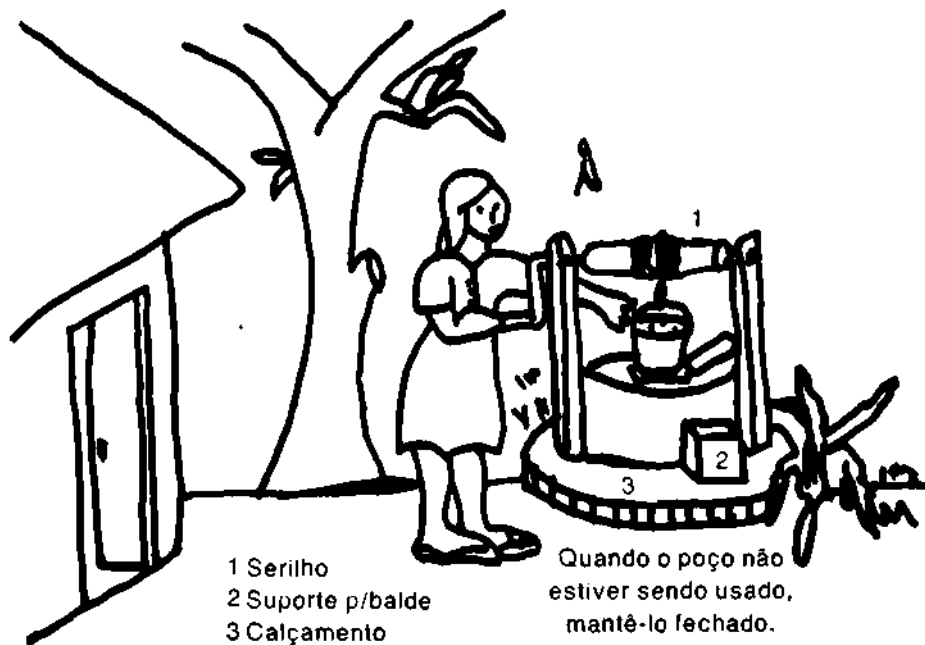
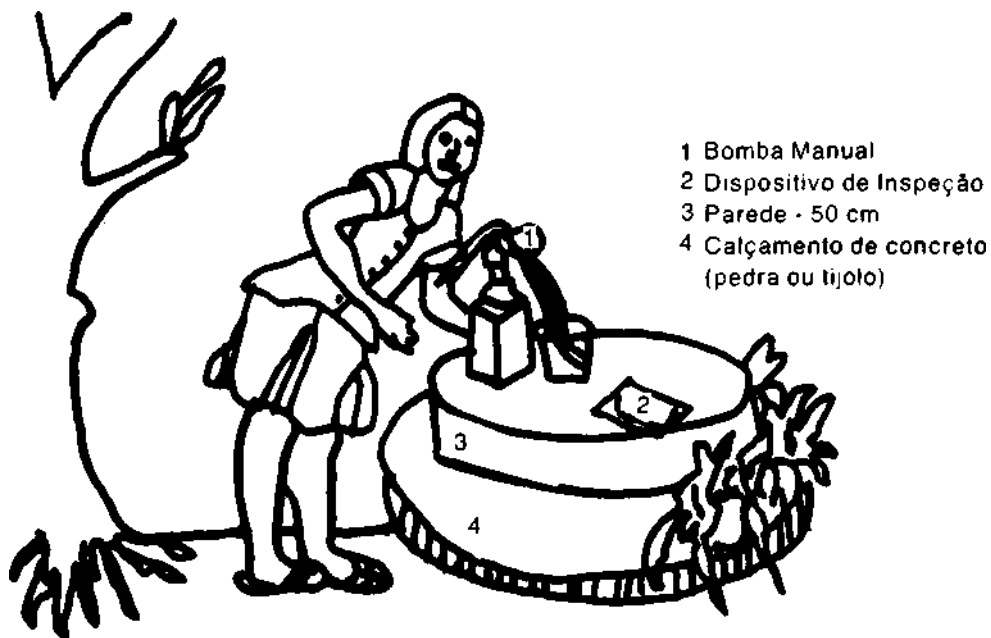
Na parte superior do poço deve-se elevar uma parede de 50cm de altura capaz de suportar o peso da cobertura (laje de concreto ou madeira) e da bomba, protegendo-se assim o poço de enxurradas, animais e insetos.

Por questões de higiene e de segurança, o poço deve ter uma tampa de concreto ou de madeira sem frestas, com dispositivo de inspeção (tampa de encaixe).

Ao redor do poço, deve-se fazer um calçamento de concreto, ou pedregulhos, com largura mínima de 1 metro.

Dependendo da declividade do terreno, fazer valetas para desviar as águas servidas ou enxurradas, evitando-se que estas penetrem no poço.





3 - Retirando água do poço

A água deve ser retirada do poço através de bomba manual elétrica, devido ser este o método mais seguro para evitar a contaminação do poço. Quando isso não for possível, usa-se o sarilho (roldana com manivela), com os cuidados para que a corda e o balde não se contaminem no solo, levando ao poço microorganismos maléficos (patogênicos).

⁴ - Teste de fluoresceína

Para o caso de se desejar saber qual é o foco de contaminação de um poço escavado, ou mesmo se está ocorrendo contaminação, usa-se o teste de fluoresceína.

A solução é preparada misturando-se em um recipiente 500 gramas de soda cáustica num volume de 42 litros de água.

Esta solução deve ser lançada onde se suspeita estar poluindo o poço. Depois de doze horas verificar a existência de fluoresceína esverdeada, colocando-se os frascos de encontro a luz solar e comparando-os. Uma amostra para comparação deve ser coletada na hora do lançamento da solução no foco suspeito, e a outra, na hora do teste.

A presença da fluoresceína sugere que o poço está sendo contaminado pelo foco suspeito.

Cuidados com Outras Fontes de Captação

Seja qual for a outra fonte, deve-se proteger o terreno ao seu redor para evitar que dejetos (fezes) e outras matérias orgânicas lançadas no solo sejam carregadas pelas enxurradas, contaminando as águas.

Não deve ser permitido a canalização de fossas para rios e açudes, devendo estas estarem localizadas de modo a não comprometer a fonte de captação.

As águas de rios devem ser captadas no período da manhã e não próximo das margens, pois estarão menos contaminadas. Os banhos e outras necessidades domésticas diretas nos rios devem ser em locais abaixo das moradias.

As águas de fonte ou bica podem ser captadas num reservatório de concreto, ou de amianto, com um cano para a saída. As pessoas retiram a água neste cano. O reservatório deve ter uma tampa com um dispositivo para inspeção sanitária e que permita sua limpeza e desinfecção.

Em regiões onde a água apresenta qualidade imprópria para o consumo, ou quantidade insuficiente para as necessidades diárias, pode-se coletar águas da chuva.

Ainda que as águas da chuva apresentem boa qualidade ao serem coletadas, não constituem fonte permanente, já que devem ser captadas em épocas chuvosas.

Devem ser coletadas dos telhados, em reservatórios, tambores, tonéis, etc. Recomenda-se o cuidado de evitar as águas das primeiras chuvas devido as sujeiras do telhado e do próprio meio ambiente.

CUIDADOS COM FILTROS E RESERVATÓRIOS

O filtro, pote ou talha deve ser lavado semanalmente, utilizando-se de uma escova fina. Deve ser mantido sempre fechado.

O reservatório (caixa de água) deve ser mantido fechado e lavado (escovado e desinfectado) a cada 6 meses, ou quando se notar qualquer irregularidade (cheiro, odor, etc.) na água.

Para a desinfecção, tanto do filtro quanto do reservatório, pode-se usar água-sanitária (água de lavadeira), na proporção de três gotas para cada litro de água. Aguardar meia hora e esvaziar o reservatório. Estará pronto para ser reutilizado.

TRATAMENTO DOMÉSTICO PARA A ÁGUA

Para o tratamento da água nos domicílios, pode-se usar métodos físicos ou químicos que, aliados a uma adequada captação em poço escavado conforme as recomendações sanitárias, ajudará, sem dúvida, na preservação da saúde das pessoas.

Como se sabe, não basta ter-se um poço adequadamente escavado. É preciso que a água coletada passe por um ou mais tratamentos adicionais.

Os métodos mais usuais são:

Métodos Físicos

1. Filtração

- Muito útil na clarificação e eliminação de bactérias; no entanto, por si só, não garante a potabilidade de uma água.

Para se construir um filtro de água deve-se utilizar um tambor que tenha tampa removível (200 litros). Em caso contrário, cortar a tampa e depois recolocá-la com o auxílio de cantoneiras soldadas, pois uma vez construído, deve permanecer fechado.

No tambor, na parte inferior, deve-se adaptar uma torneira de pressão de 1 1/2 polegada, a 3cm do fundo.

Dentro do tambor deve-se colocar uma camada de pedregulhos com 15cm de altura. Sobre esta camada coloca-se um separador (lona delgada e permeável).

Sobre a lona ou tecido delgado, coloca-se uma camada de carvão vegetal moído com 5cm de altura.

A seguir, coloca-se sobre a camada de carvão outra de areia com 25cm de altura.

Na tampa deve ser adaptado um funil, com a parte interna perfurada para os lados, menos por baixo, para evitar o deslocamento do leito de areia. Este funil deve ter uma tela fina para evitar que estruturas sólidas, insetos ou qualquer outra coisa indesejável, penetre no filtro. Deve também ser mantido fechado.

A água deve ser lançada no filtro através do funil. Quando a velocidade de filtração cair bastante, deve-se raspar os materiais depositados na superfície da areia. Quando a superfície da areia estiver pela metade, o leito filtrante deverá ser refeito.

Não sendo possível fazer um filtro com tambor, pode-se usar outros recipientes, seguindo-se os mesmos passos.

Para maior segurança, a água, mesmo sendo filtrada, deve passar por um dos processos de desinfecção indicados.

2. Fervura

- Constitui um bom método para a destruição de bactérias patogênicas, cistos e ovos de outros microorganismos. A água deve permanecer em ebulição (fervura tubulenta) por um período de 15 à 30 minutos. Em seguida faz-se reaquecimento passando-na de uma vasilha para outra, várias vezes. As vasilhas para esse fim, devem ser próprias convenientemente limpas, para evitar o perigo de contaminação residual.

Métodos Químicos

1. Cloro

- Entre todos os métodos a cloração da água é o mais importante. Além do valor desinfetante é também para eliminar cheiros e sabores, colaborar na oxidação de materiais orgânicos e melhorar a cor da água.

No tratamento domiciliar a base de cloro, utiliza-se compostos de cloro como o hipoclorito de cálcio ou sódio, em pó ou pastilhas. Pode ser conseguido nas empresas de saneamento gratuitamente, ou então, comprados nas farmácias. Geralmente, vem acompanhado das instruções para o seu uso. Pode também ser encontrado em casas de tintas.

Para um hipoclorito de sódio a 35% de cloro, coloca-se numa garrafa de 400 ml 2 colherzinhas rasas (tipo café) que, em seguida, deve ser cheia com água e agitada por cerca de 3 minutos. Uma colher de sopa desta solução é suficiente para a desinfecção de 20 litros de água. Esta solução de cloro ativo só serve por 4 dias, quando então, deverá ser preparada nova solução.

Sendo a cloração o mais importante dos métodos de desinfecção da água, achou-se por bem acrescentar as duas tabelas que se seguem:

PREPARO DE SOLUÇÃO DE CLORO ATIVO A 1% A PARTIR DE VÁRIOS PRODUTOS COMERCIAIS:

Hipoclorito de cálcio 50% Cloro	PRODUTOS COMERCIAIS H.T.H ou		Volume de Água (litro)
	Per-cal 70% Cloro	Cloreto de cloron 25% Cloro	
10,00 g	07,15 g	20,00 g	1/2
20,00 g	14,30 g	40,00 g	1
40,00 g	28,60 g	80,00 g	2
60,00 g	42,90 g	120,00 g	3
80,00 g	57,10 g	160,00 g	4
100,00 g	71,40 g	200,00 g	5
200,00 g	143,00 g	400,00 g	10
1,00 k	714,00 g	2,00 k	50
2,00 k	1,43 k	4,00 k	100
20,00 k	14,30 k	40,00 k	1000

Com esta tabela é possível preparar soluções de cloro ativo a 1% para a desinfecção da água nos domicílios, ou mesmo, em estações de tratamento coletivo. Deve ser usado o sobrenadante da solução e não a borra. O vidro para guardar a solução deve ser escuro e permanecer bem fechado. Depois de 4 dias a solução não apresenta mais efeito, devendo, portanto, ser desprezada. Sua dosagem corresponde a 1 mg/l, de cloro.

DESINFECÇÃO DA ÁGUA COM DOSAGEM DE 1 mg/DE CLORO EM DIVERSOS VOLUMES:

Volume da Solução a 1%	Volume de água a tratar (litros)
1 ml	10
2 ml	20
3 ml 05	30
ml 10 ml	50
100 ml 01	100
	1000
	10000

Para dosagens diferentes, como por exemplo, 2 mg/l, basta multiplicar o valor da solução por 2. Como pode ser verificado, existe uma proporcionalidade entre a quantidade da solução de cloro e da água a ser tratada, o que facilita outros cálculos para quantidades diferentes.

2. Iodo

- Bom desinfetante da água, após um contato de 30 minutos. Recomenda-se usar 2 gotas por litro de água, ou de 10 ml para 150 litros de água. O iodo deve apresentar uma concentração de 7%.

Após colocar o iodo na água, caso esta não adquira coloração levemente amarelada, pode-se concluir que está altamente contaminada. Deve-se ir colocando aos poucos, mais iodo até aparecer a coloração indicando que toda a matéria orgânica foi oxidada e a água desinfetada, restando uma certa parcela de iodo sem reagir.

Decorridos os 30 minutos, pode ser adicionado gotas de hiposulfito de sódio a 15%, agitando a água até que a coloração desapareça e esteja em condição de uso. O hiposulfito de sódio funciona como neutralizador do iodo. O seu uso, no entanto, pode ser dispensável.

Esta técnica de desinfecção da água é mais apropriada para épocas de calamidades públicas ou em acampamentos. A sua utilização por períodos prolongados é desaconselhável.

3. Permanganato

- É mais ou menos semelhante ao processo utilizado com o iodo.

Compra-se nas farmácias peremanganato de potássio a 1% na forma de solução. Para um vasilhame de 20 litros deve-se colocar uma colher de sopa da solução de permanganato e em seguida encher de água. Esta deve adquirir uma coloração rósea, indicando que toda matéria orgânica foi oxidada e que resta um pouco de desinfetante.

Após tempo de 30 minutos, pingar algumas gotas de limão e agitar a água até a coloração desaparecer. Assim, a água estará pronta para ser consumida.

Depois de algum tempo, pode aparecer no vasilhame, sobretudo se for frasco de vidro, depósito da cor de café, de difícil remoção.

OS FRASCOS PARA GUARDAR AS SOLUÇÕES DE PERMANGANATO, IODO E CLORO DEVEM SER DE COR ESCURA (ÂMBAR)

As Enfermidades e a Água

A lista de doenças ou enfermidades que a água contaminada e/ou em quantidade insuficiente para as necessidades diárias pode veicular é bastante expressiva.

A água deve estar disponível tanto em qualidade, como em quantidade suficiente para o consumo, asseio corporal, higiene do lar e do meio ambiente.

Através dessa disponibilidade de água é possível evitar ou combater eficazmente várias enfermidades:

1. Ascariíase (lumbriga)
2. Ancilostomíase (amarelão)
3. Esquistossomose (barriga d'água)
4. Amebíase
5. Giardíase
6. Disenteria bacilar
7. Cólera
8. Febre tifóide ou paratifóide
9. Febre recorrente
10. Sarna
11. Tracoma
12. Bócio (ausência de iodo) e muitas outras.

Segundo a O.M.S. (Organização Mundial de Saúde), a implantação de sistemas adequados para o tratamento e a distribuição de água, reduziria em cerca de 80% a incidência de enfermidades que acometem os indivíduos, sobretudo crianças, nos países em desenvolvimento.

DESTINO FINAL DOS DEJETOS

As fezes (excrementos) animais em geral e, dos seres humanos em especial, podem conter microorganismos causadores de doenças, tais como vermes, protozoários, bactérias, fungos e vírus.

Em comunidades onde os hábitos higiênicos não são seguidos adequadamente e as pessoas satisfazem suas necessidades fisiológicas em fundos de quintais, o número de disenterias e verminoses é alto, sobretudo nas crianças, prejudicando-lhes o desenvolvimento mental e físico.



A solução ideal para a eliminação desses riscos seria a construção de uma rede de esgoto que atendesse a toda comunidade. As populações rurais e da periferia urbana dificilmente terão condições de dispor de um sistema de esgoto coletivo, devido suas características demográficas e sócio-econômicas. A construção e manutenção desse sistema é complexa e de altos custos financeiros.

Portanto, nessas áreas, não havendo água encanada nos domicílios, a solução para o problema é a construção de privadas higiênicas, de baixo custo e eficientes, desde que se obedçam os padrões sanitários. A própria família pode construí-la.

PRIVADA HIGIÊNICA

1. Escolha o local

- O local para a construção da privada higiênica deve estar afastado, sempre que possível, 30 metros, nunca menos de 15 metros da fonte de água. A distância entre a casa e a privada deve ser em torno de 10 metros.

Quando o terreno apresentar declive, a privada higiênica deve situar-se no lugar mais baixo, evitando-se aqueles sujeitos a inundações.

2. Construção da Privada Higiênica

- Deve-se cavar um buraco ou fossa, redondo ou quadrado, com 80cm de largura por 2 metros de profundidade. Quando o terreno for arenoso ou poroso deve ser feito um revestimento de tijolos ou pedras. Sempre que possível, o fundo do buraco deve ficar 3 metros acima do lençol de água, para evitar a contaminação deste.

Quando o buraco (fossa) estiver pronto, deve-se fazer uma base na sua parte superior de concreto, madeira ou tijolo, com cerca de 20cm de altura, capaz de suportar o peso da lage (piso) e evitar a entrada de baratas, ratos, etc.

Isto feito, colocar sobre a base um piso de madeira ou concreto que seja de fácil limpeza. O buraco do piso para passagem dos excretos deve ser provido de uma tampa móvel e estar sempre fechado.

Ao redor da base deve-se juntar terra socada, aproximadamente 40cm de largura em declive para fora (lados).

A casinha pode ser feita de qualquer material disponível, tais como, tijolos, pedra, madeira ou concreto. Em regiões onde a ocorrência de barbeiros (Triatomíneos) é verificada, deve-se evitar que a casinha apresente frestas. Nesse caso o melhor material é o concreto ou tijolo com reboco.

O telhado ou cobertura deve ser inclinado para trás visando o escoamento da água das chuvas. Entre o telhado e as paredes deve ficar um pequeno vão (espaço para ventilação).

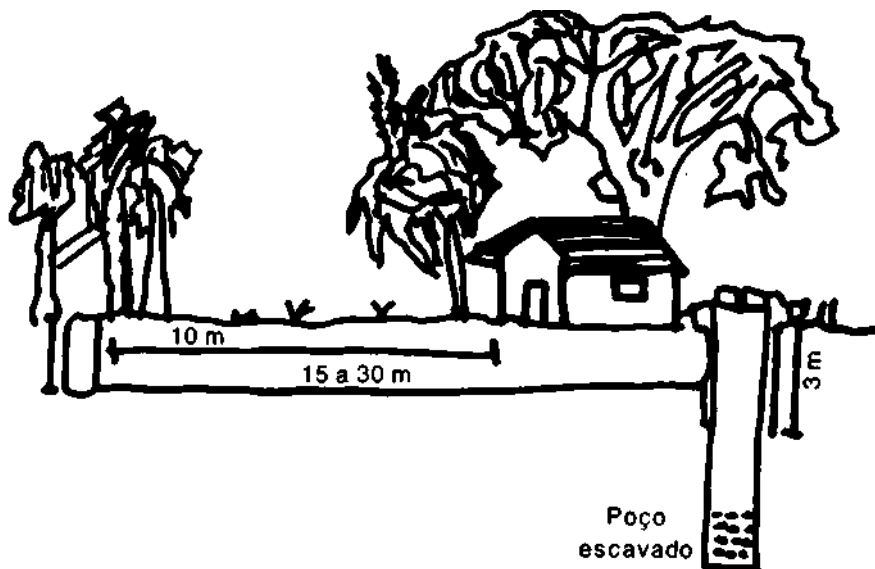
A casinha deve ser provida de uma porta que se abra para fora e, de preferência, feche-se automaticamente.

3. Cuidados com a Privada Higiênica

- Lavar o piso com água, sabão ou desinfetante, não deixando água cair na fossa.

Jogar dentro da privada ou fossa os papéis utilizados, bem como, as fezes e urinas de crianças ou adultos doentes.

Para evitar ou diminuir o mau cheiro, jogar cal ou óleo queimado dentro da fossa.



Evitar que as águas usadas ou enxurradas caiam na fossa.

Não jogar lixo ou qualquer outro detrito na privada sanitária e nem na sua proximidade.

3.3 Soluções com Água Encanada

Quando a família possui água encanada no domicílio e não existe rede pública de esgoto, a eliminação das águas servidas (residuárias) constitui uma preocupação sanitária, uma vez que podem contaminar os poços ou mesmo o lençol freático.

As soluções com água encanada rmais usuais são:

1. Poço absorvente (sumidouro)
2. Fossa séptica

- O poço absorvente consiste num buraco aberto no solo com cerca de 1,50m de diâmetro, de forma cilíndrica, com as paredes revestidas de tijolos (assentes com juntas livres), tubos de concreto, convenientemente perfurados, podendo ou não ter enchimento de cascalho com recobrimento de areia grossa.

As águas servidas são canalizadas para o poço absorvente. Devido a grande quantidade de água e matéria orgânica, a contaminação do lençol freático é rmais freqüente. A colmatação (impermeabilização) das paredes do poço é rápida, levando-o a transbordar.

Geralmente a grande facilidade de contaminar o lençol de água, é chamado de poço-negro.

A distância entre o fundo do poço absorvente e o lençol freático não deve ser inferior a 3 metros de profundidade.

- A fossa séptica constitui-se de uma câmara estanque, construída de material impermeável (concreto), destinado a reter as águas residuárias de uma ou rmais residências, de forma a permitir a sedimentação do material sólido e a flutuação do material leve (gorduras).

As águas residuárias carregam consigo grande quantidade de microorganismos que são responsáveis pela degradação da matéria, através da digestão anaeróbica (ausência de oxigênio). Aproximadamente 90% dos sólidos ficam retidos na fossa, enquanto o restante do material, após um período de permanência em torno de 24 horas na fossa, deverá ser conduzido pelo efluente para:

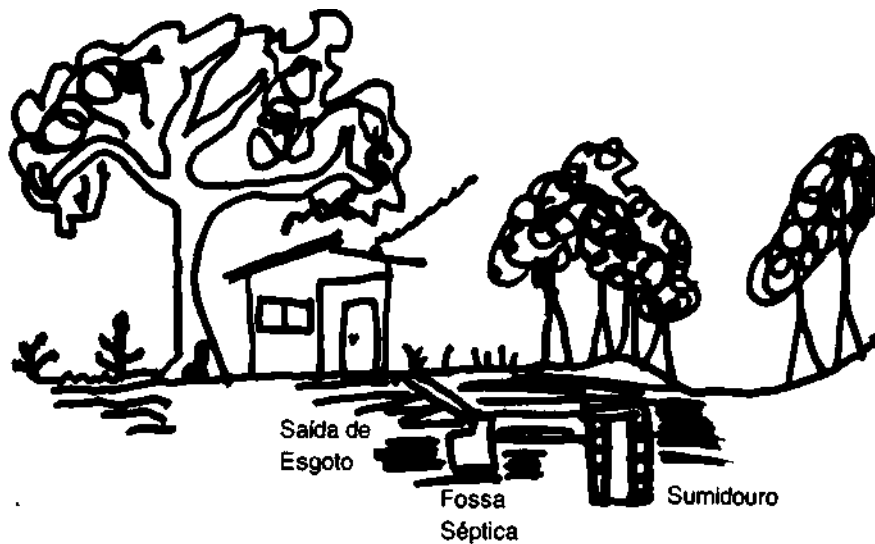
1. Sumidouros (poço absorvente)
2. Valas de infiltração (irrigação subsuperficial)
3. Águas de superfície (método condensado)

- A construção de sumidouros deverá ser feito quando o terreno for permeável e sua profundidade não comprometer o lençol freático. Sempre que possível, construir dois sumidouros, para funcionamento alternado.

- A irrigação subsuperficial através de valas de infiltração necessita de áreas maiores e adequadas, com solo permeável.

- O lançamento do efluente das fossas sépticas em águas superficiais (rios, lagos, açudes, etc.) só poderá ser feito com autorização das autoridades sanitárias competentes.

Dependendo do volume do efluente da fossa séptica, este poderá ser lançado numa lagoa de estabilização. Para maiores esclarecimentos sobre o assunto, consultar a bibliografia indicada.



Crianças utilizando-se de água encanada

Enfermidades e os Dejetos

As pessoas doentes, ou portadores são, eliminam através das fezes e urinas os agentes causadores de suas doenças, podendo assim, transmiti-las a outros grupos sadios.

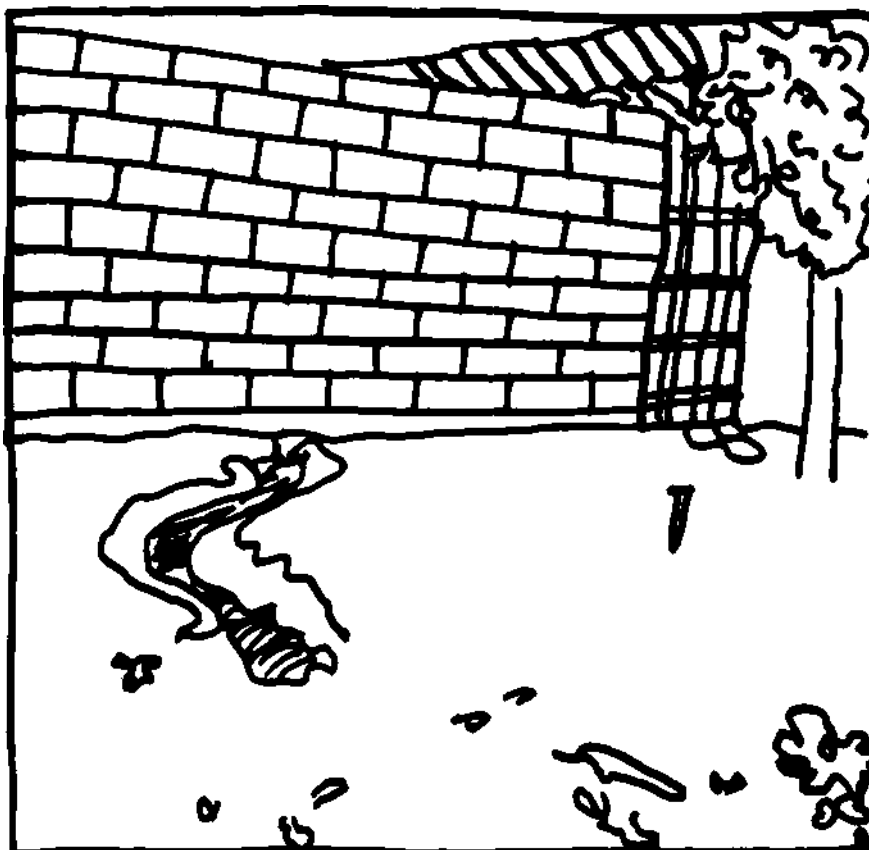
1. Febre tifóide e paratifóide
2. Gastroenterites
3. Disenteria bacilar e amebiana
4. Hepatite
5. Verminoses
6. Virose (paralisia infantil, etc.)

Portanto, evitando-se que os dejetos sejam lançados livres no solo, ou dispostos de forma inadequada, pode-se dizer que as pessoas estarão mais protegidas contra essas enfermidades.

DESTINO FINAL PARA O LIXO

Os detritos sólidos e úmidos resultantes das atividades humanas são chamados lixo.

O lixo apresenta grande importância na transmissão de doenças, em virtude de proporcionar meio adequado



Águas residuárias lançadas a céu aberto

para a proliferação de moscas, mosquitos, baratas, ratos etc. Em virtude disso, deve ser eliminado de forma correta para não expor a população a esses riscos. Nos grandes centros urbanos essa é uma tarefa de responsabilidade da população e da prefeitura, cada qual, fazendo sua parte. A população acondicionando o lixo de forma correta, em sacos plásticos, ou então, em recipientes forrados com folhas de jornal e convenientemente tampados. A prefeitura, por sua vez, deve providenciar a remoção do lixo diariamente, levando-o a um sanitário para sua disposição final.

O lixo pode ser classificado em:

1. Lixo inorgânico

- Geralmente sólido e resultante de atividades industriais e comerciais;

2. Lixo orgânico

- Geralmente úmido, de origem animal ou vegetal, capaz de ser decomposto em substâncias rmais simples, pu trefazer e fermentar;

3. Lixo misto

- Composto de matéria orgânica inorgânica

Soluções para o lixo

Na zona rural ou periférica urbana, nem sempre o lixo é coletado pela prefeitura. Cabe a população eliminá-lo por seus próprios meios. Neste caso, as soluções usadas são:

1. Engorda de Suínos (porcos)

2. Adubação de solos (hortas)

3. Incineração (queima)

4. Aterros (enterramento)

ENGORDA DE SUÍNOS - A parte do lixo constituída por restos alimentares pode ser separada em recipientes próprios para a coleta de lavagem e destinado à engorda de suínos. Esta solução é muito difundida no Brasil.

O inconveniente é que, geralmente, o criador utiliza a lavagem (restos alimentares) sem nenhuma preocupação sanitária, expondo os animais a infecções como a toxoplasmose, cisticercose e muitas outras. Para evitar isso, os restos alimentares devem passar por uma cooção (cozidos) durante 30 minutos, evitando-se assim, riscos aos suínos e à saúde daqueles que utilizam sua carne.

ADUBAÇÃO DE SOLOS - Na verdade não se trata de adubação, mas sim, de um recondicionador de solos

capaz de restaurar a fertilidade da terra através da renovação da camada de humus (terra rica em matéria orgânica em decomposição).

A preparação do lixo para esse fim deve seguir os passos:

1. Separar vidros, plásticos, pedras, madeiras e outros resíduos que podem prejudicar a preparação do recondicionador de solos
2. Na medida da possibilidade o lixo deve ser triturado para diminuir de tamanho e facilitar as reações de degradação;
3. Misturar bem, visando à homogeneização e à reação de fermentação mais rápida;
4. O lixo deve ser colocado em tambores, tanques ou outras instalações, tendo-se o cuidado de dotá-las de dreno (tubo ou vala para escoar líquido). Este líquido é um poluente muito perigoso;
5. A fermentação deverá ser aeróbica (presença de ar) para garantir a eliminação de microorganismos patogênicos (prejudiciais à saúde). Em função disso, o lixo deve ser revirado sempre para facilitar o contato com o ar (o-xigênio);
6. Aguardar aproximadamente 60 dias para o término da fermentação e, finalmente, espalhar sobre o solo desejado uniformemente.

Deve-se ter um cuidado especial no manuseio de lixo para evitar doenças e odores desagradáveis. Para a escolha desse local, deve-se considerar, além da distância, a posição dos ventos em relação à casa (vila ou povoado), evitando-se assim odores desagradáveis e a indesejável presença de moscas e roedores.

Este processo é considerado por muitos sanitaristas como sendo perigoso à saúde das pessoas quando não realizado adequadamente.

INCINERAÇÃO - Para resguardar a saúde das pessoas, uma das soluções mais adequadas é a incineração (queima dos detritos sólidos). As cinzas devem ser enterradas.

Para a incineração usa-se tambores adaptados como incineradores e, dependendo da quantidade, cava-se um buraco raso no solo onde se faz a queima a céu aberto. Observar a posição do vento e uma certa distância da casa (vila ou povoado). Este processo tem o inconveniente de poder causar ou agravar a poluição do ar, daí os cuidados em relação ao vento.

ATERRO - Neste caso, o ideal seria o aterro sanitário, o que nem sempre é possível. A solução individual aconselhável é cavar um buraco de 2 metros de profundidade, com um vão de 0,80 x 1,00m. Este buraco deve ter uma tampa para evitar insetos e água. Recomenda-se a cada camada de lixo, jogar uma outra de terra capaz de cobri-la. Quando faltar 30 a 50cm para preencher o buraco, fechá-lo com terra socada. O aterro deve ficar fora de áreas de inundações.

Em cerca de 100 dias, o lixo do aterro já terá passado por uma fermentação anaeróbica, podendo ser usado como adubo, também.

O LIXO NOS DOMICÍLIOS

Dentro de casa, o lixo deve ser acondicionado em saco plástico, lata ou outro recipiente com forro de jornal. Esses recipientes devem ser mantidos sempre fechados.



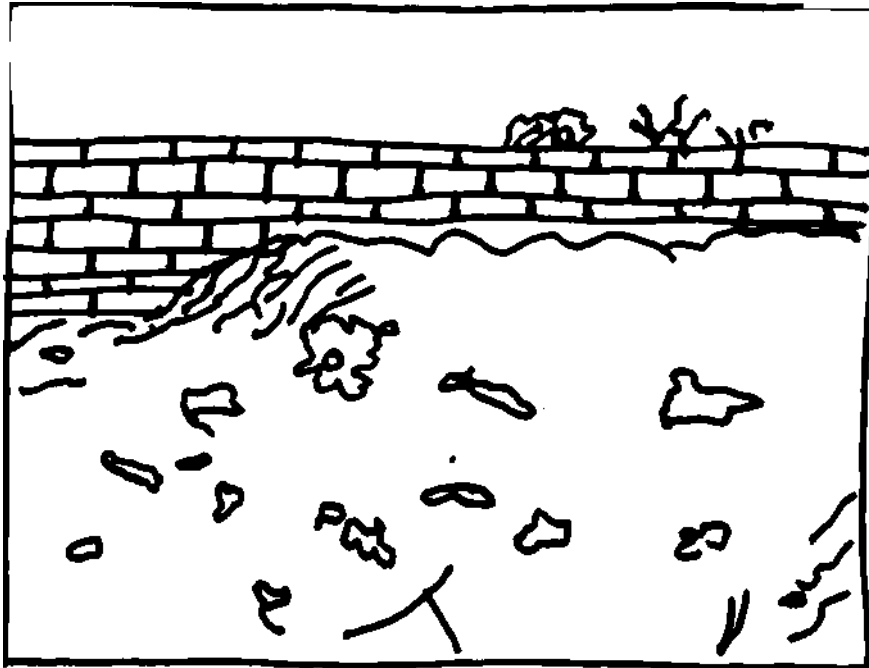
Lixo lançado no próprio quintal.

AS ENFERMIDADES E O LIXO

Muitas são as doenças que o lixo pode veicular, pois entre as variedades e resíduos estão os de natureza biológica (animais e vegetais), capazes de propiciar meio adequado para a proliferação de moscas, mosquitos, roedores, parasitas, todos fontes e/ou vetores de doenças como:

1. Víruses (hepatites, meningites, etc.)
2. Febre tifóide e paratífóide
3. Gastrenterites
4. Disenterias bacilar e amebiana
5. Rickettsioses
6. Leptospiroses
7. Peste suína
8. Verminoses

Tomando-se os cuidados necessários com o lixo pode-se evitar essas doenças.



Detritos lançados em terrenos baldios.

RESPONSÁVEL: Ítalo de

Lima Machado - Tecnólogo em Saneamento Ambiental - Sanitarista.

PRIMEIROS SOCORROS

Conceito:

Primeiros socorros é um conjunto de medidas assistenciais que devem ser tomadas de imediato para evitar agravamento do estado de saúde da vítima, antes que seja iniciado o tratamento especializado.

Os primeiros socorros tem como objetivo conservar a vida e permitir que a vítima adquira condições para se restabelecer.

O agente de saúde que vai prestar primeiros socorros, precisa ter consigo muita calma, agilidade, vigilância e eficácia, criatividade e saber alguns cuidados básicos de socorros de urgência.

É importante inspirar confiança e saber evitar pânico e nunca fazer nada mais do que o essencial para saber controlar e proteger a vida até a presença do médico.

Materiais para primeiros socorros:

O agente de saúde deverá ter sempre na escola uma caixa de materiais para primeiros socorros. Eis alguns suprimentos.

- Compressas de gaze esterilizado
- Rolos de ataduras
- Caixa de curativo adesivo
- Cotonetes
- Rolo de esparadrapo
- Pacote de algodão absorvente
- Um vidro de solução antisséptica (mercúrio cromo, mertiolato).
- Vidro de álcool
- Vidro de água oxigenada
- Tubo de vaselina
- Sal de mesa
- Tesoura
- Termômetro
- Saco para água quente
- Sacos de plástico
- Caixa de fósforo
- Lanterna elétrica
- Conta gotas
- Colheres de plástico
- Copos de papel
- Lençóis limpos, cobertores
- Jornais ou papéis
- Talas para imobilização.

Esses materiais deverão ser guardados em caixas de fácil transporte e em local de fácil acesso.

Em qualquer situação de emergência, jornais limpos são bons materiais para forrar o chão e superfície. Espalhe os jornais em volta e sob a vítima, a fim de auxiliar e evitar a contaminação.

- Asfixia:

É a condição na qual o oxigênio não chega aos pulmões. É o acidente que leva mais rapidamente a morte, portanto é o que exige mais urgência. A asfixia pode ser causada pela entrada de corpos estranhos pela boca e nariz, estes corpos podem ser líquidos (água, vômitos etc.) ou sólidos (alimentos e outros objetos). A asfixia pode ser causada também pela intoxicação de gases ou ainda pelo engolimento da língua (nas convulsões).

Sinais de asfixia.

- Falta de ar
- Face arroxeada

Cuidados:

- O agente de saúde deverá em primeiro lugar desobstruir as vias aéreas. Em seguida se necessário, fazer respiração artificial. Faça quantas vezes for necessário até que a vítima volte a respirar sozinha, ou até que a levem ao posto de saúde.

- Afrouxar as roupas e deitar a vítima de costa com a cabeça para cima e virada de lado.
- Não oferecer à vítima água, bebida alcoólica ou outros líquidos, pois isso só prejudicaria a sua reanimação.
- Levar a vítima ao posto de saúde mais próximo.

Como fazer a respiração artificial.

1 - Deitar a vítima;

Retirar tudo que estiver na boca, puxar a língua para frente.

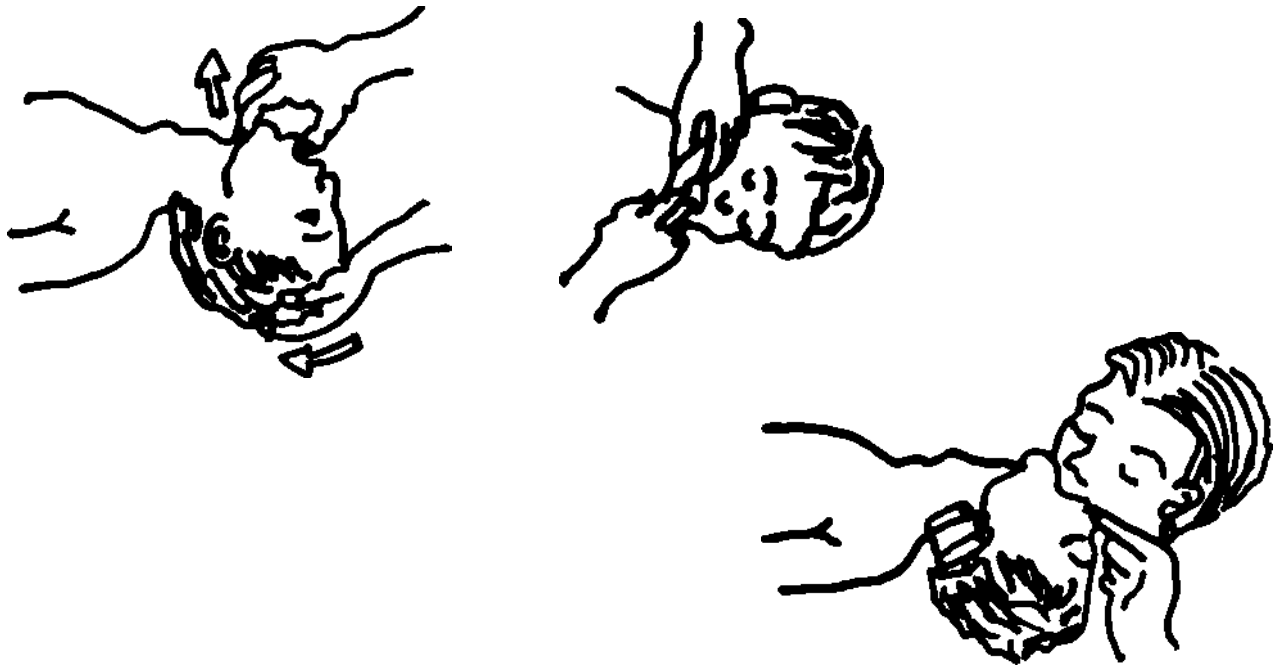
Limpar toda secreção da boca e garganta.

Inclinar a cabeça da vítima para traz e virar um pouco para o lado, abrir bem a boca.

Apertar o nariz da pessoa com os dedos, cobrir a boca da vítima com a sua e soprar com força de modo que o peito dela se levante.

Fazer uma pausa para o ar retornar e soprar novamente.

Repetir cerca de 15 vezes por minuto.



2 - Choque Elétrico.

Nunca se deve atender uma vítima de choque elétrico sem antes ter certeza que a corrente elétrica esteja desligada. Caso isso não seja possível, separe a vítima do contato utilizando um pedaço de madeira seca (cabo de vassoura, empurre ela até que separe da corrente elétrica).

Colocar a vítima deitada em local ventilado, afrouxar suas roupas, verificar se ela está respirando, se não estiver, aplicar imediatamente a respiração artificial.

Se a vítima estiver consciente e tiver sede, molhe seus lábios e a língua com compressas úmidas.

Se houver queimaduras devido ao choque, cobrir o local com gazes limpas e levar a vítima o mais depressa possível ao posto de saúde mais próximo.

3 - Desmaio.

É a perda súbita e temporária da consciência. Geralmente é provocado por emoções súbitas e violentas, nervosismo intenso ou fome.

Sinais:

- Palidez intensa
- Suor abundante

- Respiração fraca
- _ Tonturas
- _ Náuseas
- Escurecimento da visão

Cuidados:

- Deitar a vítima com a cabeça virada para o lado.
- Retirar qualquer objeto que estiver impedindo a passagem do ar pela boca ou pelo nariz.
- Afrouxar as roupas da vítima e verificar se ele está respirando. Caso não esteja, aplicar a respiração artificial.

Em caso de ameaça de desmaio, o agente de saúde deverá proceder da seguinte maneira:

- Sentar a vítima numa cadeira, com os braços para baixo e as pernas afastadas.
- Abaixar a cabeça da pessoa colocando-a entre as duas pernas.
- Pedir a ela que respire profundamente, com isso aumenta a quantidade de sangue que chega ao cérebro da pessoa, e o desmaio é evitado.

Se o desmaio durar mais de um ou dois minutos agasalhar a vítima e procurar socorro médico imediatamente.

4 - Febre.

É quando a temperatura corporal de uma pessoa está elevada. A febre é o sinal de muitas doenças diferentes. A febre muito alta pode ser perigosa, se não for baixada com rapidez, principalmente em crianças. Ela pode causar convulsões ou mesmo danos permanentes para o cérebro (paralisia, retardamento mental, epilepsia, etc.).

O que fazer para baixar a febre?

- Tirar a roupa da pessoa (nunca envolvê-la com lençol ou cobertor).
- Levar a pessoa para local ventilado.
- Colocar um pano de água fresca sobre o peito e a testa da pessoa até baixar a temperatura.
- Dar água para beber.

Se a temperatura não baixar, então o agente deverá encaminhar a vítima ao posto de saúde mais próximo.

5 - Convulsões.

As convulsões podem ser causadas por febre alta, processos infecciosos ou mesmo pela epilepsia. Uma pessoa com convulsões apresenta os seguintes sinais:

- Inconsciência
- Sacudidas e contrações violentas do corpo.

O cuidado que se deve ter com uma pessoa em convulsão é no sentido de proteger para que não se machuque.

Deve:

Deitar a vítima no chão com a cabeça virada para o lado, afastar tudo que estiver ao seu redor e que possa machucá-lo.

Não impedir os movimentos da vítima.

Manter a boca da vítima aberta, para impedir que ela morda a língua ou se sufoque com ela. Para evitar que isso aconteça, colocar um pano dobrado em sua boca entre os dentes.

Após a crise convulsiva, a pessoa dormirá profundamente. Procurar não acordá-la. Mas assim que ela acordar, deverá ser encaminhada ao posto de saúde mais próximo.

6 - Envenenamento.

Ocorre quando um indivíduo ingere substâncias que são tóxicas ao nosso organismo. A gravidade depende da idade, da quantidade, tipo e toxicidade da substância ingerida.

Sinais e Sintomas:

- Hálito com odor estranho
- Mudança de cor dos lábios e da boca, dependendo do tipo de substância ingerida.
- Dor ou sensação de queimação na boca, garganta e estômago.
- Sonolência, confusão mental ou desmaio.

Antes de mais nada, procurar descobrir a causa do envenenamento. Isso é muito importante para o médico que vai socorrer a vítima.

Providências a serem tomadas:

- Fazer a vítima beber vários litros de água morna ou leite, pois isso ajudará a diluir o veneno que está no estômago, mas não dê líquidos à vítima que estiver inconsciente.

Após ter ingerido água ou leite provocar vômitos introduzindo uma colher ou o dedo na garganta da vítima.

Mas atenção: não provoque vômitos se o envenenamento for causado por gasolina, querosene, diluente de tinta, ácido de soda cáustica.

Transportar a vítima o mais depressa possível ao posto de saúde. Aja antes que o organismo absorva o veneno.

7 - Acidentes.

Pelo Calor:

Insolação

É causada por exposição excessiva do corpo aos raios solares.

Intermação.

É o resultado do calor excessivo sobre a pessoa nos locais abrigados do sol.

Ambos se manifestam de maneira brusca com intensa falta de ar, respiração acelerada e difícil, como se a vítima estivesse sufocada.

Também podem ocorrer:

- Tonturas
- náuseas
- febre alta
- pulso rápido
- convulsão

Cuidados:

- Remover a vítima para lugar arejado e fresca
- Tirar suas roupas
- Refrescar-lhe o corpo, dando banho.

Os cuidados à vítima de insolação e intermação tem por objetivo baixar a temperatura do corpo progressivamente.

8 - Fraturas:

Quando uma pessoa quebra um osso, dizemos que ela sofreu uma fratura.

Existem dois tipos de fraturas.

- Fratura fechada ou simples

Fratura exposta

Na fratura simples a pele fica íntegra, sinais de fratura simples.

Dor no local quando a pessoa tenta mexer, dificuldade para se movimentar, inchação no local fraturado.

Primeiros Cuidados:

- Imobilizar a parte fraturada
- Não tentar colocar o osso no lugar.
- Levar a pessoa ao posto de saúde.

Material necessário para imobilização:

- Talas feitas de madeira, papelão, bambu
- Pano, algodão ou gaze
- Tira de pano, corda ou embira.

Como fazer imobilização:

- Preparar as talas calculando o tamanho de modo que sejam imobilizados as duas articulações próximas à fratura.

- Forrar as talas com pano, algodão ou gaze para não arranhar a pele.
- Colocar a tala no membro afetado, cobrindo-a com faixa ou lençol em volta do membro.
- Encaminhar a pessoa ao posto de saúde.

Fraturas expostas:

Na fratura exposta, a ferida mostra o osso.

Cuidados:

_ Fazer um curativo de gaze ou pano limpo sobre a ferida para evitar a penetração de poeira. _ Evitar movimentos do membro afetado, se possível pôr o braço ou perna fraturado entre duas talas, imobilizando-a.

- Encaminhar imediatamente a pessoa ao médico.

9 - Ferimentos:

O agente de saúde deverá:

- Limpar a ferida com água e sabão.
- Aplicar mercúrio cromo, mertiolato ou outro antisséptico.
- Proteger o ferimento com gaze esterelizada ou pano limpo, fixando sem apertar.
- Não tentar tirar partículas do ferimento a menos que saia facilmente.
- Não tocar a ferida com os dedos, lenços ou outro material sujo.

Ferimento nos olhos.

Os olhos são muito sensíveis. Quando ferido só um especialista dispõe de recursos para tratá-los.

Portanto o agente de saúde terá pouco a fazer. O importante é procurar um médico imediatamente.

Cuidados:

- Lavar os olhos feridos com água limpa, colocando a cabeça da pessoa de lado para a água escorrer melhor.
- Caso o ferimento tenha sido causado por penetração de um corpo estranho, tente retirá-lo com um cotonete umedecido.

- Ter o cuidado para não ferir ainda o olho que você estiver tratando.
- Cobrir o olho ferido com uma gaze ou pano limpo, prendendo com duas tiras de esparadrapo.

10 - Torcedura ou Distensão.

Acontece quando um pessoa faz movimento rápido e forçado.

A dor é muito forte e vai aumentando pouco a pouco, o local fica inchado e com mancha roxa.

Cuidados:

- Colocar gelo no lugar torcido ou luxado, ou um pano molhado em água fria.
- Imobilizar como em caso de fratura
- Encaminhar a pessoa ao posto de saúde.

11 - Hemorragia.

É a secção de uma artéria ou veia que pode ser provocada por corte, ferida, queimadura profunda, esmagamento, fratura lacerada.

Nem sempre a hemorragia é visível, podendo estar oculta pela roupa ou posição do ferimento.

Por isso a vítima deverá ser examinada completamente para ver se há sinais de hemorragia que são:

- Palidez Intensa
- Mucosas descorada
- Pulso rápido e fino
- Respiração rápida e superficial
- Tonturas
- Náuseas e vômitos
- Sudorese
- Sede
- Desmaio

Cuidados:

Em caso de hemorragia o agente de saúde deverá agir rapidamente, pois quando abundante poderá causar a morte em 3 a 5 minutos.

- Deitar a vítima
- Levantar o membro atingido, isto diminuirá o afluxo de sangue para o local ferido.
- Fazer pressão direta no local ferido com uma gaze ou pano limpo dobrado.

- Colocar um pano ou atadura sobre o curativo e amarrar em torno do membro afetado. Não apertar com muita força para não interromper a circulação normal do sangue.

- Não fazer pressão sobre a ferida, se houver um corpo estranho, entranhado na ferida ou se a mesma for muito extensa.

Para estancar hemorragia abundante no braço ou perna usa-se torniquete.

Procedimento:

- Usar tiras de pano com 5cm de largura ou mais

- Dar duas voltas com o pano na parte média do braço ou perna, conforme o membro atingido.

- Fazer meio nó nas pontas do pano.

- Colocar um pedaço de pau, lápis ou caneta no meio do nó e dar um nó completo, prendendo o objeto.

- Apertar o torniquete girando o pedaço de pau até a hemorragia estancar. Amarrar, então as pontas do pano para trás.

- Anotar em um pedaço de papel a hora em que foi feito o torniquete.

- Enquanto levar a vítima ao médico, afrouxar ligeiramente o torniquete a cada dez minutos. Se isto não for feito a vítima poderá perder o membro.

Hemorragia Nasal.

Cuidados:

- Sentar a pessoa numa cadeira com a cabeça inclinada para trás.

- Deixar a pessoa nesta posição por 5 minutos

- Orientar a pessoa para não assoar o nariz

- Colocar um pano com água gelada sobre o nariz.

Caso a hemorragia não estancar, fazer dois tampões de gaze e introduzir nas narinas.

- Se a hemorragia continuar, levar a pessoa ao médico.

Hemorragia Interna.

A hemorragia interna acontece quando há rompimento de vasos dentro do corpo, sem que tenha havido o rompimento da pele.

Cuidados:

- Manter a pessoa deitada o mais confortável possível, com a cabeça mais baixa que o corpo.

- Aplicar compressa fria ou saco de gelo sobre o ponto atingido.

- Transportar a pessoa ao posto de saúde mais próximo, usando maca e transporte adequado.

Estes casos são graves. A assistência médica é urgente.

RESPONSÁVEIS:

Francisca Graciano Pinheiro - Enfermeira

Mirtes Rodrigues da Silva - Enfermeira

Solage Eleutério - Auxiliar Serviços Médico-Hospitalar I.

DIARRÉIA

É uma doença infecto-contagiosa.

A criança com diarréia faz cocô mais vezes do que de costume, as fezes são moles ou líquidas e tem mau cheiro.

A diarréia tem sido a maior causa de mortalidade infantil.

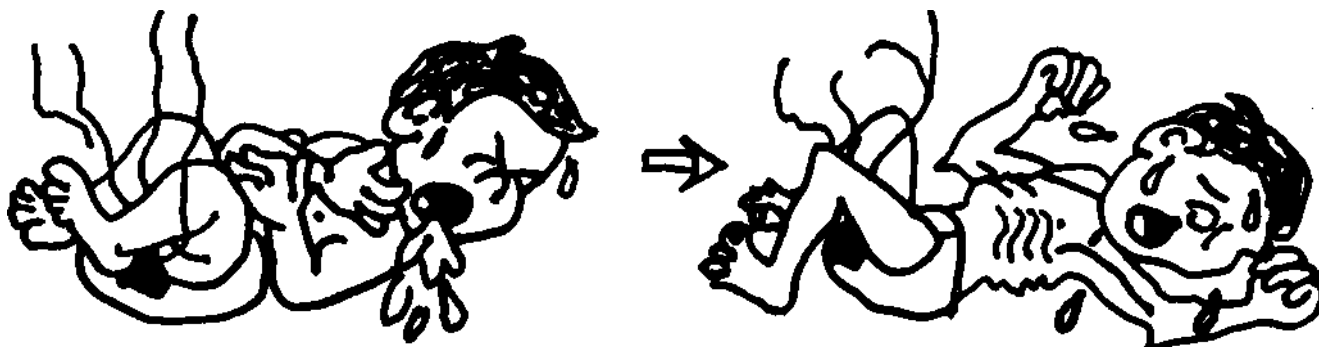
Principais sintomas:

- Dor de barriga
- Cólicas
- Sede
- Às vezes vômito e febre

- Causas da diarréia:

- Uma das maiores causas da diarréia são as más condições de vida em que vivem as pessoas: falta de água, esgoto, destino do lixo.
- Alimentos contaminados e estragados.
- Desmame precoce (o leite de peito aumenta a resistência contra infecções, a mamadeira se contamina fácil).
- Falta de higiene.
- Algumas infecções, como otite, amigdalite, sarampo.
- Alergia a certos alimentos.
- Ou ainda por excesso de tensão (nervosismo).

Através de constantes evacuações, vômitos, suor causado pela febre, a criança perde muita água e outras substâncias importantes ao organismo, tornando o corpo enfraquecido, causando a desidratação. Quando não é tratada a tempo, leva a morte.



- Como prevenir a diarréia:

- Beber água limpa.
- Lavar bem as mãos antes de preparar alimentos e protegê-los de moscas e outros insetos.
- Lavar bem chupetas e escovas de dentes antes de usá-los.
- Dar o leite materno às crianças o mais tempo possível, substituir a mamadeira por copos e colheres.
- Cozinhar bem os alimentos.
- Lavar as mãos das crianças antes de qualquer refeição.
- Nunca evacuar no chão e sim usar sempre a privada.
- Enterrar ou queimar o lixo.

A maioria das diarreias não necessitam de remédios. Se há diarreia o grande perigo é a desidratação e a desnutrição. O mais importante é dar muito líquido a criança e os alimentos que ela está acostumada a comer.



TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL

A T.R.O. se preocupa basicamente com a hidratação de crianças desidratadas. Esta hidratação é feita com os sais de reidratação (soro oral).

* Como saber se a criança precisa de soro oral?

O soro oral é utilizado quando uma criança está com desidratação. É também muito usado na prevenção da desidratação.

Para saber se a criança está com desidratação e precisa de soro, o agente de saúde deverá ter alguns conhecimentos sobre desidratação.

* DESIDRATAÇÃO: É a perda de água do corpo humano pelas fezes e/ou pelos vômitos.

A desidratação é uma freqüente causa de morte infantil. Por isso é preciso evitar a desidratação logo que começa a diarreia e/ou vômitos.

Este soro oral que reidrata a criança, só é encontrado nos postos de saúde. Ele não é vendido em farmácias.

O agente de saúde deverá encaminhar a criança com desidratação ao posto de saúde mais próximo.

Logo que a mãe desta criança adquirir o soro oral no posto de saúde, o agente de saúde deverá ensinar esta mãe a preparar o soro, da seguinte maneira:

- 1 - Lavar as mãos, com água e sabão antes de preparar o soro.
- 2 - Colocar 1 litro de água filtrada ou fervida em uma vasilha.
- 3 - Colocar todo o pó do saquinho na vasilha com água e mexer bem.

É importante que o agente de saúde oriente a mãe da criança, para não suspender a alimentação e sim dar a criança os alimentos que ela está acostumada e muito líquido.

A terapia de reidratação oral é bastante simples e a própria mãe pode cuidar da criança em casa.

O agente deverá estar atento para os sinais da desidratação, pois com o aparecimento dos primeiros sinais ou agravamento dos mesmos, o agente terá que encaminhar a criança ao posto de saúde mais próximo.

Principais sinais da desidratação leve, moderada e grave que o agente de saúde deverá observar:

SINAIS	DESIDRATAÇÃO LEVE	DESIDRATAÇÃO MODERADA	DESIDRATAÇÃO GRAVE
Aspecto da Criança Moleira	Alerta Normal ou Pouco Funda	Irritada Funda	Prostrada Muito Funda
Olho	Normal ou Pouco Fundo	Fundo	Muito Fundo Choro sem lágrimas
Boca	Normal ou ligeiramente Seca	Seca com Saliva Espessa	Muito Seca
Pele	Sinal da Prega Ausente	Sinal da Prega Discreta	Sinal da Prega Acentuada
Urina	Normal ou Pouco Diminuída	Diminuída	Muito Diminuída
SEDE	NORMAL	AUMENTADA	NÃO CONSEGUE

O agente orientará ainda as mães de como evitar a desidratação, como:

- _ Evitar a diarreia
- _ Evitar deixar as crianças no sol nos dias de muito calor.
- _ Colocar roupas leves e sempre limpas nas crianças em dias de calor
- Tomar banho frequentemente principalmente quando suar muito
- * Também é possível fazer um soro, que chamamos caseiro, até que seja possível pegar o soro oral no posto de saúde.

SORO CASEIRO

- _ 1 copo comum com água filtrada
- 2 tampinhas de refrigerante ou 1 colher de chá rasa de açúcar
- 1 pitada de sal.



GIARDÍASE

A Giárdia é um parasita microscópico que vive no intestino causando a giardíase. Ela é uma causa comum de diarreias, principalmente em crianças. Esta diarreia pode ficar indo e voltando.

A pessoa que tem diarreia com fezes amarelas, mal cheirosas e espumosas (cheias de bolhas), mas sem sangue ou muco, provavelmente tem Giárdia.

A barriga da criança com giardíase fica inchada, com gases e é muito desconfortável, tem leves cólicas intestinais e geralmente não há febre.

- Com evitar a Giardíase:
 - Lavar bem frutas e verduras
 - Manter sempre limpas as mãos e unhas
 - Tomar água filtrada ou fervida.

VERMINOSE

Existem vários tipos de vermes e outros minúsculos animais (parasitas) que vivem no intestino das pessoas e animais (cachorro, gato, porco, boi e outros) causando doenças - as verminoses.

As pessoas com verminose ficam pálidas, fracas e sem vontade de estudar e trabalhar.

Dependendo do tipo de verme, ela pode entrar no corpo das pessoas pela boca ou pela pele.

Alguns podem ser vistos nas fezes, como as lombrigas, oxiuros e solitárias.

Outros podem estar presentes no intestino em grande número sem serem vistos nas fezes.

As verminoses mais comuns:

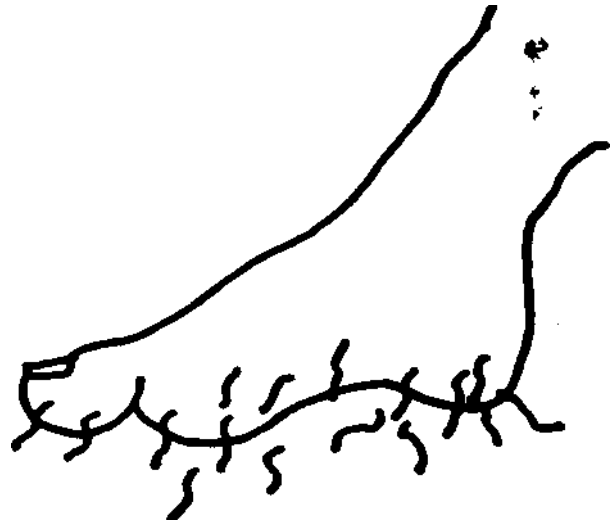
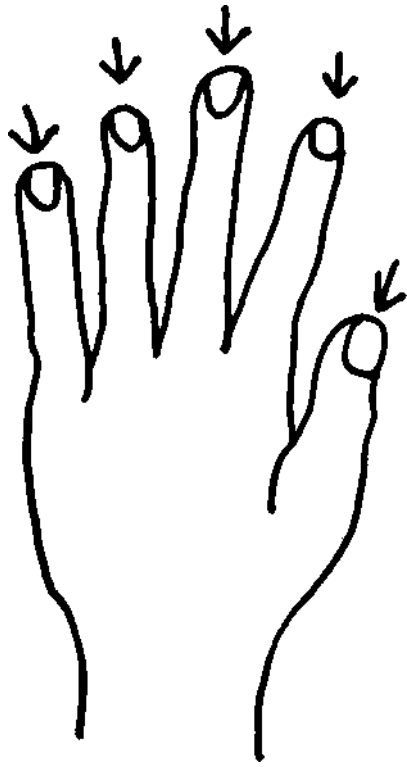
- 1 - Ancilostomose
- 2 - Ascarídiase
- 3 - Enterobiose (oxfurus)
- 4 - Teníase (solitária)

1- ANCILOSTOMOSE - (AMARELÃO)

É uma das doenças mais graves da infância, deixando a criança anêmica, amarela, fraca e sem coragem.

O verme do amarelão é muito pequeno, medindo menos que 1cm, arredondado e um pouco avermelhado, que vive nos intestinos das pessoas.

- Como o verme penetra no corpo:



Quando uma pessoa doente defeca no chão, os ovos do verme são eliminados com as fezes e destas saem pequenas larvas, que são espalhadas na terra pelo vento e pela chuva.

Se a pessoa anda descalça ou mexe na terra contaminada, as larvas penetram pela pele dos pés ou das mãos, entrando a seguir nas veias e sendo levadas pelo sangue até os intestinos das pessoas.

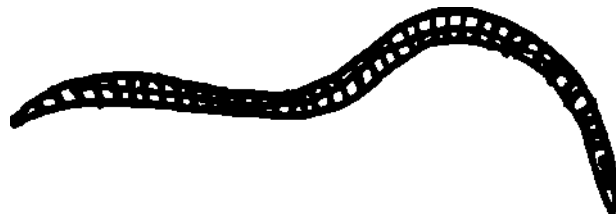
- Alguns sintomas da doença:

- Diarréia
- Dores de estômago
- Às vezes vômitos

- Como evitar a doença:

- Beber água limpa - filtrada ou fervida
- Não defecar no chão - usar sempre a privada
- Não andar descalço
- Construir fossas

2 - ASCARIDÍASE (LOMBRIGA):



A Ascaridíase é causada por um verme roliço, que pode medir até 48cm de comprimento, vive dos alimentos encontrados nos intestinos das pessoas, causando o emagrecimento.

- Como o verme penetra no corpo:

Pela boca através de:

- Água contaminada
- Frutas e verduras mal lavadas
- Comidas preparadas com mãos contaminadas pelos ovos dos vermes.

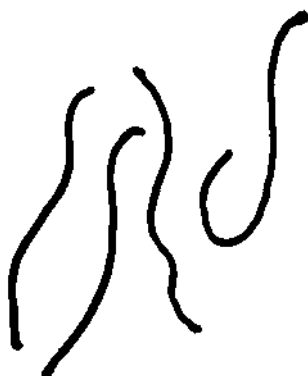
_ Alguns sintomas:

- Dor em cólica
- Náuseas
- Barriga grande
- Ranger de dentes

A Ascaridíase quando não tratada pode causar oclusão intestinal por constituírem verdadeiros bolos de vermes agrupados. Este verme ainda pode causar as mais variadas complicações nos pulmões, como bronquites, pneumonias com tosse e febre.

- Como evitar a Ascaridíase:
- Lavar as mãos após usar a privada e antes de preparar os alimentos.
- Lavar as frutas e verduras em água corrente.
- Ferver ou filtrar a água para beber. 3 _

ENTEROBIOSE(OXIURUS):



É uma doença que deixa a pessoa com falta de apetite, enjôo no estômago, cólicas e muita coceira no ânus, principalmente à noite, não deixando a criança dormir.

É um verme esbranquiçado, fino como um fio de linha e mede menos de 1cm de comprimento. Eles não são muito perigosos.

- Como o verme penetra no corpo:

Os vermes deixam ao redor do ânus, milhares de ovos, provocando coceira. Quando a criança coça, os ovos ficam debaixo de suas unhas e são levados à boca, para a comida e outros objetos.

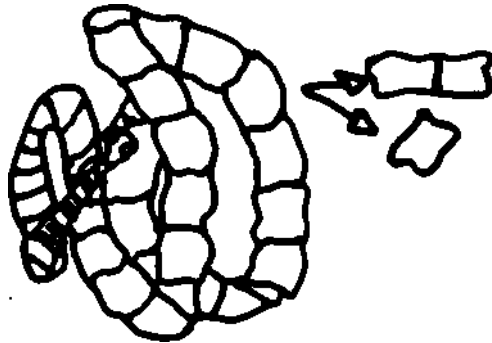
- Alguns sintomas:
- Prurido anal (coceira)
- Cólica
- Falta de apetite



- Como evitar a doença:

- Cortar as unhas bem curtas
- Lavar as mãos depois de usar a privada, quando acordar e antes de comer.
- Manter sempre limpa as roupas de cama e as de uso diário
- Evitar que uma criança contaminada durma com outra.

TENÍASE (SOLITÁRIA)

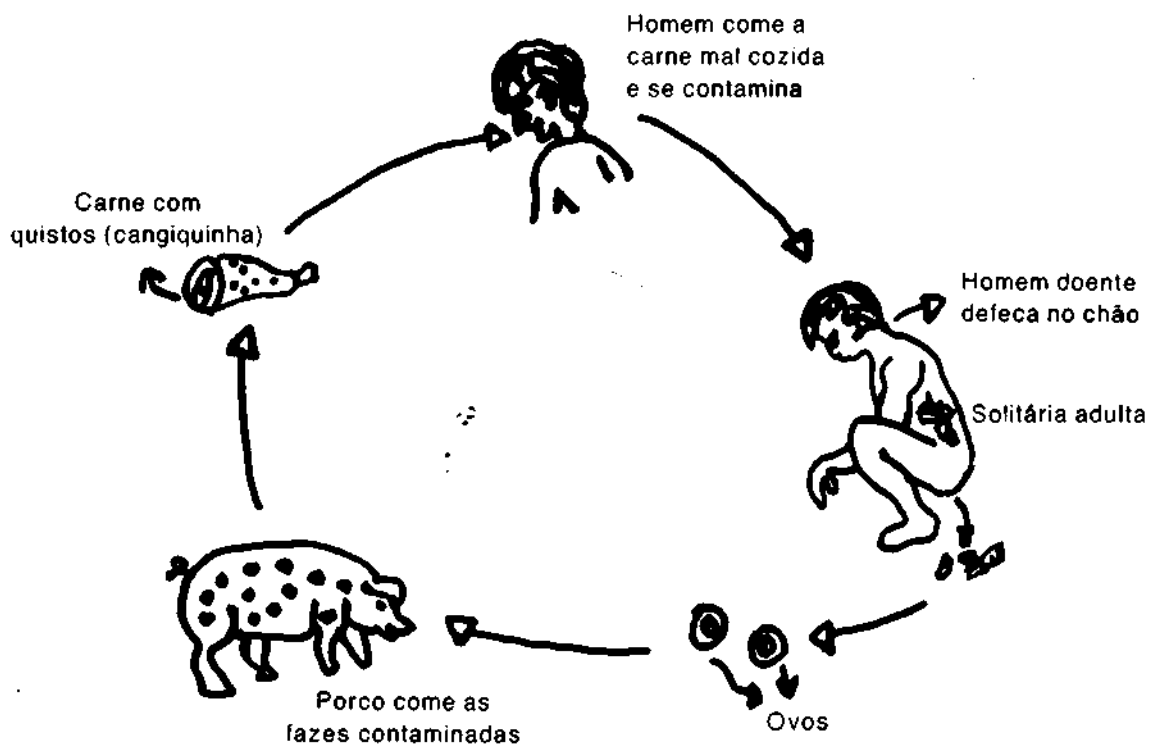


Esta verminose é bastante encontrada em crianças e adultos. As espécies mais frequentes são: a Tênia Solium e a Tênia Saginata. A primeira é transmitida pela carne de porco e a segunda pela bovina.

O verme mede de 2 a 3 metros podendo chegar até 9 metros. Seu corpo é formado por segmentos (anéis) esbranquiçados que podem ser expelidos com as fezes.

Geralmente a pessoa tem só um verme no intestino, por isso ele é conhecido pelo nome de solitária.

- Como o verme penetra no corpo:



- Alguns sintomas:

- Falta de apetite em uns e exagero em outros
- Cansaço
- Dor de barriga
- Falta de sono

A Tênia liberta substâncias tóxicas altamente nocivas ao organismo humano.

- Como evitar:
- Comer somente carnes bem cozidas ou bem assadas.
- Tomar água filtrada ou fervida.
- Lavar bem as verduras e frutas em água corrente.
- Defecar no local apropriado.
- Lavar as mãos após o uso da privada.

RESPONSÁVEIS:

Francisca Graciano Pinheiro - Enfermeira.

Solange Eleutério - Auxiliar Serviços Médico-Hospitalar I.

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

DEFINIÇÃO:

Doenças transmitidas durante o ato sexual, embora por exceção, também podem ser adquiridas através do contágio extra-genital.

ETIOLOGIA:

Os mais variados agentes biológicos: bactérias, fungos, vírus e artrópodos.

QUADRO CLÍNICO:

Dependendo do agente etiológico o aspecto clínico será extremamente diversificado. Os sinais e sintomas mais freqüentes serão:

- a) Erosão ou ulceração na genitália que pode ser dolorosa ou não;
- b) Secreção uretral ou corrimento vaginal abundante ou escasso, purulento ou não;
- c) Verrugas, às vezes tipo vegetação;
- d) Disúria: sensação de dor ou ardência ao urinar
- e) Prurido na região genital e áreas vizinhas: às vezes o parasito está presente (chato).

Os agentes causadores podem ser isolados a partir da lesão ou através de outros exames complementares (VDRL, no caso da sífilis), confirmando o diagnóstico para a determinação do tratamento correto.

O uso inadequado de drogas pode mascarar o quadro clínico, dificultando o diagnóstico e o tratamento.

COMPETE AOS AGENTES DE SAÚDE:

Orientar os pacientes para:

- a) Procurar o médico, evitando a automedicação ou o "Tratamento" nos balcões das farmácias
- b) Abstinência das relações sexuais enquanto não forem liberadas pelo médico. Lembrar que o contágio é fácil e, se voluntário, criminoso, de acordo com o Código Penal.

1 - SÍFILIS:

Doença infecto-contagiosa com evolução crônica, que ataca pele, ossos e vísceras, de transmissão geralmente sexual ou no caso do feto através da placenta, nos últimos meses de gestação.

ETIOLOGIA:

É causada pelo *Treponema Pallidum*, espiroqueta com capacidade de penetrar em mucosas sãs e pele com solução de continuidade.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Cerca de três semanas após o coito, o indivíduo apresenta lesão (cancro duro) quase sempre única, erosiva, indolor e localizada na genitália, nos lábios, ânus, dedos etc. De seis a oito semanas após o aparecimento do cancro podem aparecer manchas na pele com discreta sintomatologia: febre, dor de cabeça, dores articulares... Assim como a lesão inicial, estas manifestações também desaparecem e, caso o paciente não seja tratado, podem surgir lesões de caráter destrutivo na pele, ossos, aparelho circulatório e sistema nervoso central.

2 - L.G.V. (LINFOGRANULOMA VENÉREO)

Doença de transmissão sexual, causada pela **Clamídia Trachomatis** com período de incubação variável entre 7-30 dias.

QUADRO CLÍNICO:

A lesão inicial é quase sempre vesícula herpetiforme que na maioria das vezes não é percebida pelo paciente. Cerca de 15-20 dias após surge adenopatia regional. Na região inguino-crural é unilateral, às vezes bilateral. A Adenite apresenta sinais flogísticos e pode ser acompanhada de sintomatologia geral. Na mulher pode ocorrer o comprometimento dos glânglios periretais com seqüelas mais graves (estenose do reto).

3 - GONORRÉIA:

Doença infecto-contagiosa causada pela *Neisseria gonorrhoeae*, de transmissão quase sempre através do contato sexual.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO:

Variável em torno de 2-10 dias após o contato.

QUADRO CLÍNICO:

Os primeiros sinais e sintomas são ardência uretral agravada pelo ato de urinar, com abundante secreção purulenta espessa amarelada. Na mulher a secreção pode ser de menor intensidade, confundindo muitas vezes com corrimentos de outras etiologias.

Na fase crônica o achado do gonococo é mais difícil e a secreção pode se manifestar unicamente pela "gota matinal".

4 - CANCRO MOLE (Cancróide)

Doença de transmissão quase exclusivamente sexual, causada pelo *Hemophilus ducreyi*. PERÍODO

DE INCUBAÇÃO:

É muito curto, em torno de 24-48 horas, raramente chegando a 3 ou 4 dias.

QUADRO CLÍNICO:

A lesão inicial costuma ser uma lesão pápulo-pustulosa que após a ruptura forma lesão ulcerada, de bordas amolecidas, com secreção purulenta e extremamente dolorosa. A secreção que flui da úlcera produz lesões satélites, pela facilidade de autocontaminação.

Como complicação, em cerca de 1/3 dos casos podemos observar adenopatia satélite com todos os sinais (logísticos e tendência à fistulização).

APESAR DE GRAVES, AS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, EM SUA
MAIORIA, PODEM SER COMPLETAMENTE CURADAS, QUANDO É FEITO
O TRATAMENTO ADEQUADO.

SIDA/AIDS

A AIDS é uma doença causada por um vírus: o HIV (vírus da Imunodeficiência humana), que destrói os mecanismos de defesa natural. Esta sigla AIDS significa: síndrome da imunodeficiência adquirida. Quando apareceram os primeiros casos da doença verificou-se que alguns sintomas e sinais apareciam com frequência na maioria dos pacientes. Até então, estas causas eram desconhecidas, por isto, se deu o nome de SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA à esta nova doença. SÍNDROME como já dissemos, é um conjunto de sinais e sintomas que se desenvolvem simultaneamente. Vamos ver como é: alguns sintomas e sinais como diarreia, febre alta, suores noturnos, cansaço, etc., podem mostrar a necessidade de uma visita ao médico. Muitas pessoas ficam achando que têm AIDS por apresentarem estes sintomas, porém só o médico está habilitado a fazer um diagnóstico já que todos estes sintomas podem indicar também outras doenças. IMUNODEFICIÊNCIA - o vírus HIV ataca o sistema imunológico da pessoa, causando-lhe uma deficiência no seu funcionamento, isto é, ele desorganiza o sistema imunológico deixando a pessoa vulnerável a doenças que normalmente o organismo resolveria por si só. ADQUIRIDA - como a deficiência é causada por um vírus dizemos que é adquirida ou seja, veio de algo estranho ao organismo.

O H.I.V.

Vírus são seres infinitamente pequenos que vivem dentro de outras células e delas se utilizam para se multiplicar e sobreviver. O H.I.V procura uma célula sanguínea chamada linfócito (glóbulo branco), e nela se reproduz destruindo-a, desorganizando assim, nosso sistema de defesa. No entanto, isto não ocorre da noite para o dia, o H.I.V. pode ficar em média 8 anos "adormecido" sem causar problemas para o organismo.

Quando a pessoa tem o vírus "adormecido" e não desenvolve a doença, dizemos que ela é **soropositiva** ou **paciente assintomático**, (o exame é positivo, porém a pessoa está tão bem quanto qualquer outra sem o HIV). Já a pessoa que apresenta doenças oportunistas é o **paciente de AIDS** ou **paciente sintomático**. Nos dois casos a pessoa convive normalmente com as outras na escola, no cinema, etc... sem causar risco de contaminação a ninguém.

O vírus da imunodeficiência humana é encontrado **basicamente** no sangue, esperma e secreção vaginal.

COMO SE "PEGA" AIDS

Na verdade, ninguém "pega" AIDS, a pessoa se contamina com o vírus da AIDS (HIV). Pode se contaminar

através de relações sexuais (oral, vaginal e anal) sem o uso de preservativos (a camisinha). Também pode-se contaminar através de transfusão de sangue se este não tiver sido testado. Temos que brigar pela fiscalização do sangue, para ele estar seguro na hora de ser usado. As mulheres portadoras do vírus podem contaminar o feto através da placenta, o bebê através do canal do parto ou no aleitamento. As pessoas que compartilham seringas e agulhas podem se contaminar, é o caso dos usuários de drogas injetáveis.

Agora que já sabemos como o vírus se transmite vamos esclarecer algumas dúvidas:

1 - Se você socorrer um aluno que está sangrando, você corre risco? Sim. Se você estiver com uma ferida aberta (sem proteção) e houver troca de sangue você corre algum risco. Lembre-se que o sangue transmite outras doenças bem mais contagiosas que a AIDS como a hepatite por exemplo. **ATENÇÃO: NA PELE ÍNTEGRA (SEM FERIMENTOS) O VÍRUS NÃO CONSEGUE PENETRAR.** O HIV também não sobrevive muito tempo fora do organismo, por isto não se preocupe com os raladinhos de joelho, nem gotas de sangue pelo chão (veja ao final deste caderno os procedimentos que se deve usar nestes casos).

2 - Uma criança contaminada que morde outra, pode transmitir AIDS? Não. Os estudos mostram que as mordidas comuns em brigas de crianças (aquelas que deixam marcas dos dentes) não se constituem em risco. A única forma de transmissão seria se a criança que mordesse estivesse sangrando e tirasse sangue da outra na mordida. De qualquer maneira, crianças que costumam morder outras com frequência devem ser motivo de acompanhamento especial, pois apresentam um distúrbio sério de comportamento.

3 - A Saliva transmite AIDS? Não. O vírus da AIDS foi encontrado na saliva com muito pouca frequência em pacientes com AIDS, assim mesmo a quantidade de vírus na saliva é insuficiente para causar infecção. Além disso, há evidências de que a saliva pode bloquear a ação do vírus. Por isso, mascar o mesmo chiclete, o mesmo lápis, **não** são motivos de preocupação no que se refere a AIDS, mas estas são práticas que devem ser combatidas por serem antihigiênicas. O beijo também não é motivo de preocupação assim como beber água no mesmo corpo, comer no mesmo prato, morder a mesma maçã.

PARA CAUSAR INFECÇÃO É NECESSÁRIO UMA GRANDE QUANTIDADE DE VÍRUS, ISTO SÓ OCORRE EM TROCAS DE SANGUE, ESPERMA, SECREÇÃO VAGINAL E ALEITAMENTO MATERNO.

4 - Por que não se faz o teste em todas as crianças para saber quais as que têm AIDS? Não há razão médica para se isolar os doentes de AIDS do resto da sociedade, visto que não há transmissão da AIDS no meio escolar ou no convívio social. A testagem compulsória de todas as crianças só serviria para favorecer a discriminação das crianças com AIDS. Testes compulsórios (mesmo que indicados "sutilmente") ferem os direitos civis e humanos. É bom lembrar aqui o artigo 5º da Constituição Federal, incisos 2 e 10:

2 - "Ninguém" será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa, se não em virtude da lei".

10 - "São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurando o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação"...

5 - Como é o teste para saber se a pessoa tem AIDS? O teste é realizado a partir do sangue da pessoa, colhido em pequena quantidade e que será submetido a exame de laboratório.

O resultado nos indica se a pessoa teve contato com o vírus da AIDS, através da presença e anticorpos contra ele (vírus).

Se a pessoa teve um contato que possa ter transmitido o vírus (contato com sangue, secreções, esperma) o resultado só terá valor de 2 a 4 meses após o contato, já que o organismo leva este tempo (chamada janela imunológica), para "fabricar" os anticorpos que indicam que o organismo está infectado pelo HIV.

A pessoa deve fazer sempre 2 tipos diferentes de testes para confirmar o resultado positivo.

Outra coisa que acontece é que pode ocorrer de pessoas terem o vírus e não ter uma grande quantidade de anticorpos e aí o resultado será negativo. Entendeu agora, porque não adianta fazer teste em todo mundo? É por isso mesmo. Porque o teste só é preventivo e obrigatório para os bancos de sangue.

6 - Quando o teste deve ser feito? A pessoa deverá fazer exame quando:

- Tiver relações sexuais com parceiros(as) diferentes, sem uso da camisinha;
- Não está seguro(a) da fidelidade do seu (sua) parceiro(a);
- Utilizar a mesma agulha ou seringa de outras pessoas sem esterilizar;
- Tem ou teve uma ou mais doenças sexualmente transmissíveis;
- Finalmente, tem vontade de fazer o teste, porque está preocupado(a) com alguma situação em particular.

O médico da pessoa deve acompanhar o processo e discutir com ela as possibilidades de estar ou não contaminada.

Se você fez algum teste e deu negativo e ao ler estas informações ficou angustiado procure o seu médico para conversar...

7 - Por que não fazer classes especiais e até mesmo abrir escolas especiais para crianças com AIDS? Assim como a testagem compulsória, a criação de classes ou escolas especiais para crianças com AIDS se constituiria num crime de discriminação, visto não haver risco de contaminação no meio escolar que justifique o isolamento destas crianças. Os crimes de discriminação são passíveis de punição previstos em lei.

8 - Por que há tanto segredo quando a pessoa tem AIDS? Como se sabe, existe o código de ética médica que garante o sigilo em relação ao diagnóstico de qualquer doença. A privacidade das pessoas é garantida por lei. Pensa-se nisto, só quando se fala de AIDS, mas na verdade ninguém tem o hábito de contar para todo mundo as doenças que tem (câncer, tuberculose, etc.). Contar que tem a doença (AIDS, câncer, etc.) é uma decisão do paciente e no caso das crianças, de seus responsáveis. Não podemos esquecer que as crianças portadoras do vírus da AIDS não sabem disso. Para a sobrevivência delas é preciso que tenham uma vida normal e sejam tratadas normalmente.

9 - Quando há um caso de AIDS na escola, quem deve saber? Quando a diretora ou diretor fica sabendo e não foi através dos pais ou responsáveis pelas crianças, deve procurar conter o boato (se existir), respeitando a ética, promovendo discussões na escola sobre AIDS, formas de prevenção etc., sem contar para ninguém que há uma suspeita na escola. Se o diretor ou professor ficar sabendo através dos pais ou responsáveis pela criança, deve entrar em contato com o médico da criança e/ou serviço de saúde mais próximo da escola para **se** informar adequadamente sobre o que fazer nestas circunstâncias. Ele não pode contar para ninguém mais, a menos que tenha autorização dos pais ou responsáveis.

A PREVENÇÃO DA AIDS

As medidas para evitar a contaminação através: Do ato sexual:

- Usar sempre o preservativo (camisinha) nas relações sexuais de qualquer tipo (oral, vaginal e anal) a menos que você e seu parceiro(a) não tenham tido parceiros anteriores e sejam absolutamente fiéis.

Do contato com o sangue:

- Usar luvas ou saco plástico para proteger as mãos sempre que for socorrer alguém que tenha um sangramento forte.
- Não compartilhar agulhas e seringas.

Se você trabalha com usuários de drogas injetáveis você precisa saber que: lavando-se a seringa 2 vezes com hipoclorito de sódio (água sanitária ou Q-bom) e 2 vezes com água, a seringa fica desinfetada.

VOCE E A AIDS

Todo mundo lembra de quando era criança e sofreu algum tipo de discriminação por parte dos colegas por um dente que faltava, pelo cabelo curto, porque era gordo, porque falava errado, porque "repetiu" o ano, porque era negro, porque adoeceu, enfim todos nós um dia sentimos em maior ou menor grau o que significa "estar de fora". Agora pense bem: o que você acha que pode acontecer com alguém que tenha AIDS e se vê exposto de uma hora para outra? Falar em AIDS é falar em sentimentos e assuntos que fazem parte da vida mas não estão nos livros escolares: morte, perda, culpa, sexualidade, medo, solidariedade, companheirismo etc...

Por isso você é tão importante. O medo e o preconceito são frutos do não saber o que é, do medo de se contaminar, do achar que nossos filhos e filhas não são capazes de se proteger. Esquecemos que viver é um risco. Dirigir carro, pegar o ônibus, dirigir um trator, cuidar da boiada, tirar leite da vaca, namorar a pessoa errada, ser abandonado(a) por quem amamos, perder a casa numa enchente, significa assumir riscos que não dependem só dos nossos cuidados.

Você é a pessoa que a partir de agora, pode ajudar a transformar o pesadelo da AIDS (da doença) numa oportunidade de compartilhar desafios, resgatar o sentido de ser humano, de olhar nos olhos do outro e se perceber nele porque é um parceiro, um companheiro, alguém, com quem se pode contar.

O pai, a mãe, o professor, a professora historicamente, têm sido os cúmplices da vida, não vamos nos esquecer disto, para que nosso medo possa ser superado pela nossa solidariedade consciente.

ANEXO

PRIMEIROS SOCORROS

MEDIDAS GERAIS: Proteja sempre as mãos com luvas de borracha ou saco plástico quando em casos de:

Engasgamento e/ou convulsão - Muitas vezes é preciso enfiar a mão na garganta da criança para socorrê-la.

- **Quebra de dente ou sangramento** - lavando o local do ferimento com água e sabão cobrindo com curativo, ou fazendo a criança apertar com algodão ou papel toalha, no local do ferimento.

Abuso sexual - Nestes casos leve imediatamente a criança para o hospital (ou ambulatório) e chame a família.

Limpeza de locais onde há sangue (ocorrência de acidentes) - Cubra o local (chão, cadeira, mesa) com álcool a 0% ou água sanitária (Q-bom) durante 10 minutos. Limpe o local com pano embebido em desinfetante. É bom (no caso das escolas) procurar sempre a ajuda dos serviços de saúde (centros, secretarias), para ajudar na orientação de professores e alunos.

CONTRIBUIÇÃO da Coordenação Programa Nacional de Controle DST/AIDS - Ministério da Saúde - 1992.

ESCABIOSE (SARNA)

Também conhecida como sarna, é uma doença altamente contagiosa e que provoca habitualmente epidemias familiares e em ambientes fechados, tais como: colégios, creches, enfermarias etc.

Ela causa pequenos caroços que coçam muito e podem aparecer no corpo todo, mas, são mais comuns:

- Entre os dedos
- Nos punhos
- Nas axilas
- Ao redor da cintura
- Nos genitais
- Na mulher ocorre também no bico do peito.

A sarna é causada por um pequeno animal, parecido com carrapato, que faz túneis por baixo da pele.

A sarna se transmite através do contato direto com a pele infectada de outra pessoa ou através da roupa de uso pessoal ou de cama.

Cabe ao agente de saúde orientar a criança e toda sua família quanto ao cuidado que se deve ter quanto a sarna.

- Tomar banho com água e sabão
- Trocar de roupa todos os dias
- Lavar as roupas de corpo, banho e cama todos os dias.

O agente deverá encaminhar a criança ao posto de saúde, mais próximo.

PEDICULOSE (PIOLHO)

* **PIOLHO DA CABEÇA:** O diagnóstico é geralmente feito pelo achado dos ovos (lêndeas) do piolho (*Pediculus humanus*) na cabeça.

As lêndeas são pequenas, esbranquiçadas, firmemente aderidas ao pelo. A coceira é intensa, principalmente na nuca, onde se pode observar algumas lesões.

O piolho da cabeça é muito contagioso, sendo comum as epidemias em colégios, creches e ambiente familiar.

É dever de todo agente, examinar periodicamente a cabeça das crianças (pelo menos uma vez por semana).

O agente de saúde deve orientar que tome banho todos os dias e lave a cabeça freqüentemente. Orientar também as mães das crianças contaminadas, que passem diariamente um pente fino para retirar as lêndeas e piolho, e evitar que passe para as outras crianças.

* **PIOLHO DO PÚBIS:** O parasita tem o corpo achatado e se encontra quase exclusivamente nos pêlos pubianos. Por exceção outras regiões pilosas podem ser acometidas, menos o couro cabeludo.

A transmissão muitas vezes ocorre por transmissão sexual. O prurido (coceira) também está presente e é muito intenso.

* **PIOLHO DO CORPO:** É também chamada "doença dos vagabundos" por ser encontrada em indivíduos que habitualmente não tomam banho e passam meses sem trocar de roupa. O diagnóstico é feito pelo achado de escoriações (feridas) provocadas pela coçadura; os piolhos somente se encontram nas dobras das roupas.

Caso o agente encontrar uma criança acometida de piolho no corpo, deverá recomendar que tome banho com água e sabão todos os dias e troque suas roupas freqüentemente. A roupa de cama também deve ser trocada e lavada com freqüência.

Para se evitar as pediculoses, é preciso muita higiene corporal e também das roupas, por isso o agente de saúde deverá orientar sempre as crianças e os pais que tome alguns cuidados de higiene, como:

- Tomar banho diariamente

- Lavar a cabeça com bastante água e sabão freqüentemente.
- Trocar de roupa diariamente.
- Lavar e ferver as roupas de uso pessoal e as de cama.

MICOSES SUPERFICIAIS

São doenças muito comuns que podem aparecer em qualquer parte do corpo, mas aparece mais freqüentemente no couro cabeludo (tinha) nas partes sem pêlo (micose), entre os dedos da mão e do pé (pé de Atleta) ou entre as pernas (coceira de jóquei).

As mais comuns são: pitiríase versicolor, tinhas (dermatofílicas) e a monilíase.

* AGENTES ETIOLÓGICOS: Várias espécies de fungos, pertencentes ao grupo dos dermatófilos e das leveduras.

I - Pitiríase versicolor (Micose) caracteriza-se por manchas de dimensões variáveis (geralmente 0,5-1 cm), de coloração esbranquiçada, avermelhada ou pardacenta, com descamação muito fina. Estas lesões quase sempre, não apresentam sintomas e atacam principalmente o pescoço, a face, peito e costas. As manchas tornam-se mais evidentes com a exposição solar, motivo que a torna conhecida como "micose de piscina".

II - MONILÍASE: Acomete preferentemente as dobras cutâneas, produzindo lesões úmidas, maceradas e erosivas. Ataca os espaços entre os dedos da mão e pés, dobras inguino-crurais e mamárias. Quando as unhas são afetadas pelo fungo, elas se tornam duras, espessas e ásperas (unheiro). A obesidade é fator predisponente.

III - DERMATOFÍCIA: As lesões costumam ser anulares ou policíclicas, com crescimento centrífugo, pruriginosas, localizadas em várias partes do corpo: Regiões inguino-crurais, (coceira de jóquei) pés, (pés de atleta), couro cabeludo, (Tinha do couro cabeludo, comum na infância), unhas (quando destroem a lâmina ungueal, as unhas se formam quebradiças).

A Tinha do couro cabeludo pode produzir manchas redondas com crostas e provocam a queda do cabelo.

O agente de saúde deve orientar as crianças e os pais como evitar as micoses e alertá-los para que tenham alguns cuidados, tais como:

- Não deixar uma criança que tenha micose dormir junto com as outras crianças.
- Não deixar que uma criança use roupas de outra, a menos que a roupa seja bem lavada antes.
- Lavar a área afetada todos os dias com bastante água e sabão, e deixá-las bem secas.
- Enxugar as dobras cutâneas após o banho.
- Trocar sempre as roupas de baixo e as meias e lavá-las com muito sabão e água, se possível fervê-las.
- Trocar também as roupas de cama.

O agente de saúde deverá encaminhar imediatamente qualquer criança que suspeitar ou apresentar micoses superficiais, ao posto de saúde.

RESPONSÁVEIS:

Décio E. de Azevedo Martins - Médico-Sanitarista. Maria da Glória Ferreira - Médica-Sanitarista.

INFECÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA

O QUE É A I.R.A.

É um conjunto de doenças respiratórias mais freqüentes na infância. Afetam crianças de todos os níveis sócio-econômicos. As infecções respiratórias agudas são responsáveis pela elevada taxa de mortalidade infantil.

O agente de saúde deverá considerar como caso suspeito de I.R.A., toda criança doente até 7 dias, que apresente um dos sinais a seguir:

- Tosse
- Coriza
- Dor de ouvido
- Obstrução nasal
- Garganta vermelha
- Respiração rápida ou difícil.

* Mas atenção! Se a criança apresentar respiração difícil e com chiados, ela pode estar com asma.

Havendo suspeita de I.R.A., o agente de saúde deverá:

- Averiguar se há casos de sarampo, coqueluche, difteria e tuberculose na família ou na comunidade.
- Observar ainda se a criança apresenta:
 - * Pele úmida, seca ou com manchas vermelhas.
 - * Se os olhos estão vermelhos.
 - * Se há dor de ouvido ou secreção purulenta.

Se a criança apresentar estes sinais ou apenas um deles, o agente deverá encaminhar, o mais depressa possível, a criança ao posto de saúde.

Uma vez constatada a I.R.A. pelo médico especialista, caberá ao agente de saúde orientar a mãe da criança sobre alguns cuidados que ela deverá ter como:

- Nos casos de febre até 38°C não usar antitérmico e sim fazer banhos morno ou frio, durante 3 a 5 minutos ou ainda colocar compressas frias na cabeça, nas axilas e na região inguinal (virilha). Estas medidas previnem a febre alta e as convulsões que podem ocorrer.

- Manter a alimentação normal da criança sem forçar, pois é natural a perda de apetite.
- Oferecer líquidos freqüentemente (chás, leite, água, sucos etc), afim de prevenir a desidratação.

Deve-se ainda ensinar as mães a fazer a tapotagem (técnica muito simples que ajuda a eliminar secreções acumuladas), pelo menos 3 vezes ao dia, sempre antes das refeições. A topotagem é feita da seguinte maneira:

- Colocar a criança deitada com a barriga e a cabeça mais baixos que o resto do corpo (colocar um travesseiro em baixo das nádegas).
- Bater com as mãos em concha nas costas da criança.
- Fazer durante 15 minutos mais ou menos, 3 vezes ao dia.

O agente poderá ensinar a criança a fazer exercícios respiratórios, que irá ajudá-lo muito. Consiste em inspirar e expirar:

Inspirar - Expirar

- * Posição: deitada, pernas flexionadas, mãos sobre as últimas costelas.
- * Execução: a) inspirar pelo nariz, inflando o abdômem
 - b) pausa
 - c) expirar pela boca, comprimindo as costelas com as mãos.

Se a criança apresentar qualquer sinal de agravamento, encaminhar ela novamente ao posto de saúde o mais depressa possível.

A IMPORTANCIA DAS VACINAS

As vacinas são meios importantes que temos ao nosso alcance para evitarmos certas doenças. Mas não devemos nos esquecer que: se é para prevenir, as vacinas devem ser tomadas antes de pegarmos as doenças. Por isso é tão importante vacinar as crianças, os adultos e os animais na época certa.

O QUE É A VACINA

É um preparado que provoca uma ação no corpo criando defesa contra algumas doenças. A vacina contém o micróbio causador da doença, enfraquecido ou morto, de modo que não provoque a doença.

COMO A VACINA AGE NO CORPO

Quando somos atacados por um micróbio, o nosso corpo sofre a doença e produz uma defesa que luta para eliminá-lo. Assim, quando somos vacinados contra uma doença, o nosso corpo produz a defesa sem ficarmos doentes, tornando-nos resistentes ou imunizados contra esta doença.

DOENÇAS EVITÁVEIS POR VACINAS

Se o micróbio de uma determinada doença se espalhar numa comunidade, as pessoas que não foram vacinadas correm o risco de adoecerem.

Existem vacinas contra as seguintes doenças: Difteria, Coqueluche, Tétano, Paralisia Infantil, Tuberculose, Raiva, Febre Amarela e Febre Tifóide.

VACINAS DE ROTINA

São aquelas que, por determinação do Ministério da Saúde, são obrigatórias para todas as crianças no primeiro ano de vida.

São elas: Sabin, Tríplice, BCG e anti-Sarampo.

DOENÇAS E VACINAS

SARAMPO

É uma doença muito comum entre as crianças. É causada por um micróbio (vírus) e pode trazer graves complicações tais como: Pneumonia, infecções no ouvido, no cérebro, nos olhos etc... Estas complicações podem deixar as pessoas defeituosas ou até mesmo levar à morte.

COMO SE ADQUIRE O SARAMPO

Através do contato com a pessoa doente que, ao falar, tossir ou espirrar, espalha gotas de saliva, levando os micróbios para as pessoas que se acham por perto.

Pode-se pegar esta doença através de objetos dos doentes: roupas, mamadeiras, chupetas, etc.

COMO RECONHECER O SARAMPO

O Sarampo começa como se fosse um resfriado: com febre alta, irritação nos olhos, lacrimejamento, corrimento do nariz, espirros freqüentes, tosse seca e depois com secreção.

Olhando dentro da boca, podem ser vistas manchas nas bochechas, perto dos últimos dentes.

Aparecem manchas vermelhas ou róseas, em todo o corpo da pessoa e que duram de 2 a 5 dias.

COMO EVITAR O SARAMPO

Vacinando as crianças a partir dos 9 meses de idade até 4 anos.

Evitando contato com as crianças doentes, até que estas tenham curado.

CUIDADOS GERAIS

- Administrar anti-têrmicos
- Asseio corporal (banhos diários) higiene dos olhos, boca e nariz.
- Oferecer bastante líquido (água, sucos, leite e chá). Se a criança não sugar a mamadeira ou seio, dar em colherinhas.
- Se o doente apresentar dificuldade para respirar e cansaço, acompanhados de febre alta, mandar voltar à Unidade de Saúde.

VACINA ANTI-SARAMPO

APRESENTAÇÃO:

Apresenta-se sob a forma liofilizada (pó), acompanhada do diluente próprio nas seguintes dosagens:

- Frasco - Ampola com 20 doses de vacina e uma ampola com 10ml de diluente.
- Frasco - Ampola com 5 doses de vacina e uma ampola com 2,5ml de diluente.
- Frasco - Ampola com 1 dose de vacina e uma ampola de 0,5 ml. de diluente.



VIA DE ADMINISTRAÇÃO

A vacina anti-sarampo deve ser aplicada via Sub-cutânea no braço esquerdo, na região do músculo deltóide com seringa ou injetor. Não usar álcool ou éter para limpeza do local de aplicação da vacina.

DOSE

Aplica-se 1 dose de 0,5ml (dose única).

IDADE

Recomenda-se a vacinação a partir dos 9 meses até 4 anos completos. A recomendação "a partir de 9 meses" se dá porque a criança até essa idade possui resistência (anticorpos da mãe) que poderá dificultar a ação da vacina no organismo da criança. No entanto, em campanhas ou bloqueios essa faixa de idade pode ser alterada.

CONSERVAÇÃO

A vacina anti-Sarampo deve ser conservada na geladeira entre +4°C a +8°C, protegida da luz solar direta.

O diluente deve estar guardado na geladeira junto com a vacina e no momento da diluição deve estar na mesma temperatura.

A vacina depois de diluída, se conservada adequadamente, poderá ser usada por um período de 4 horas. Após esse período, a vacina deve ser jogada fora.

RECOMENDAÇÕES:

- Adiar a vacinação em caso de febre acima de 38⁹.
- Depois da aplicação da vacina, em torno de 1 semana poderá ocorrer febre e vermelhidão no corpo. Nesses casos recomenda-se o uso de antitérmico.
- As crianças desnutridas ou com tuberculose ativa devem ser vacinadas porque, se pegarem o Sarampo, poderão apresentar complicações graves ou mesmo morrer.
- As crianças de 9 meses a 4 anos que já tiveram "Sarampo", e que ainda não foram vacinadas, podem ser vacinadas.

POLIOMIELITE (PARALISIA INFANTIL)

É uma doença que ataca principalmente as crianças, podendo deixar a pessoa defeituosa para o resto da vida.

COMO SE ADQUIRE A POLIOMIELITE

Através de uma pessoa doente, pelo contato com saliva, secreção do nariz, das fezes, por meio de alimentos e objetos contaminados e principalmente onde as condições de higiene e saneamento não são boas.

COMO RECONHECER A POLIOMIELITE

A doença inicia com sintomas leves, semelhantes aos de um resfriado comum ou gastroenterite. Os sintomas e sinais mais frequentes são: Febre, Dor de Cabeça, Diarréia, Vômitos, Rigidez da Nuca, Dores Musculares e Mal Estar Geral.

A paralisia instala-se subitamente, acometendo em geral os membros inferiores, tendo como característica principal a flacidez muscular. A paralisia dos músculos respiratórios pode levar à morte por asfixia.

COMO EVITAR A POLIOMIELITE

Vacinando todas as crianças menores de 5 anos com a vacina anti pólio oral (Sabin).

CUIDADOS GERAIS

Suspeitando-se de Poliomielite, encaminhar o doente ao hospital imediatamente, notificando o caso, mesmo suspeito.

Após a evacuação, as fezes devem ser jogadas em vaso sanitário e dada descarga ou enterradas longe de fontes de água.

- VACINA ANTI-PÓLIO ORAL (SABIN)

[CONTRA POLIOMIELITE (PARALISIA INFANTIL)]

APRESENTAÇÃO:

Apresenta-se sob a forma líquida, em frasco (bispnaga) de 10, 20, 25 e 50 doses. VIA

DE ADMINISTRAÇÃO

A vacina contra Poliomielite é aplicada por via oral (na boca).

DOSE

São necessárias 3 doses, com espaço de 2 meses, e 1 dose de reforço 1 ano depois. Geralmente cada dose contém 2 gotas, podendo variar de acordo com o fabricante.

IDADE

A idade recomendada para início da vacinação é a partir de 2 meses. No entanto, em campanhas, poderá ser aplicada a partir do nascimento.

CONSERVAÇÃO

À vacina contra Poliomielite deve ser conservada em geladeira entre +4°C +8°C, protegida da luz solar direta. Após aberto o frasco deve ser mantido em temperatura adequada. Adotando-se medidas que evitem sua contaminação, pode ser usado por uma semana.

RECOMENDAÇÕES

Não existem contra-indicações, no entanto recomenda-se adiar a vacinação nas seguintes condições:

- Estados febris acima de 38°C;
- Diarréias severas ou vômitos intensos.

DIFTERIA (CRUPE)

É uma doença muito grave em crianças menores de 4 anos que podem até morrer sufocadas em poucas horas.

Pode trazer graves complicações como: problemas cardíacos, paralisia do céu da boca, dos membros, etc.

COMO SE ADQUIRE A DIFTERIA (CRUPE)

Através do contato com a pessoa doente, quando esta ao falar, tossir ou espirrar, espalha pequenas gotas de saliva, levando o micróbio para as pessoas que se acham por perto. Pode-se também pegar a doença através de objetos do doente, principalmente os que estiveram em contato com a boca e o nariz (louça, roupa, mamadeira e chupe-ta).

COMO RECONHECER A DIFTERIA

É uma doença muito grave que começa como se fosse um resfriado. A criança fica abatida. 1 raça, sem apetite e com febre baixa.

Olhando dentro da boca, pode ser visto na garganta pontos esbranquiçados que podem depois cobrir as amígdalas com uma placa acinzentada. Quando isto acontecer pode haver falta de ar com respiração difícil.

COMO EVITAR A DIFTERIA

Vacinando as crianças de 2 meses até 4 anos com a vacina tríplice. (DPT).

CUIDADOS GERAIS

- Encaminhar os casos suspeitos ao hospital imediatamente.
- Separar e ferver os objetos usados pelo doente.

COQUELUCHE (TOSSE COMPRIDA)

É uma doença freqüente, principalmente nas crianças abaixo de 5 anos, provocada por um micróbio que ataca o aparelho respiratório e pode trazer graves complicações como: Bronquite, Desidratação e Desnutrição, Hernias, Pequenas Hemorragias e Alterações no Sistema Nervoso que poderá levar à morte.

COMO SE ADQUIRE A COQUELUCHE

Através do contato direto com as secreções do nariz e da boca das pessoas doentes, (quando elas tosem, falam, espirram) e do contato com objetos recém-contaminados.

COMO RECONHECER A COQUELUCHE

No começo a criança apresenta corrimento do nariz, olhos avermelhados e escorrendo água, tosse pouco freqüente e febre baixa.

Entre 10 e 14 dias a tosse aumenta e fica rebelde (em acesso) dificultando a respiração (período de maior contágio).

Quando a respiração volta, a criança emite um ruído alto parecendo assobio, muitas vezes vomita nessa hora.

Os acessos de tosse podem ser provocados por choro, esforços físicos e alimentação forçada.

A doença pode durar de 2 a 3 meses e daí os acessos de tosse vão diminuindo. COMO

EVITAR A COQUELUCHE

Vacinando as crianças de 2 meses até 4 anos com a vacina tríplice (DPT). CUIDADOS

GERAIS

- Evitar situações (choro ou alimentação forçada).
- Oferecer alimentos em pequenas quantidades várias vezes ao dia.

- Ambiente arejado e sem poeira.
- Se apresentar complicações mandar voltar à Unidade de Saúde.

TÉTANO

É uma doença causada pela toxina do bacilo tetânico. Este micróbio é encontrado no solo e intestinos de alguns animais, principalmente no cavalo. Pode levar o paciente à morte por impedi-lo de respirar devido a contração dos músculos da respiração.

COMO SE ADQUIRE O TÉTANO

Através de queimaduras e ferimentos causados por pregos, agulhas, cacos de vidro, espinhos de plantas e outros materiais sujos. O Tétano umbilical (mal de 7 dias) pode ser adquirido com o uso de curativos feitos com pó de fumo, terra ou adubo de curral e outros não apropriados.

O doente não transmite a doença.

COMO RECONHECER O TÉTANO

O adulto tem dificuldade para abrir a boca e engolir (trismo); endurecimento dos músculos do rosto parecendo que está rindo (riso sardônico); endurecimento da nuca dificultando os movimentos da cabeça; encurvamento do corpo para trás, lembrando um arco; contração dos músculos do corpo levando à rigidez.

A criança com Tétano umbilical (mal de 7 dias) apresenta: dificuldade para mamar, pernas esticadas, braços dobrados junto ao corpo, mãos fechadas e testa enrugada.

COMO EVITAR O TÉTANO

- Vacinando todas as crianças de 2 meses - 4 anos de idade com a vacina tríplice e as mulheres grávidas com o toxóide tetânico.
- Utilizando material esterilizado para fazer partos e curativos.
- Mantendo o umbigo do recém-nascido seco, usando álcool ou mertiolate para fazer o curativo.
- Todos os machucados devem ser lavados com água e sabão para retirar a sujeira.

CUIDADOS GERAIS

Encaminhar os casos suspeitos ao Hospital imediatamente.

VACINA TRÍPLICE - DPT (CONTRA DIFTERIA, COQUELUCHE E TÉTANO)

APRESENTAÇÃO

Apresenta-se na forma líquida:

- Ampolas de dose única contendo 1ml, ou 0,5ml, conforme o laboratório fabricante.
- Frasco-Ampola de 10 ou 20 doses (observar a dosagem recomendada no frasco).

VIA DE ADMINISTRAÇÃO

Deve ser aplicada com seringa, no músculo da região glútea de forma profunda (quadrante superior externo). Poderá ser aplicada, também, no músculo lateral externo da coxa. OBS.: Agitar o frasco antes de cada aplicação.

São necessárias 3 doses com espaço de 2 meses e dose de reforço 1 ano depois.

A partir de 2 meses a 4 anos completos.

CONSERVAÇÃO

Deve ser conservada em geladeira entre +4°C a +8°C, protegida da luz solar direta. Após aberto, o frasco deve ser mantido em temperatura adequada. Adotando-se os cuidados que evitem a sua contaminação, pode ser utilizado por uma semana.

RECOMENDAÇÕES

Adiar a vacinação em caso de febre acima de 38°C.

Depois da aplicação da vacina pode aparecer febre, sensação de mal estar e dor no local.

Se aparecer reações fortes, voltar ao Posto de Saúde.

As crianças que já sofreram Coqueluche ou Tétano ou Difteria, devem ser vacinadas com a vacina tríplice.

TOXÓIDE TETÂNICO - TT (VACINA CONTRA TÉTANO)

APRESENTAÇÃO

O toxóide tetânico apresenta-se na forma líquida em ampolas de dose única, contendo 1ml. ou 0,5ml, ou em frascos com 5,10 ou 20 doses.

A dose pode variar de acordo com o fabricante.

VIA DE ADMINISTRAÇÃO

O toxóide tetânico deve ser aplicado com seringa, de forma profunda, no músculo do braço ou na região glútea. (quadrante superior externo).

DOSE

São necessárias 3 doses com espaço de 2 meses e 1 dose de reforço a cada 10 anos. OBS.: Agitar o frasco antes de cada aplicação.

IDADE

Deve ser aplicada acima de 7 anos de idade.

CONSERVAÇÃO

O toxóide tetânico deve ser conservado em geladeira entre +4°C e +8°C, protegido da luz solar direta.

O frasco ampola após aberto deve ser mantido em temperatura adequada. Adotando-se medidas que evitem contaminação, pode ser usado por uma semana.

RECOMENDAÇÕES

Ao aplicar o toxóide tetânico deve considerar as doses de tríplice aplicadas anteriormente. Se não tiverem sido aplicadas as 3 doses, completar para 3, independente do tempo de aplicação da última dose, com toxóide tetânico (se for maior de 7 anos).

Em caso de ferimento, verificar o quadro de Profilaxia do Tétano. Quadro III.

Em caso de gestantes, observar as seguintes recomendações:

- a) 2 doses a partir de 6º mes com espaço de 2 meses entre as doses. No entanto, é necessário que seja completada a 3-dose, que pode ser feita após o parto.
- b) Para gestantes que receberam 1 ou 2 doses de TT ou DPT deve completar as 3 doses com o toxóide tetânico (TT).
- c) O reforço será aplicado, se tiver mais de 5 anos da última vacinação básica (3 doses), a partir do 6º mês da gestação.

O toxóide tetânico não precisa de receita, podendo ser aplicado desde que haja indicação (ferimentos, gestantes, crianças maiores de 7 anos não vacinadas com tríplice e adultos que procuram a Unidade de Saúde).

TUBERCULOSE

É uma doença provocada por um micróbio que ataca o Homem e os animais.

Atinge principalmente os pulmões, mas pode também atacar a pele, intestinos, rins, ossos e as meninges dando Meningite Tuberculosa.

COMO SE ADQUIRE A TUBERCULOSE

Através do contato da pessoa doente sem tratamento espalhando micróbios no ar quando fala, tosse, espirra e também por falta de higiene quando o doente escarra no chão.

COMO RECONHECER A TUBERCULOSE

A pessoa apresenta tosse com escarro por vários dias, mal estar, fraqueza, falta de apetite, febre no período da tarde, com suor e emagrecimento.

COMO EVITAR A TUBERCULOSE

- Vacinando as crianças até 4 anos com a vacina BCG.
- Buscando os Sintomáticos respiratórios.
- Tratando os doentes.

CUIDADOS GERAIS

- Encaminhar as pessoas com tosse e escarro há mais de duas semanas, para exame.
- Levar toda família para ser examinada.
- Orientar o doente e seus familiares sobre a doença, seus sintomas e transmissão para evitar complicações.

VACINA CONTRA TUBERCULOSE - BCG

APRESENTAÇÃO

A vacina BCG apresenta-se em frasco-ampola com 50 doses, sob a forma liofilizada (pó), acompanhada de uma ampola de 5 ml, de diluente. (Soro Fisiológico).

VIA DE ADMINISTRAÇÃO

A vacina BCG é aplicada com seringa especial, por via intradérmica, na emenda inferior do músculo deltóide no braço direito.

DOSE

A BCG é aplicada em dose única de 0,1 ml.

IDADE

Recomenda-se a vacinação a partir do nascimento (24 hs, de vida) até a idade máxima de 4 anos completos.

CONSERVAÇÃO

A vacina BCG deve ser conservada em geladeira entre +4°C e +8°, protegida da luz solar direta. Depois da diluição, o seu tempo de utilização é de até 8 horas, desde que sejam mantidas as condições de conservação recomendadas.

RECOMENDAÇÕES

A vacina BCG deve ser trabalhada na mesma sala das outras vacinas. O material para aplicação da vacina BCG deve ser usado só para a sua aplicação. No local da aplicação da vacina BCG, dentro de aproximadamente 1 semana aparecerá uma pequena ferida, na qual não é preciso passar remédio, devendo apenas ser lavada com água e sabão na hora do banho.

Não aplicar a vacina BCG quando a criança estiver com febre alta, com qualquer doença na pele ou em recém-nascidos com menos de dois quilos e meio de peso.

Considerando que a vacina BCG visa especialmente diminuir as formas graves de Tuberculose até 4 anos, não há necessidade de vacinação acima desta idade.

HANSENÍASE

É uma doença causada por um micróbio chamado bacilo de Hansen, que ataca principalmente a pele e os nervos.

Sinais reais comuns da HANSENÍASE.

- Manchas avermelhadas ou esbranquiçadas em diversas partes do corpo. Nos locais dessas manchas, a pessoa perde a sensibilidade, isto é, não sente frio, calor e dor:
- Caroços na barriga, braços, coxas etc.
- Descamamento da pele, engrossamento das orelhas, etc. Desde o início da doença sentem dormência no local das manchas;
- Queda da sobrancelha e cílios
- Ferida na planta dos pés.

COMO SE ADQUIRE A HANSENÍASE

A doença não pega muito fácil, é preciso ficar muito tempo em contato com pessoas doentes que ainda não iniciaram o tratamento.

A pessoa doente pode curar com o tratamento correto.

CONDUTA DO AGENTE DE SAÚDE

Reconhecer os casos suspeitos através de manchas que aparecem na pele.

Encaminhar os suspeitos e familiares ao Centro de Saúde, para exames.

Orientar a comunidade sobre a Hanseníase.

Notificar todos os casos novos confirmados.

Orientar o doente sobre o uso correto do medicamento pois a interrupção pode provocar recaída.

Orientar sobre cuidados para evitar queimaduras, ferimentos e incapacidades.

RAIVA

A Raiva é uma doença contagiosa causada por um micróbio, (Vírus) que ataca o cérebro do homem e de animais como cachorro, gato, morcego, macaco, boi, cavalo, raposa e outros.

A raiva não tem cura. E as maiores vítimas são as crianças, porque estão em maior contato com animais (cães e gatos). O cão é o animal que mais transmite essa terrível doença ao Homem. No Brasil, a situação é grave.

COMO SE ADQUIRE A RAIVA

- Pela mordida, o micróbio (vírus) encontrado na baba do animal doente penetra no ferimento.
- Pelo contato da baba com a pele ferida ou arranhada.
- Quando o animal doente lambe os olhos ou a boca das pessoas.

COMO CONHECER A RAIVA NO ANIMAL

- O animal fica inquieto, nervoso e querendo atacar outros animais, pessoas e objetos.
- Tem dificuldade de latir e engolir.
- Seu latido é rouco, parecido com o uivo, e late sem motivo.
- Fica babando.
- No final da doença anda com dificuldade até prostrar e morrer. Geralmente morre do terceiro ao sétimo dia da doença.

COMO EVITAR A RAIVA

Vacinando contra RAIVA, cães, gatos e outros animais domésticos, todos os anos.

Combatendo a existência de cães sem donos nas ruas (cães vadios).

Não deixando seu cão entrar em contato com outros animais desconhecidos.

Conversando com amigos, vizinhos e a própria comunidade, para vacinar seus cães todos os anos.

Não deixando lixo ao alcance dos cães vadios e nunca dar alimentos a esses animais.

Todos os cães ou gatos mordidos por um animal raivoso devem ser sacrificados para evitar a disseminação da doença.

CUIDADOS GERAIS

Lavar bem o ferimento com água corrente e sabão.

Depois aplicar um desinfetante (mertiolate ou álcool/iodado.).

Não matar o animal, amarrar, dar água, comida e observá-lo por 10 dias.

Procurar imediatamente a Unidade de Saúde, para melhor orientação e **SEGUIR RIGOROSAMENTE** o esquema de vacinação Antirábica Humana, (em anexo) Quadro I.

VACINA ANTIRÁBICA HUMANA

APRESENTAÇÃO

A vacina apresenta-se na forma líquida ou na forma liofilizada (pó) a ser dissolvida, em ampolas de uma dose ou frasco ampola de 8 doses.

OBS.: O frasco de 8 doses, depois de aberto, pode ser usado durante uma semana, desde que conservado em condições adequadas e adotados os meios que evitem a contaminação.

INDICAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

A vacina anti-rábica é indicada no tratamento das pessoas que foram mordidas ou tiveram contato com cães raivosos (loucos), suspeitos de raiva, animais silvestres (macaco, morcego, etc).

Quando mordidos por cães ou gatos que parecem saudáveis, estes deverão ser observados por 10 dias. Se permanecerem saudáveis, não se deve aplicar a vacina; se adoecerem, desaparecerem, ou morrerem, a pessoa deve procurar o Posto de Saúde, (ver quadro I).

VIA DE ADMINISTRAÇÃO

A vacina é aplicada com seringa por via subcutânea em vários locais, nos braços, região glútea e coxas. Agitar o frasco ou ampola antes de cada aplicação.

DOSE

Doses diárias de 1 ml, de acordo com esquema de tratamento adotado (quadro I em anexo). Sempre que possível iniciar e concluir os esquemas de tratamento com vacinas do mesmo lote ou partida.

IDADE

Crianças, adultos e gestantes devem receber a mesma dose.

CONSERVAÇÃO

Deve ser conservada em geladeira na temperatura entre + 4° e +8°C positivos.

Quadro

ESQUEMA MODELO PARA O TRATAMENTO PREVENTIVO DA RAIVA HUMANA

CONDIÇÃO DO ANIMAL AGRESSOR NATUREZA DO CONTATO	CLINICAMENTE SADIO	- CLINICAMENTE RAIVOSO -ANIMAL SELVAGEM - ANIMAL QUE NÃO PODE SER SUBMETIDO A OBSERVAÇÃO
CONTATO INDIRETO	NÃO TRATAR	NÃO TRATAR
ARRANHÕES LAMBEDURA DE PELE LESADA; MORDEDURAS LEVES NOS BRAÇOS, TRONCOS E PERNAS.	Observar o animal: se o mesmo estiver sadio no 10º dia após a agressão, encerrar o caso. Se o animal se tornar raivoso morrer ou desaparecer durante o período de observação (10 dias), aplicar o tratamento. Uma dose diária de vacina até completar 7 (sete) mais três doses de reforço; ao 10º, 20º e 30º dia após a última dose da série.	Uma dose diária de vacina até completar 07 (sete). Três outras doses de reforço; ao 10º, 20º e 30º dia após a última dose da série.
MORDEDURAS NA CABEÇA, PESCOÇO E MÃOS (PONTA DOS DEDOS) MORDEDURAS PROFUNDAS, MÚLTIPLAS E DILACERANTES EM QUALQUER PARTE DO CORPO; LAMBEDURA DE MUCOSAS.	Uma dose diária de vacina até completar 5 (cinco). Se o animal estiver sadio no 5º dia interromper o tratamento e continuar a observar até o 10º dia. Se o 10º dia após a agressão o animal estiver sadio, encerrar o caso. Se o animal se tornar raivoso, morrer ou desaparecer durante a observação, aplicar SORO, completara vacinação para 10 doses e aplicar três doses de reforço; ao 10º, 20º e 30º dia após a última dose da série.	Soro mais uma dose diária de vacina até completar 10 (dez). Três doses do reforço; ao 10º, 20º e 30º dia após a última dose da série.

3SERVAÇÕES:

Lavar o ferimento com água e sabão.

O período de observação de 10 dias recomendado neste quadro, somente se aplica a cães e gatos. Doses e vias de inoculação:

VACINA - 1 (um) ml, subcutânea ou intramuscular. As crianças sem qualquer idade deverão receber a mesma dosagem dos adultos,

SORO - Dose única de 40 UI/Kg peso corporal, aplicado simultaneamente com a dose de vacina correspondente porém em locais diferentes. A metade da dose se possível deve ser infiltrada ao redor e abaixo do ferimento. O restante será aplicado por via intramuscular. Fazer testes de sensibilidade no paciente antes da aplicação do soro.

O tratamento não tem contra-indicação por doença intercorrente, gravidez ou outro tratamento. Sempre que possível suspender a administração de corticoesteróides e imunossupressores.

No caso de nova exposição ocorrida 90 (noventa) dias após o início do tratamento anterior, aplicar 3 doses de vacina em dias alternados, independente do número de anos transcorridos. Nestes casos, não aplicar soro. No caso de interrupção do tratamento, ao reiniciá-lo, devem ser completadas as doses prescritas (7 ou 10) e não reiniciar a série.

MENINGITE

Doença grave causada por vários agentes, que se caracteriza por: Febre, dor de cabeça, vômitos, rigidez de nuca e com comprometimento do estado geral do paciente.

Em Saúde Pública dois tipos são mais importantes:

- Meningite Meningocócica
- Meningite Tuberculosa

A Meningite Meningocócica é doença que se instala subitamente e em poucas horas pode levar o paciente ao co-e à morte. Às vezes o paciente apresenta também manchas de sangue (petéquias e equimoses) pelo corpo e fica com a pele fria, quando isso é chamado de meningocccemia.

Alguns pacientes apresentam primeiramente este quadro antes de desenvolver a Meningite Meningocócica.

TRANSMISSÃO

Se faz de pessoa a pessoa através das gotículas expelidas ao falar, tossir e respirar. Ambientes fechados com aglomeração de pessoas facilitam a transmissão da doença.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO

Varia de 2 a 10 dias, geralmente 3 a 4 dias.

VACINAÇÃO

Existe disponível no Ministério da Saúde a vacina contra o Meningococo A e C.

Não há recomendação de vacinar rotineiramente a população.

É importante o acompanhamento da doença e a investigação de todos os casos notificados, sendo também importante a confirmação laboratorial, o tratamento hospitalar imediato e o controle dos comunicantes.

Todos os contactantes ao mesmo domicílio e dos ambientes fechados (escolas, creches, quartéis, etc.) devem receber a quimioprofilaxia tão logo seja confirmada a ocorrência da Meningite Meningocócica. Isto é importante pois, muitas pessoas transmitem o Meningococo sem estarem doentes (são os chamados portadores sãos).

RESUMO

Tivemos oportunidade de estudar as vacinas obrigatórias.

Para melhor compreensão, podemos ver o resumo de informações destas vacinas - Quadro II em anexo.

OBSERVAÇÕES

- Existem vacinas que são ajuntadas e tomadas ao mesmo tempo, porque nelas se misturam vacinas contra várias doenças. É o caso da vacina tríplice, que previne contra o Tétano, a Difteria (crupe) e a Coqueluche. Portanto não tem que tomar cada uma separadamente, no entanto, a vacina contra o Tétano é dada sozinha em criança acima de 7 anos, adultos e gestantes.

- As vacinas podem ser aplicadas no mesmo momento. Desta forma, em uma única visita da criança à Unidade de Saúde, aplica-se mais de um tipo de vacina, por exemplo: as doses da vacina tríplice e da Sabin. Daí ser importante que a Unidade de Saúde esteja preparada todos os dias, para aplicação das vacinas de rotina o dia todo, com exceção da vacina BCG que pode ser marcada um dia da semana.

- Existem vacinas que são tomadas pela boca (oral), como é o caso da Sabin. No entanto, a maioria é aplicada através da pele, por meio de injeção, ou de uma "pistola" especial (injetor).

Existem vacinas que precisam ser aplicadas mais de uma vez para fazer efeito. É o caso, por exemplo, das vacinas tríplice, Sabin e toxóide tetânico. Só depois que a pessoa tomar todas as doses recomendadas, é que ficará protegida da doença.

Existem vacinas que às vezes provocam reações, podendo surgir um pouco de febre, dor no local e vermelhidão na pele. Isto é perfeitamente normal. Trata-se de um mal estar passageiro, se comparados com os sérios problemas que as doenças trazem. Nas reações locais de DPT, podem ser usadas compressas mornas para aliviar a dor.

- Não há necessidade de passar álcool ou éter no local para aplicar vacinas, porém se estiver sujo, lavar com água e sabão.

- Usar algodão seco depois da aplicação da vacina se sair sangue.

VACINAS UTILIZADAS EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

São vacinas que somente são aplicadas quando a doença começa a aparecer com maior frequência, em determinadas épocas ou lugares. É o caso da vacina contra a Meningite.

A vacina contra Meningite existe disponível no Ministério da Saúde, sendo utilizada somente em épocas especiais.

Uma outra situação especial é o caso da vacina contra Raiva, que só é aplicada na pessoa quando ela é mordida por um cão raivoso ou com suspeita de estar raivoso.

ESTRATÉGIA DE VACINAÇÃO

Quando a vacinação de rotina (vacinas feitas todos os dias) não está indo bem, deve-se pensar em outras maneiras (estratégias para melhoria deste trabalho). Estas maneiras, podem ser através da intensificação da rotina ou então com campanhas.

A intensificação é feita para melhorar a rotina. É preciso que a comunidade saiba que existe o serviço de Saúde e as vacinas. Deve-se utilizar divulgação através da própria comunidade e dos recursos existentes tais como: serviço de alto-falante, nas igrejas, palestras nas escolas para pais e alunos, cartazes, etc. A intensificação da rotina pode ser feita em um dia ou vários dias.

ESQUEMA DE VACINAÇÃO

VACINAÇÃO	PROTEÇÃO CONTRA	IDADE P/INÍCIO DA VACINAÇÃO		Nº DE DOSES		INTERVALO ENTRE AS DOSES P/VACINAÇÃO BÁSICA	
		MÍNIMA	MÁXIMA	VACINAÇÃO BÁSICA	REFORÇO	RECOMENDADO	
ANTIPÓLIO ORAL	Poliomielite (P. Infantil)	2 meses	4 anos (59 meses)	3	1 (um ano após a 3ª dose)	2 meses	45 dias
TRÍPLICE (OPT)	Difteria Coqueluche Tétano	2 meses	4 anos (59 meses)	3	1 (um ano após a 3ª dose)	2 meses	30 dias
ANTI-SARAMPO	Sarampo	9 meses	4 anos (59 meses)	1	-	-	-
BCG	Tuberculose	Ao nascer	4 anos (59 meses)	1	-	-	-
TOXÓIDE TETÂNICO (TT)	Tétano Neonatal	GESTANTES		2(*)	-	2 meses	30 dias
		a. Não imunizadas com DPT ou TT (Vacinar a partir do 6º mês)					
		b. Incompletamente imunizadas (menos de 3 doses) c/DPT ou TT (Vacinar a partir do 6º mês)		Completar 3 doses	-	2 meses	30 dias
	c. Previamente imunizadas (3 doses) com DPT ou TT (Vacinar a partir do 6º mês)		-	1 (se a última dose foi aplicada há + de 5 doses)	-	-	
	Tétano	ESCOLARES E OUTROS GRUPOS Considerar as doses de DPT ou TT aplicadas anteriormente.		Completar 3 doses	Cada dez anos após a 3ª dose	2 meses	30 dias

(*) Para a prevenção específica do tétano neonatal no produto da gestação "atual", são suficientes duas doses, aplicadas no 6º e no 8º mês. Todavia, para adequada proteção da mulher a prevenção do tétano neonatal em gestações futuras, é importante a aplicação da terceira dose, que poderá ser feita após o parto, quando a mãe levar a criança para iniciar a vacinação básica.

OBSERVAÇÕES:

- 1 - Interrupções no esquema acima, independentemente do tempo transcorrido. Não implicam reiniciá-lo. Basta completar o número de doses necessárias.
- 2 - A vacinação básica de crianças deve ser completada durante o primeiro ano de vida.
- 3 - Por ocasião do atendimento a casos de ferimento contaminado, além dos demais cuidados e observações do soro antitetânico, aplicar uma dose de toxóide nos indivíduos não imunizados previamente (3 doses de DPT ou TT) ou que tenham recebido a última dose há mais de 5 anos.

As campanhas são feitas para acabar (erradicar) e ou controlar certas doenças. É uma vacinação feita em massa na população com uma ou mais vacinas. Pode ser um ou mais dias e geralmente conta com o apoio da comunidade.

Ao se fazer uma campanha de vacinação deve-se:

- a. Colocar postos fixos;
- b. Organizar equipes móveis (posto volante);
- c. Fazer uma boa divulgação e ações educativas.

As pessoas que trabalham na Unidade de Saúde devem prestar atenção para o aparecimento de doenças que podem ser prevenidas com vacinas. Para evitar que a doença se espalhe na comunidade, fazer o bloqueio, isto é, vacinar o mais rápido possível na casa e vizinhança do doente, até cinco quarteirões.

Na vacinação de bloqueio todas as crianças não vacinadas ou com vacinação incompleta na idade indicada, devem ser vacinadas contra aquela doença.

ACOMPANHAMENTO

Na vacinação é preciso lembrar que o resultado final pretendido é o desaparecimento das doenças preveníveis Por vacinas. E isto será conseguido quando todas as crianças forem vacinadas adequadamente.

AValiação

Ao realizar um trabalho deve-se avaliar o resultado do mesmo. Na vacinação, esta avaliação não deve ser feita

Natureza do ferimento Imunização	FERIMENTOS LEVES NÃO CONTAMINADOS	TODOS OS OUTROS FERIMENTOS (INCLUSIVE FUNCIONÁRIOS)
Dose ignorada ou U-Dose	<ul style="list-style-type: none"> - Se menor de 7 anos - Aplicar 3 doses DPT. - Com 7 ou maior de 7 anos - Aplicar 3 doses TT. - Não é necessário aplicar IGAT e/ou SAT. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se menor de 7 anos - Aplicar 3 doses DPT. - Com 7 ou maior de 7 anos - Aplicar 3 doses TT. - É necessário aplicar IGAT, via IM (250 unidades com título 1.400) ou SAT via IM (5.000 unidades).
Doses incompletas (1 ou 2 doses)	<ul style="list-style-type: none"> - Se menor de 7 anos - Completar as 3 doses com DPT. - Com 7 ou maior de 7 anos - Completar as 3 doses com TT. - Não é necessário aplicar IGAT e/ou SAT. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se menor de 7 anos - Completar as 3 doses com DPT. - Com 7 ou mais 7 anos - Completar as 3 doses com TT. - É necessário aplicar IGAT, via IM (250 unidades com título 1.400) ou SAT via IM (5.000 unidades).
3 ou mais doses	<ul style="list-style-type: none"> - Última dose de DPT, ou TT mais de 10 anos - Aplicar uma dose de TT. - Não é necessário aplicar IGAT ou SAT. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar TT se a última dose tenha mais de 5 anos. - Não é necessário aplicar IGAT ou SAT.
Tratamento do foco	<p>1 - Cuidados locais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limpeza do ferimento com água e/ou sabão oxigenada. - Debridamento rigoroso com retirada de tecidos necróticos e corpos estranhos, inclusive para ferimento punctiforme. - Sempre que possível deixar o ferimento aberto. 	<p>2 - Antibióticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ferimentos leves não contaminados - não invocados. - Todos os outros ferimentos, inclusive punctiformes: - Tetracilina V - 30 a 50mg/KG/dia de 6/6hs por 5-7 dias contra indicado para grávidas menores de 10 anos. - Penicilina benzatina + procaína - IM dose única.

PROFILAXIA DO TÉTANO NEONATAL

- 1 - Não imunizados com DPT ou TT - Vacinar com 3 doses do TT no 6º, 8º mês e após o parto. Caso esteja com mais de 6 meses, a gestante será vacinada obedecendo o intervalo de 30 dias.
- GESTANTES 2 - Imunização incompleta com DPT ou TT (menor de 3 doses) - Completar 3 doses com TT a partir do 6º mês.
- 3 - Previamente imunizada com DPT ou TT (3 doses) - Não imunizar, a menos que a última dose foi aplicada há mais de 5 anos - usar 1 dose de TT no 6º mês.
-
- Na falta de DPT (Tríplice) aplicar o Toxóide Tetânico puro (TT) em qualquer idade.
 - Intervalo entre as doses - mínimo 30 dias, recomendado 60 dias.
 - IGAT - Imunoglobulina antitetânica - 150 unidades (título de 1.400) via IM ou dosagem equivalente com outro título.
 - SAT - Soro antitetânico - 500 unidades via IM após teste de sensibilidade.
 - DPT - (Tríplice) - Toxóide Tetânico, Toxóide diftérico, antígeno contra coqueluche.
 - TT - Toxóide Tetânico.

somente para ver se vacinou um número alto de crianças, mas também, identificar problemas e dificuldades, no sentido de corrigi-los para facilitar os próximos trabalhos.

A continuidade no aparecimento das doenças é um indicador de que a vacinação não está alcançando os seus objetivos. Pode ser devido a vários fatores, sendo os principais:

- Conservação e manuseio inadequado das vacinas;
- Erros na tabulação de dados, informando falsa cobertura vacinal.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

O QUE É VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

É a maneira de vigiar o comportamento das doenças transmissíveis na comunidade para que sejam tomadas medidas de controle evitando que essas doenças espalhem entre as pessoas.

QUE DOENÇAS VAMOS VIGIAR

- Sarampo
- Tétano
- Coqueluche
- Difteria
- Poliomielite
- Meningite
- Raiva
- Febre Amarela

- Tuberculose
- Hanseníase

A IMPORTÂNCIA DO NOTIFICADOR (pessoa que avisa o aparecimento da doença).

A pessoa que avisa o aparecimento das doenças (notificador) é da maior importância para a Vigilância Epidemiológica, pois é através dela que os responsáveis pela Saúde no Estado, vão tomar conhecimento e providenciar meios para evitar que outras pessoas adoçam.

Qualquer pessoa pode ser o notificador, principalmente aqueles que trabalham no serviço de Saúde.

COMO DESCOBRIR AS DOENÇAS

Procurando ouvir as pessoas que vão a Unidade de Saúde quais as doenças transmissíveis que estão aparecendo na comunidade.

Solicitando hospitais e clínicas que informem a Unidade de Saúde sobre as doenças das pessoas que estão atendendo.

Solicitando às escolas (estaduais, municipais, particulares, MOBREAL e creches) que os professores informem do que estão adoecendo seus alunos e família.

Solicitando aos Padres, Pastores, Parteiras, à EMATER, à SUCAM, Secretaria da Agricultura, Prefeitura, LBA, outros órgãos e lideranças que informem sobre os casos de doenças de que tenham conhecimento.

Recolher os atestados de óbitos nos cartórios, relacionar as doenças que causaram a morte e enviar a relação à Regional de Saúde.

QUANDO E COMO NOTIFICAR (AVISAR)

Ao ficar sabendo da ocorrência de doenças transmissíveis procure respostas para as seguintes perguntas:

- Que doença está acontecendo?
- Quem está adoecendo? (crianças, adultos)
- Em que lugar?
- Quantas pessoas vivem juntas com o doente?
- (crianças e adultos)
- Estas pessoas estão vacinadas contra esta doença?
- Quais as providências que já foram tomadas?

OBSERVAÇÕES

Em caso de Raiva precisamos ainda saber:

- Quais e quantos animais estão raivosos ou suspeitos de estarem raivosos.
- Quantas pessoas foram mordidas
- Quantas pessoas tiveram contato com os animais
- O animal está vivo em observação ou desapareceu.

PROVIDÊNCIAS DO NÍVEL LOCAL FRENTE AS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

- Investigação
- Notificação ao nível regional das providências tomadas (relatório).

MEDIDAS ADOTADAS PARA IMPEDIR QUE A DOENÇA SE ESPALHE

- Fazer bloqueio do foco, vacinando todos os suscetíveis (não vacinados ou incompletamente vacinados). Área de abrangência: 5 quarteirões ao redor do foco.
- Na Meningite Tuberculosa tentar descobrir caso positivo de Tuberculose sem Tratamento.

QUIMIOPROFILAXIA

Em algumas doenças, além de vacinar as crianças, as pessoas adultas necessitam fazer uso de medicamentos, pois são contatos e podem ser portadores sadios, como na Difteria e Meningite Meningocócica.

Nos casos de Raiva Humana, Poliomielite, Meningite, Febre Amarela e Difteria, avisar urgente à Regional de Saúde por telefone ou rádio amador ou outra maneira mais rápida disponível e enviar a folha de notificação semanal de doenças transmissíveis assim como as demais doenças constantes da relação.

Mesmo quando nenhuma doença for conhecida ou suspeita, enviar a folha de notificação à Regional e ao Nível Central. A notificação negativa prova que a Unidade de Saúde está vigilante na área.

Nos casos de Tuberculose e Hanseníase enviar as respectivas fichas epidemiológicas, mensalmente.

Nos casos de Raiva Canina avisar o veterinário local e a Regional de Saúde para que as medidas de controle sejam acionadas.

É importante a remessa de material para laboratório quando ocorrer a morte do animal. Colocar esse material em saco plástico no isopor com gelo (não usar nenhum outro produto). Vedar bem a caixa e enviar para a Unidade

Operacional de Controle de Doenças Transmissíveis - em caráter de urgência. O apoio da EMATER e Secretaria da Agricultura poderá ser solicitado, sempre que necessário.

OBS.: A vacina anti-Sarampo pode ser aplicada acima de 5 anos, conforme a faixa que está ocorrendo a doença na área.

REDE DE FRIO

CONSIDERAÇÕES GERAIS

As vacinas são produtos que não podem receber luz solar direta e calor.

CONSERVAÇÃO DAS VACINAS

QUADRO IV

VACINAS	EQUIPAMENTO	TEMPERATURA
- Anti-pólio oral (Sabin) - Anti-rábica canina - Anti-rábica humana - Anti-sarampo - B.C.G. - Toxóide Tetânico-TT - Tríplice-DPT - Soro contra doenças	Geladeira	+ 4°C a +8°C

UTILIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DA GELADEIRA

Deve ser instalada em piso nivelado, mantendo afastada da parede no mínimo 15 cm, para permitir a circulação de ar no motor e condensador.

O ambiente deve ser arejado e não possuir fonte de calor (fogão, estufa ou autoclave) e em local que não receba sol.

Nas prateleiras da geladeira as caixas de vacinas devem estar arrumadas de forma a manter espaço entre elas aproximadamente de dois dedos e com idêntica distância da parede da geladeira, para permitir a livre circulação do ar frio. Usar as prateleiras centrais da geladeira colocando as ampolas e frascos em bandejas ou caixas perfuradas.

Os lotes de vacinas mais antigos e com vencimentos mais próximos devem ser colocados na frente para serem usados primeiro, rotulados com o nome da vacina, nº do lote e data do vencimento. (Ver quadro V)

QUADRO V - RÓTULO PARA IDENTIFICAÇÃO DA VACINA NA GELADEIRA:

- NOME DA VACINA:
- Nº DO LOTE:
- DATA DE VENCIMENTO:
- ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:

IMPORTANTE: A geladeira deve ser usada exclusivamente para conservação das vacinas (não é permitido que nela sejam guardados alimentos e bebidas, etc).

O diluente deve ser próprio para cada vacina e estar na mesma temperatura. Portanto, deve ser guardado junto com as mesmas. Verificar se a quantidade de diluente é igual ao nº de frascos da mesma vacina.

Na parte de baixo da geladeira não se deve guardar vacinas. Retirar a gaveta e colocar garrafas plásticas com água e um corante (anil ou violeta, etc), para evitar que as pessoas bebam dessa água. As garrafas ajudam a manter a temperatura quando houver eventuais cortes de energia ou defeito no equipamento (Ver figura 4).

No congelador deve ser feito gelo necessário para o manuseio diário das vacinas e para situações de emergência.

No Centro ou Posto de Saúde o vacinador deve fazer uma previsão de gastos para cada período de trabalho, colocando as vacinas em caixas térmicas (isopor), com gelo suficiente para evitar abrir a geladeira cada vez que for aplicar uma vacina. A caixa deve ser mantida na mesa do vacinador (não deixar aberta).

A porta da geladeira deve ser mantida fechada (abrir o mínimo necessário), principalmente se houver corte de energia.

Qualquer defeito apresentado na geladeira deve ser providenciada a correção imediatamente.

Evitar a formação de excesso de gelo nas paredes do congelador da geladeira. A limpeza deve ser feita de preferência quando o estoque de vacinas estiver pequeno.

PARA LIMPEZA DA GELADEIRA TOMAR OS SEGUINTE CUIDADOS

Colocar as vacinas em caixas de isopor, dentro de sacos plásticos com gelo suficiente para manter a temperatura recomendada (+ 4°C e + 8°C).

Desligar a geladeira da tomada, abrir a porta e deixar que o gelo derreta naturalmente (não tirar o gelo com faca ou outra ferramenta).

Fazer a limpeza com um pano molhado com água e sabão e enxugar com um pano limpo. Não se deve jogar água dentro da geladeira.

Ligar de novo a geladeira, colocar o termômetro na prateleira em lugar fácil de ser visto para leitura, colocar as vasilhas com água no congelador e as garrafas plásticas com água na parte de baixo e fechar a porta. Depois de 3 horas, ler no termômetro a temperatura interna da geladeira. Quando estiver entre +4° a +8°C, colocar as vacinas. (Ver figura I).

SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA

Quando a geladeira deixar de funcionar por falta de energia elétrica ou defeito, deve permanecer fechada até que se verifique o tipo de problema havido. Se demorar mais de 8 horas ou quando não for possível prever o tempo para a correção do problema, outras providências precisam ser tomadas. Esse prazo de 8 horas só deve ser obedecido quando a geladeira estiver funcionando de acordo com as normas técnicas recomendadas.

Para manter a temperatura em uma geladeira parada por falta de energia ou defeito, por mais de 8 horas, deve-se cercar as vacinas na geladeira com sacos de gelo, lacrar a porta com fita adesiva. Passar as vacinas para caixa de isopor com gelo suficiente para sua conservação, até que a situação volte ao normal é outra alternativa.

- Quando estas situações acontecem na Unidade, avisar à Regional dando as seguintes informações:
- Qual a temperatura no momento que a geladeira foi encontrada parada.
- Quanto tempo ficou desligada.
- Qual a temperatura máxima atingida.
- Que quantidade de vacinas tem na geladeira.
- Quanto de cada lote, tipo de vacina e data de vencimento.
- Quais providências foram tomadas para proteger as vacinas.
- Quais as medidas tomadas para correção do defeito.

CONTROLE DE TEMPERATURA DA GELADEIRA COM VACINAS

- Na geladeira do Centro e Posto de Saúde é usado termômetro linear para geladeira.
- O termômetro deve ser colocado na parte central da geladeira para facilitar a leitura.
- A leitura do termômetro deve ser feita diariamente, de preferência no início do expediente de trabalho e antes do encerramento das atividades do dia, no mínimo 1 hora.
- Registrar a temperatura no gráfico, que deve ser fixado na porta do lado de fora da geladeira (QUADRO VI).
- Qualquer mudança na temperatura da geladeira para menos de +4° ou para mais de +8° deve ser corrigida.
- O gráfico de registro diário de temperatura da geladeira, deve ser remetido no final de cada mês à Regional de Saúde.

EMBALAGEM, TRANSPORTE E RECEBIMENTO DAS VACINAS

Manter as vacinas nas temperaturas adequadas é muito importante.

EMBALAGEM

Além de gelo suficiente para a embalagem é necessário observar o seguinte:

- Escolher o tamanho do isopor adequado a quantidade de vacina a ser embalada.
- A proporção entre o volume de gelo e das vacinas deve ser em torno de 1 /3 de gelo.
- Forrar o fundo da caixa de isopor com gelo e cobrir com jornal para evitar o contato da vacina direto com o gelo.
- Colocar os sacos plásticos com a vacina na caixa de isopor de maneira que não fiquem encostados nas paredes da caixa, proteger as laterais e por cima, também com jornal e completar com gelo de maneira que a vacina fique cerrada de gelo por todos os lados, inclusive por cima.
- É importante não deixar espaço vago dentro da caixa. A presença do ar nesses espaços faz o gelo derreter mais depressa.
- Fechar a caixa e lacrar com fita adesiva, rotular colocando o nome de quem vai receber a vacina, endereço, hora que foi embalada e o nome do responsável pela embalagem.
- Evitar que a caixa de vacina fique ao sol.

- A vacina deve sempre estar acompanhada de um documento que identifique o tipo de vacina, quantidade, nº do lote e data de vencimento.

TRANSPORTE

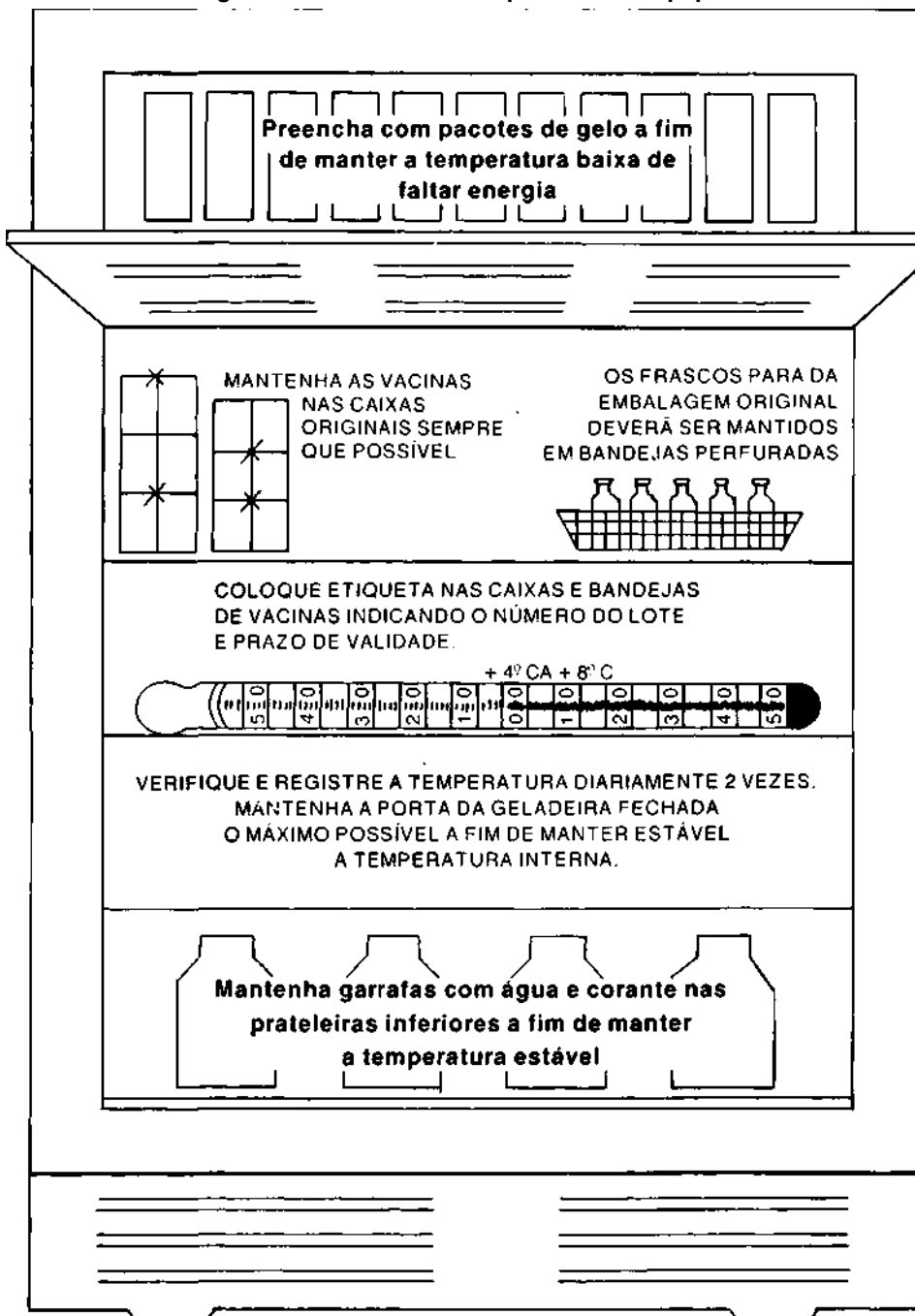
Pode ser utilizado qualquer meio de transporte, desde que possa garantir a chegada da vacina ao destino e em boas condições de conservação.

- Qualquer remessa de vacina deve ser feita em dia útil de trabalho e o destinatário deve ser avisado antes.

RECEBIMENTO

- Abrir a caixa, ver as condições de refrigeração.
- Verificar se a quantidade confere com o documento de remessa.
- Verificar aspectos das vacina (cor, diluição, etc).
- Verificar e anotar nº dos lotes e datas de vencimento (conferir com a guia de remessa).
- Quando houver dúvida, guardar a vacina na geladeira em caixa separada e comunicar o fato à Regional de Saúde.

O refrigerador é um membro importante da equipe de saúde



Nunca coloque vacinas na porta da GELADEIRA

INFORMAÇÃO DAS MORTES OCORRIDAS

(sub-sistema de informações sobre mortalidade)

COMO FICAMOS SABENDO DE QUE AS PESSOAS ESTÃO MORRENDO:

- Conversando com as pessoas na comunidade
- Através do registro de óbito
- Orientando a comunidade da importância de avisar a Unidade de Saúde, quando souber de uma morte em sua cidade, na roça ou no sertão, mesmo que seja criança fora de tempo.

REGISTRO DE ÓBITO

Quando uma pessoa morre, deve ser preenchida uma declaração de óbito em duas vias, que deverá ser registrada em Cartório de Registro Civil.

A declaração de óbito deve ser preenchida pelo médico que atendeu o paciente, que informará na parte do documento chamado atestado (médico) de óbito, do que a pessoa morreu.

Se a morte ocorreu sem assistência médica, a declaração de óbito deverá ser preenchida pela pessoa que foi registrar o óbito no cartório. Lá existem formulários próprios disponíveis.

IMPORTÂNCIA DO REGISTRO DE ÓBITO

É através dele que sabemos quantas pessoas estão morrendo, com qualidade, causas das mortes, -e assim, indiretamente podemos avaliar o nível de saúde da população.

Com estas informações é possível adotar medida para prevenir algumas mortes evitáveis.

COMO SABER O NÚMERO DE MORTES OCORRIDAS

- Buscando os atestados de óbitos nos cartórios;
- Solicitando aos serviços de saúde (hospitais, clínica, etc.) o preenchimento correto da declaração de óbito e que os hospitais informem às famílias da obrigação de registrar o óbito em cartório.
- Verificando nos cemitérios se todos os enterros foram com guia de sepultamento. Se não houver registro, pegar nome completo, sexo, idade e data da morte.

QUEM DEVE PREENCHER A DECLARAÇÃO DE ÓBITO

Somente o médico poderá fornecer o atestado de óbito (que é uma parte do documento chamado declaração de óbito). As demais partes podem ser preenchidas por outra pessoa.

QUANDO O FALECIDO FREQUENTAVA A UNIDADE DE SAÚDE

O atestado de óbito deve ser fornecido pelo médico Chefe da Unidade baseado na ficha de assistência médica.

- Deverá ser colocado um asterisco (*) no atestado médico, e ser anotado no verso da 1ª via:

Inscrito na Unidade de Saúde om diagnóstico de comparecimento até (data)

ÓBITOS POR CAUSA VIOLENTA (ASSASSINATOS, ENVENENAMENTOS, SUICÍDIOS)

O atestado é fornecido pelo Instituto de Medicina Legal.

Onde não existe este Instituto, será escolhido pelo Delegado um médico para dar o atestado de óbito e a declaração.

QUEM VAI PREENCHER A DECLARAÇÃO DE ÓBITO QUANDO NÃO TIVER MÉDICO:

A declaração de óbito será preenchida pelo cartório, colocando na parte onde está escrito atestado médico os zeros:

Sem assistência médica, o cartório recolhe a assinatura da pessoa que foi registrar o óbito e de mais uma testemunha que presenciou ou verificou a morte.

NOS LOCAIS ONDE NÃO TIVER CARTÓRIO COMO FAZER:

O atestado de óbito deverá ser registrado em outra cidade com a maior urgência.

ÓBITO SEM ASSISTÊNCIA MÉDICA

O médico da Unidade de saúde local deverá fornecer o atestado de óbito, colocando no lugar onde está escrito causa da morte", os dizeres: sem assistência médica.

Onde não existe Unidade de Saúde mas tem médico na cidade, o mesmo deverá preencher o atestado de óbito a mesma maneira.

COMO FAZER O RECOLHIMENTO DAS DECLARAÇÕES DE ÓBITOS:

Até dia 05 de cada mês, uma pessoa escalada pelo responsável da Unidade de Saúde deverá ir aos Cartórios de Registro Civil da cidade e recolher os atestados de óbitos.

DEVERÁ VERIFICAR NOS HOSPITAIS OS ÓBITOS OCORRIDOS

Deverá ir ao cemitério, verificar se todo sepultamento foi feito com guia, e caso contrário pegar o nome completo, idade, sexo e data da morte.

O RESPONSÁVEL PELA UNIDADE DE SAÚDE DEVERÁ:

Verificar a qualidade do preenchimento do atestado de óbito.

Observar se os atestados de óbitos estão com a numeração seguida: Ex.: 22,23,24,25, etc. Se faltar ou repetir um número, voltar ao cartório para ser corrigido.

PARA ONDE MANDAR AS DECLARAÇÕES DE ÓBITOS:

Depois de revisto os itens acima, mandar junto com os relatórios mensais da Unidade para a Regional de Saúde da sua área.

Quando não ocorrer ninguém na cidade, mandar escrito numa folha: "Não houve óbito neste mês", assinado pelo responsável pela Unidade de Saúde.

ÓBITOS FETAIS

Esta definição é para informar aos médicos, parteiras e cartório.

Óbitos fetais, segundo definição da 3- Assembléia Mundial de Saúde; é a morte do produto da concepção antes da expulsão ou extração do corpo materno, independente da duração da gravidez.

Isto indica que, depois da separação da mãe, o feto não respirou, não houve batimento do coração, *pulsação do cordão umbilical* ou movimentos dos músculos.

OBS.: Os óbitos fetais são registrados nos Cartórios do Registro Civil, em livro especial, devendo ser recolhidos da mesma maneira que está no item 29.

**BOCHECHOS COM SOLUÇÃO
DE SAL DE FLÚOR**

Este manual foi elaborado para auxiliar os dentistas, professores, agentes de saúde e técnicos de higiene dental que, junto à população infantil, principalmente aquela matriculada, na rede pública de ensino, trabalham na prevenção da cárie dental e desenvolvem processos simplificados para auto-aplicação de solução de sal de flúor, sob a forma de enxagatários bucais (bochechos).

ORIENTAÇÕES PARA PROFESSORES E AGENTES DE SAÚDE

A utilização dos sais de flúor constitui o processo mais eficaz, econômico e seguro para a prevenção da Cárie dental, sendo utilizado há mais de 20 anos em quase todos os países do mundo, inclusive no Brasil (F.SESP/MS).

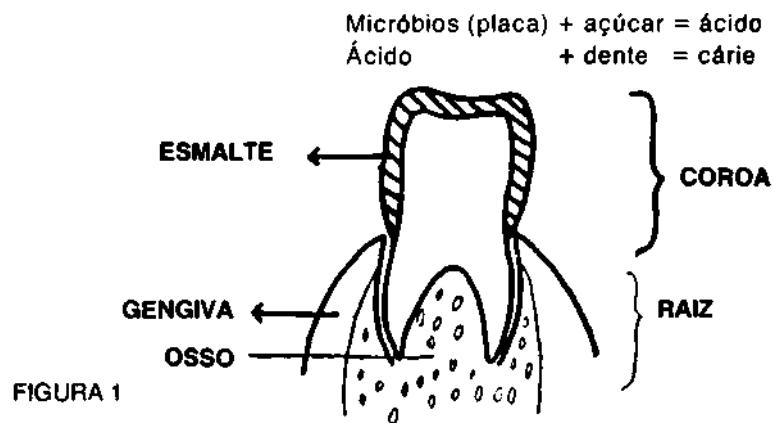
De acordo com o processo empregado - pela água do abastecimento público, aplicações tópicas, bochechos, etc. - pode-se reduzir a incidência da cárie em até 70%, contribuindo para considerável economia nas etapas de tratamento dentário, elevação do nível de saúde das crianças e para o aumento do rendimento escolar.

A implantação nas escolas públicas de um amplo programa de prevenção com base em enxaguatórios bucais (bochechos) periódicos, justifica-se pelo elevado ataque de cáries nos escolares notadamente, nos da zona rural onde os benefícios da água do abastecimento público com sais de flúor não alcançam e são limitados os recursos clínicos de odontologia.

É importante salientar que a prática de bochechos com solução fluoretada não significa que outros processos preventivos sejam descontinuados, principalmente a escovação dental com pasta com flúor, pois a combinação destes processos amplia a proteção contra a cárie dental.

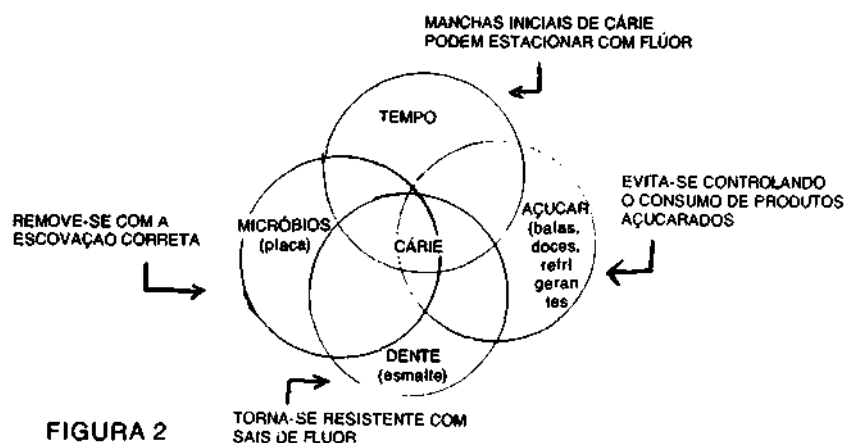
Acompanhados de ações educativas, de auto-higiene e controle do açúcar, os bochechos periódicos com solução de sal de flúor (Fluoreto de Sódio - Na F), durante 3 anos consecutivos, conseguem atingir níveis de prevenção capazes de reduzir em cerca de 45% a incidência de cáries (estudos de Torell, 1960 - Suécia).

O flúor combina-se com o cálcio de esmalte - camada vitrea que recobre a parte visível do dente - figura 1, tornando-o mais duro e resistente ao ataque dos ácidos resultantes da decomposição do açúcar por **micróbios** que habitam numa película - **placa** - aderida ao dente mal higienizado. Ainda, a solução age sobre esta **placa** inibindo a formação dos ácidos que atacam o esmalte.



Para que inicie a cárie estão presentes 4 elementos: Açúcar, Micróbios, Dentes Pouco Resistentes e o Tempo ra 2)

Figura



- Com **educação** podemos controlar a dieta, diminuindo o consumo de açúcar freqüente e desnecessário.
- Com a **escovação** removemos as placas e os micróbios.
- Com **sais de flúor** tornamos os dentes mais resistentes ao ataque.
- Manchas brancas iniciais de cárie podem remineralizar-se sob ação do flúor.

Uma vez iniciada uma cárie ela continua até a perda do dente, sendo interrompida apenas pela intervenção do dentista, o que é mais custoso, complicado e desagradável.

Dentes cariados e infeccionados prejudicam os escolares no processo ensino-aprendizagem.

Prevenir a cárie dental com sais de flúor é simples, econômico e seguro.

ENXAGUATÓRIOS BUCAIS COM SOLUÇÃO DE FLUORETO DE SÓDIO - MÉTODO SIMPLIFICADO -

Baseia-se na realização de 1 bochecho vigoroso durante 1 minuto, uma vez por semana, durante todo o ano letivo, (30 a 40 bochechos por ano), com 10 ml (uma colher de sopa cheia), de solução de Fluoreto de Sódio a 0,2% (2 gramas do sal de flúor dissolvido em 1 litro de água), realizado na própria escola e utilizando materiais convencionais e comuns do local.

Para maior eficácia do bochecho, a criança não deverá beber ou comer alimento 1 hora após a sua realização. Recomenda-se que a sessão seja iniciada na 1- aula do turno ou após o recreio.

PROVIDÊNCIAS INICIAIS:

- orientar todas as pessoas envolvidas para que tomem ciência do método e dos benefícios;
- realizar, junto aos alunos, atividades de sensibilização e estímulo à prevenção;
- reunir com os familiares dos alunos para conhecimento dos princípios e benefícios do método e a sua aprovação.
- assegurar-se que todo o material esteja disponível e em lugar seguro, pois o sal de flúor é tóxico e não deverá nunca ser ingerido puro, em forma de pastilha ou em pó. Neste caso recomenda-se que as pastilhas do sal de flúor, do estoque da escola, sejam guardadas em gaveta do armário, sob chave, na direção da escola. Em caso de acidente siga as instruções impressas no invólucro ou recipiente das pastilhas;
- selecionar os dias dos bochechos nos que apresentem poucas faltas de alunos e assinalar no Calendário Anual da escola;
- realizar sessões de treinamento em condições reais quantas vezes forem necessárias até que todos os envolvidos dominem o método. Colher sugestões para adaptações locais. Nas sessões de treinamento não se deve usar o sal, diluindo, neste caso, um pouco de creme dental na água;
- comunicar à Coordenação do Programa sobre dificuldades e/ou sugestões.

MATERIAIS

- a) vasilhame de plástico com a capacidade para 1 litro;
- b) pastilhas com 1 grama de sal de flúor (NaF);
- c) pratos de sopa ou cubas rasas;
- d) copos de vidro ou plástico transparente;
- e) colheres de sopa (grande - 10 ml);
- f) ficha de controle de bochechos (anexa);
- g) caneta esferográfica azul;
- h) folhas de jornal;
- i) lixeira (ou lata pequena para o lixo da sala de aula); j) relógio de pulso ou de mesas que marque minutos; l) calendário anual; m) fita adesiva crepe; n) mesa ou carteira escolar; o) material educativo para motivação inicial dos alunos (cartazes, bonecos etc).

NOTA 1 - Caso a escola não disponha de colheres de sopa, deverá ser estimulada uma campanha junto aos alunos para doação ou empréstimo até o final do ano. Anote o nome do aluno doador em fita crepe aderida à colher.

NOTA 2 - Para estimar a quantidade aproximada de pastilhas, para um ano:

Use a fórmula a seguir:

$$P = \frac{A \times B}{80} \times 2$$

P = total de pastilhas para um ano.

A = total de alunos que realizarão os bochechos.

B = total de dias para realização dos bochechos (contar no calendário).

Por exemplo: - uma escola tem 1000 alunos que realizarão os bochechos (A = 1000).

- serão realizados 40 bochechos no ano (B = 40). então:

$$P = \frac{1000 \times 40}{80} \times 2 = \frac{40.000}{80} \times 2 = 500 \times 2 = 1000 \text{ pastilhas}$$

ATENÇÃO: deduzir do total previsto as pastilhas que sobraram do ano anterior.

PASSOS

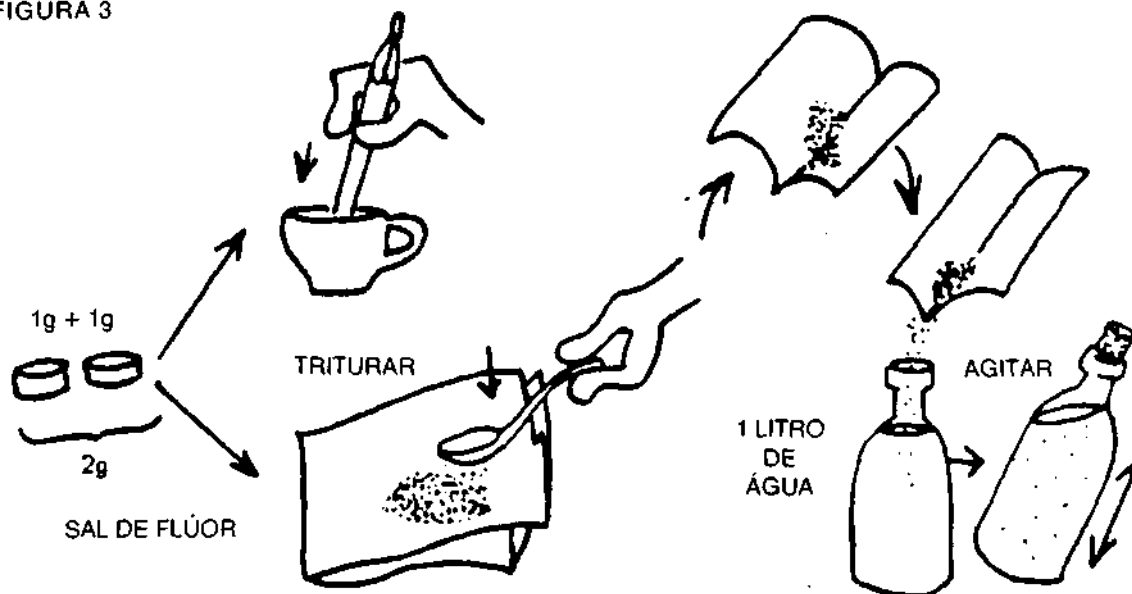
01 - Para Preparar a Solução (Figura 3)

- triturar 2 pastilhas, dentro de uma folha de papel dobrada, com uma colher (parte convexa) ou dentro de uma xícara com lápis, cabo de faca, soquete de pilão etc.*
- colocar o pó da trituração dentro do vasilhame de 1 litro;*
- encher o vasilhame com água filtrada, fervida ou de boa qualidade, até a medida de 1 litro;
- agitar a solução até desaparecer o pó da pastilha triturada;
- assinale em uma tira, aderida ao vasilhame, a data na qual a solução foi preparada.

Quando a pastilha não for solúvel.

LEMBRE-SE: PARA 1 LITRO DE ÁGUA DISSOLVER 2 PASTILHAS DE 1 GRAMA DE SAL DE FLÚOR

FIGURA 3



02 - Para Graduar as Medidas a Serem Distribuídas (Figura 4)

- encha um prato com água;
- cole uma tira de papel ou fita crepe, verticalmente, na face externa do copo medidor;
- coloque colheres cheias de água dentro do copo e marque a tira com a caneta, segundo as doses abaixo:

FIGURA 4

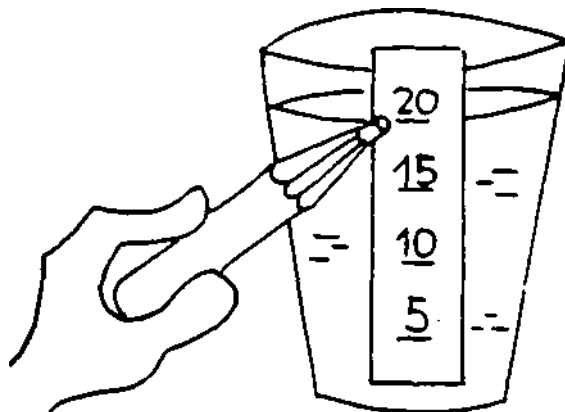


FIGURA4

- após 6 colheres - marcar 5 crianças;
- após 12 colheres - marcar 10 crianças;
- após 18 colheres - marcar 15 crianças;
- após 24 colheres - marcar 20 crianças;

LEMBRE-SE:

- o preparo da solução e graduação do copo medida deve ser realizado apenas por professores treinados, indicados pela direção da escola, por Agentes de Saúde ou por Técnicos de Higiene Dental,
- a solução não deve ser preparada para mais de 2 semanas; 1 litro de solução é suficiente, com folga, para aplicação diária dos bochechos em todos os alunos de 2 salas de aulas, na maioria dos casos (30 a 40 alunos por sala de aula);
- certifique-se antecipadamente do número de alunos que realizarão os bochechos antes de preparar a solução.

EVITE DESPÉRDÍCIOS:

- antes de iniciar as sessões de bochechos de sal de flúor, todos os procedimentos deverão estar dominados pelos participantes na escola (direção, professores, serventes e alunos);
- assinale em uma tira de papel aderida ao vasilhame de 1 litro a data na qual a solução foi preparada; (Figura 5).
- assinale em uma tira de papel, aderida ao vasilhame com a solução a palavra FLÚOR, bem visível, para identificar o seu uso. (Figura 5).
- com 1 litro de água podemos aplicar, com folga, 80 bochechos (80 alunos) em uma sessão.

FIGURA 5



ROTEIRO PARA A REALIZAÇÃO DOS BOCHECHOS

O local para realização dos bochechos dependerá da opinião da professora e dos seus alunos, que deverão optar pelo da sua preferência, ou seja, em sala de aula ou no pátio da escola. Fatores específicos como chuva, sol, classes, turnos intermediários, arquitetura escolar, etc., deverão ser levados em conta na seleção do local. É im-

prescindível o domínio do método nas duas circunstâncias - pátio e sala de aula - para evitar imprevistos. Os vigilantes sanitários - alunos voluntários - de cada sala de aula apoiarão os professores em todas as tarefas. Os serventes também são envolvidos com tarefas de apoio, como a de dispor o material necessário, sua limpeza e guarda.

- a) dispor no pátio ou dentro da sala, em frente ou ao lado do quadro negro, uma carteira escolar ou mesa pequena com os seguintes materiais (disposição da figura 6):
 - 1) vasilhame (litro) com a solução de sal de flúor;
 - 2) copo graduado;
 - 3) 2 pratos fundos;
 - 4) colheres de sopa em número igual ao dos alunos da sala.
- b) dispor ao lado da mesa, 1 recipiente de lixo, no interior do qual se coloca uma folha de jornal em forma de cone.

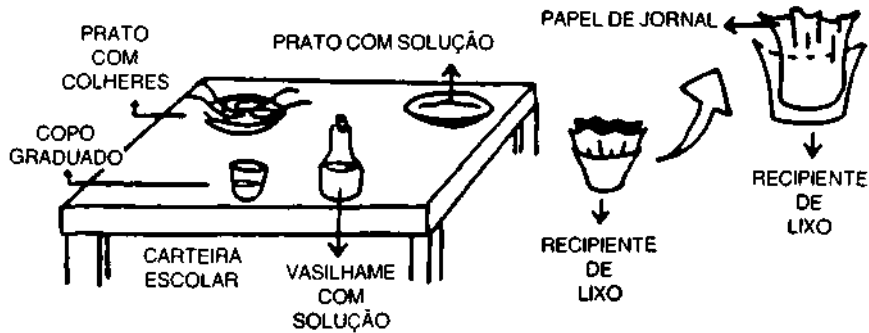


FIGURA 6

- e) coloque no copo graduado a solução do vasilhame (litro) na altura da marca correspondente ao número de alunos da sala de aula.
- d) colocar a solução do copo graduado em um prato fundo.
- e) retirar os alunos da sala em fila dupla, com igual número de alunos cada, ou mais 1 em uma delas.
- f) dispor as filas dos alunos em frente à carteira escolar ou mesa onde estão dispostos os materiais para o bochecho, uma de frente para outra, com a distância de 1 metro.
- g) a professora ficará próxima à carteira, do outro lado, de frente para os alunos (figura 7).

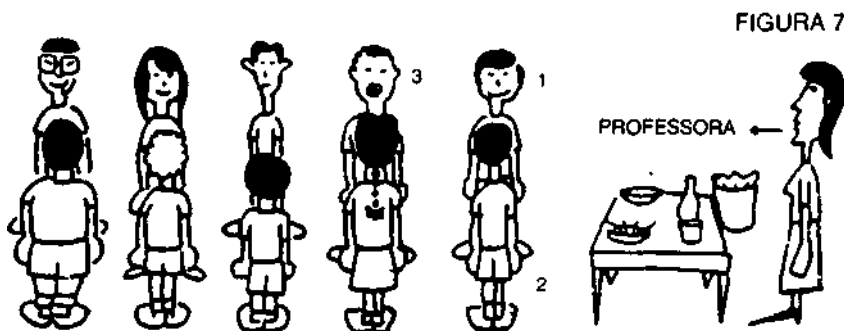


FIGURA 7

- 1 - aluno que distribuirá colheres;
- 2 - aluno que servirá a solução;
- 3 - aluno que passará com o balde de lixo.

- h) a professora ordena que o aluno 1 distribua as colheres ficando no final da fila com a sua colher e mais uma para o aluno 2 que distribuirá a solução.
- i) a professora ordena que o aluno 2 passe com o prato, a altura do peito, entre as filas de alunos, distribuindo a solução, alternadamente, para um aluno a esquerda e a outro da direita até o final da fila. Este aluno apanhará a sua colher com o aluno 1, no final da fila, recolhe a solução e inicia o bochecho.
- j) durante a realização do bochecho a professora deverá recomendar que o façam de forma vigorosa, atingindo os dentes da frente e dos lados direito e esquerdo e que não engulam a solução.
- l) a professora contará 1 minuto no seu relógio a partir do último aluno da fila que iniciou o bochecho. Na falta de um relógio, a professora contará compassadamente de 30 até 90 (recomenda-se treinar antes).
- m) passado 1 minuto de bochecho a professora ordena que o aluno 3 apanhe a lixeira, cuspa a solução dentro e passe entre as filas de alunos para que estes façam o mesmo.
- n) na sessão da próxima semana a ordem dos alunos nas filas deverá ser invertida, ou seja, o primeiro da fila

de uma semana será o último da semana seguinte, menos os alunos, 1, 2 e 3 da figura 7 (auxiliares para a execução). o) ao final do passo anterior, quando o último aluno cuspir a solução, a professora ordena que o aluno 1, que distribuiu as colheres, as recolha de volta e coloque no prato de onde foram retiradas e que o recipiente de lixo e o prato de solução sejam colocados nos locais de onde foram retirados pelos alunos 2 e 3. p) a professora providencia a chamada dos alunos, anotando na Ficha de Controle dos Bochechos - que acompanha este manual - com um (.) os alunos presentes e com (f) os alunos faltosos. Os alunos faltosos realizarão o bochecho, isoladamente, no dia seguinte, para o qual se cancela o (f) com um (C) sobreposto. q) sugerimos que os alunos 1, 2 e 3 sejam os responsáveis pelo preparo do local, recolhimento e guarda do material na cozinha da escola.

TÓPICOS IMPORTANTES

- os bochechos com solução de sais de flúor a 0,2% podem prevenir o ataque da cárie em cerca de 45%, após 3 anos consecutivos.
- outras práticas preventivas, como a escovação dental, devem ser mantidas para ampliar a proteção contra a cárie.
- os bochechos deverão ser realizados uma vez por semana, durante um minuto, e não se deve beber ou comer até uma hora após a sua realização.
- a solução de flúor não deverá ser guardada por mais de duas semanas.
- o Fluoreto de Sódio puro é tóxico e não deve ser ingerido puro sob nenhuma circunstância. As crianças não deverão engolir a solução durante o bochecho, embora este acidente não provoque risco.
- apenas professores ou agentes de saúde devem preparar a solução de sal de flúor.
- reservar, na escola (na cozinha preferencialmente), um recanto protegido para a guarda do material utilizado. As pastilhas do sal de flúor de estoque deverão ser guardadas em uma gaveta do armário, sob chave, na direção da escola.
- anotar no Calendário Anual de Bochechos os dias de execução.
- o treinamento dos executores (serventes, diretor, professores, vigilantes sanitários etc.) deverá ser realizado em condições reais por dentistas, técnicos em higiene dental, agentes de saúde ou professor treinado.
- as crianças com problemas psicomotores graves ou com dificuldades mentais não devem participar do processo. Para estes deve ser indicado outro processo de prevenção.
- as colheres, após o bochecho, deverão ser bem lavadas e guardadas em locais fechados. Um bom recipiente poderá ser feito cortando uma garrafa de plástico ao meio, usando a parte superior como tampa.
- caso a professora falte no dia do bochecho, deverá ser substituída por outra pessoa treinada ou providenciar a realização para o dia seguinte.
- em caso de ingestão acidental da pastilha ou pó de flúor puro tome com urgência as seguintes providências:

1 - chame o médico ou leve a criança ao Centro de Saúde mais próximo.

2 - induza o vômito imediatamente - tomar goles de água morna na qual se dissolveu sal de cozinha ou bicarbonato de sódio, na proporção de 1 colher de sopa para um copo de água, até o vômito aparecer.

NOTAS FINAIS

- Este método simplificado está sendo realizado há mais de 4 anos consecutivos em escolas de zona rural de Brasília, DF - Brasil - sem quaisquer acidentes.
- A partir de 1988 as pastilhas com Fluoreto de Sódio foram adquiridas em forma de comprimidos com uma grama do sal, disponíveis em frascos de plástico, com tampa de vedação sob pressão, contendo 50 unidades cada frasco.
- Não se recomenda a distribuição de Fluoreto de Sódio puro para ser pesado e embalado nas escolas ou Centros de Saúde, por segurança e higiene de trabalho.
- Uma vez a cada 60 dias, de preferência no dia da realização do bochecho, deverá efetuar-se uma supervisão na escola para observar e avaliar a guarda dos materiais, preparo da solução, prática do enxaguatório e fazer as orientações necessárias. Nesta oportunidade, deve-se elogiar pelos progressos e promover a saúde bem como recolher opiniões dos alunos, professores, diretores e outros trabalhadores escolares sobre mudanças para melhorar o processo.

PROGRAMA PREVENTIVO - CONTROLE DE BOCHECHOS

MUNICÍPIO:	UNID. DE ENSINO:
TURNO:	CLASSE:
	ANO:
SUPERVISÃO:	PROFESSORA:

Nº	NOME DO ALUNO	IDADE	DATA DO BOCHECHO												TOTAL
01															
02															
03															
04															
05															
06															
07															
08															
09															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															
31															
32															
33															
34															
35															
													TOTAL		

NOTAS COMPLEMENTARES

- 1) Este método foi originalmente realizado com copinhos de plástico descartáveis, para café, um para cada aluno, nos quais, com um dosador de 10 ml se coloca a solução para o bochecho;
- 2) Os copinhos de plástico supracitados, podem ser substituídos por copos cônicos de papel para café - adquiridos no comércio ou confeccionados pelos alunos - que são suportados por uma bandeja perfurada (furos de 20 mm de diâmetro) para servir os alunos em suas próprias carteiras escolares ou em fila na sala de aula ou no pátio. Neste caso, e no anterior, as crianças, após o bochecho cospem a solução no copinho que será jogado fora. Não se recomenda reutilizar os copos descartáveis.
- 3) Ainda, alguns Programas utilizam copos, xícaras ou canecas da merenda escolar em substituição aos descartáveis de plástico ou papel.
- 4) Há Programas que utilizam copinhos de plásticos laváveis, com 10 ml de capacidade, para servir a solução.
- 5) Uma prática interessante consiste em substituir os copos ou colheres para servir a solução do bochecho por seringas de grande porte, com dosador pré-calibrado, utilizado para vacinação de gado, que serve a solução diretamente na boca de cada criança, dispostas sob a forma de filas ou círculos. Convém avaliar o custo, durabilidade, manutenção e manuseio do aparelho aplicador.
- 6) Caso o sal de flúor esteja apresentado em forma de pó, embalado em saquinhos plásticos, com 1 grama, elimina-se a necessidade da trituração. Uma tesoura deve ser acrescentada à relação do material. Recomenda-se para não rasgar o saquinho com os dentes.
- 7) Em nenhuma das variações de aplicação anterior há registro de alterações dos índices de prevenção.
- 8) Por motivos de prevenção de acidentes de trabalho, o sal de Fluoreto de Sódio, sob apresentação na forma de pó, não deveria ser pesado e embalado nas escolas. Seu manuseio requer proteção especial, recomendada pela indústria.

Este documento foi elaborado pelo Cirurgião-Dentista Sérgio Pereira (consultor eventual da FAE/MEC). Pode ser reproduzido sem quaisquer ônus, desde que seja citada a fonte e de que a FAE seja informada sobre a quantidade e a finalidade do material.

Ilustrações: Ricardo Miranda Filho
Apoio: Equipe Técnica DIACOM/FAE-MEC

**APLICAÇÃO DO TESTE DE
ACUIDADE VISUAL EM ESCOLARES**

|...a situação de saúde de um país depende, fundamentalmente, das condições gerais de vida da população e da base econômica e social em que estas se reproduzem. Depois, em um grau bem menor, operam como determinantes, as intervenções médicas.

R. Dubos

I. APRESENTAÇÃO

Este MANUAL foi elaborado especialmente para Professores, Agentes Comunitários, Agentes de Saúde e outras pessoas que serão incumbidas de aplicar o Teste de Acuidade Visual em crianças.

Dentro do Programa Nacional Saúde do Escolar desta Fundação, as ações educativas e preventivas, somadas ao Teste de Acuidade Visual, formam o pilar de todo o trabalho de atenção oftalmológica desenvolvido junto aos es-olares de 1º Grau da Rede Pública de Ensino.

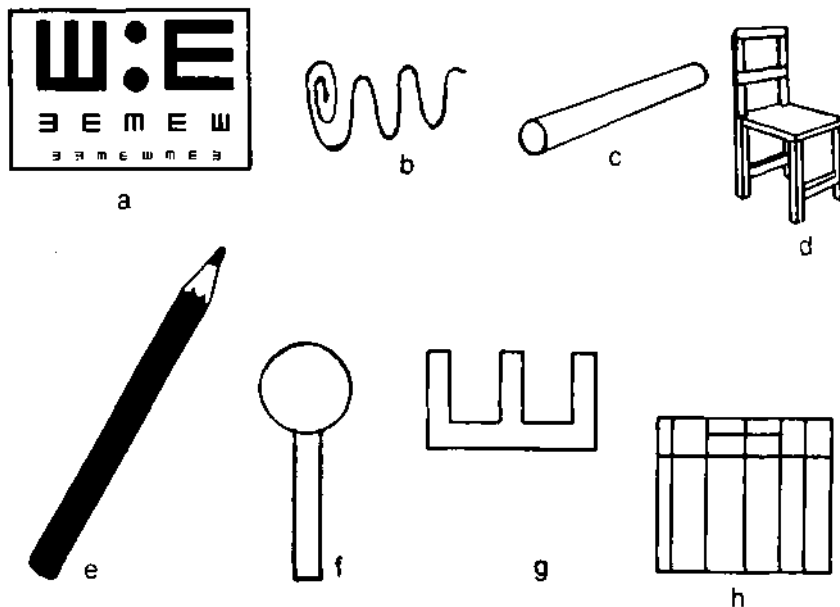
O Teste de Acuidade Visual (1º passo) feito corretamente, facilitará o atendimento médico-oftalmológico daque-as crianças triadas com baixa acuidade visual (2º passo) e acelerará a confecção de óculos (3º passo).

Pretendemos com este MANUAL, divulgar o conhecimento desta técnica, simples mas de real importância na prevenção da cegueira e, conseqüentemente, de todas as dificuldades que uma criança cega enfrenta, tanto na escola como na vida.

II. MATERIAL NECESSÁRIO PARA O TESTE

O material que você irá necessitar para verificar a acuidade visual dos alunos, é o material mais simples possível, quase sempre disponível na escola e mesmo na comunidade. Observe:

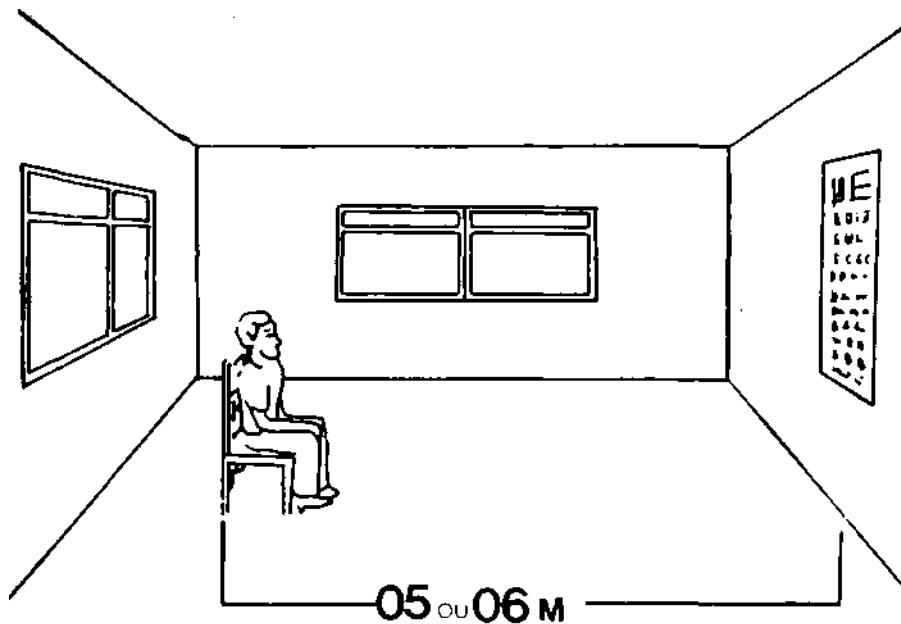
- uma tabela de optotipos, de preferência a de Snellen que é fornecida pela FAE.
- um pedaço de barbante medindo 05 ou 06 metros (conforme a tabela), para marcar a distância entre a tabela e a criança.
- um pedaço de giz para marcar a posição da cadeira onde a criança deverá estar sentada.
- uma cadeira ou um banco confortável.
- um lápis ou outro objeto adequado para indicar as letras (ou símbolos), que se está pedindo à criança que identifique.
- um papelão ou madeira (segundo molde para usar como "tapa olho" (oclusor).
- um papelão ou madeira (segundo molde para usar como modelo).
- uma ficha para anotação dos índices de acuidade visual observados, (observe as ilustrações abaixo).



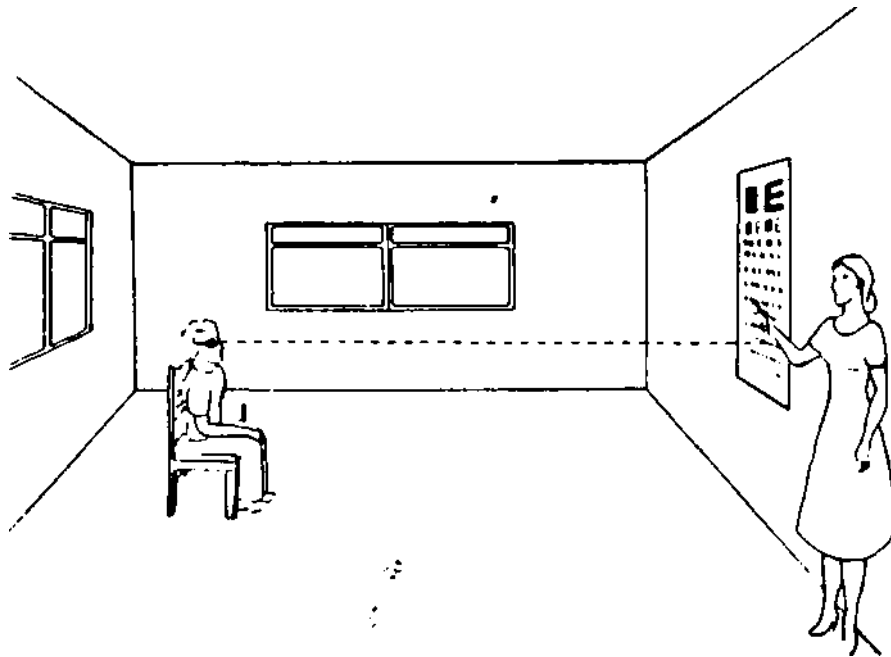
III. PASSOS PARA A REALIZAÇÃO DO TESTE

Para ter certeza de que o teste que você vai realizar será correto, siga os seguintes passos:

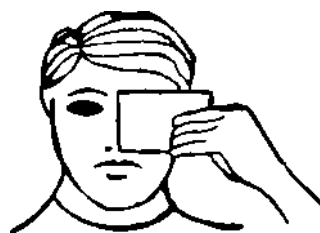
- Dê ao aluno que vai ser testado uma explicação sobre o procedimento e objetivo do exame, que poderá ser inicialmente coletivo para todos os alunos da sala de aula e, posteriormente, individual.
- coloque a tabela de optotipos na parede, tendo o cuidado para que a linha que corresponde à visão 0,8 fique mais ou menos na altura dos olhos da criança que estará sendo testada, e que a luminosidade incida sobre a tabela e nas costas da criança. De preferência, luminosidade natural do ambiente (como se a criança fosse tirar um retrato da tabela), (figura)
- coloque a cadeira ou o banco a uma distância de 05 ou 06 metros (conforme padronização da tabela) da parede onde foi pregada a tabela de optotipos (tabela de Snellen ou outra). Não se esqueça que a distância marcada é a Partir dos pés traseiros da cadeira, (figura)



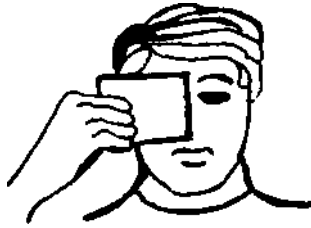
d) Aplique o teste sempre individualmente e procure evitar que, na sala onde o teste está sendo realizado, permaneçam pessoas ou coisas que possam desviar a atenção da criança, (figura)



e) O teste deve ser feito em um olho de cada vez, iniciando-se sempre pelo olho direito (OD). Para isso utilize o "tapa olho" para ocluir o olho esquerdo (OE) sem pressioná-lo, e peça a criança que identifique as posições da letra E (mostrando com o modelo ou relacionando com teto, chão, janela, porta, para se evitar confusão do termo direito e esquerda, (figura)



f) Repita o passo anterior com o "tapa olho" ocluindo o olho direito (OD) para que se possa medir a acuidade vi sua do olho esquerdo (OE), (figura)



g) Registre o grau da acuidade visual do olho examinado, correspondendo a última fileira da tabela na qual a criança conseguiu identificar, corretamente, letra ou o símbolo que você lhe está indicando. O número que deve ser registrado na ficha de cada criança, é o número que você pode ver no lado esquerdo de cada fileira da tabela. Por exemplo: se você está usando a tabela de Snellen e a criança testada só consegue identificar corretamente as letras até a quinta fileira (de cima para baixo) o número que deverá ser anotado na ficha é o 0,4. (observe o modelo da tabela de Snellen abaixo)



IV. ANOTAÇÃO DO GRAU DA ACUIDADE VISUAL

Um dos últimos passos do trabalho que você irá realizar é a anotação daquilo que, através do teste, foi constatado sobre a visão da criança. É necessário anotar corretamente a Acuidade Visual da criança testada, para que no próximo segmento do trabalho, quando a criança for examinada pelo oftalmologista (na escola ou no consultório) estes dados facilitem o trabalho desse profissional.

As anotações na ficha de registro devem ser efetuadas imediatamente após o teste, com letra clara e legível e utilizando um modelo semelhante ao abaixo:

CIDADE:
 ESCOLA:
 ENDEREÇO:
 DIRETOR:
 RESPONSÁVEL PELO TESTE:

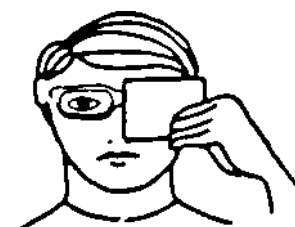
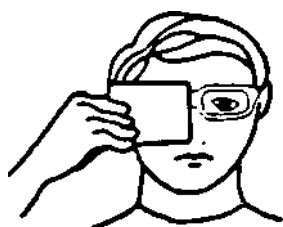
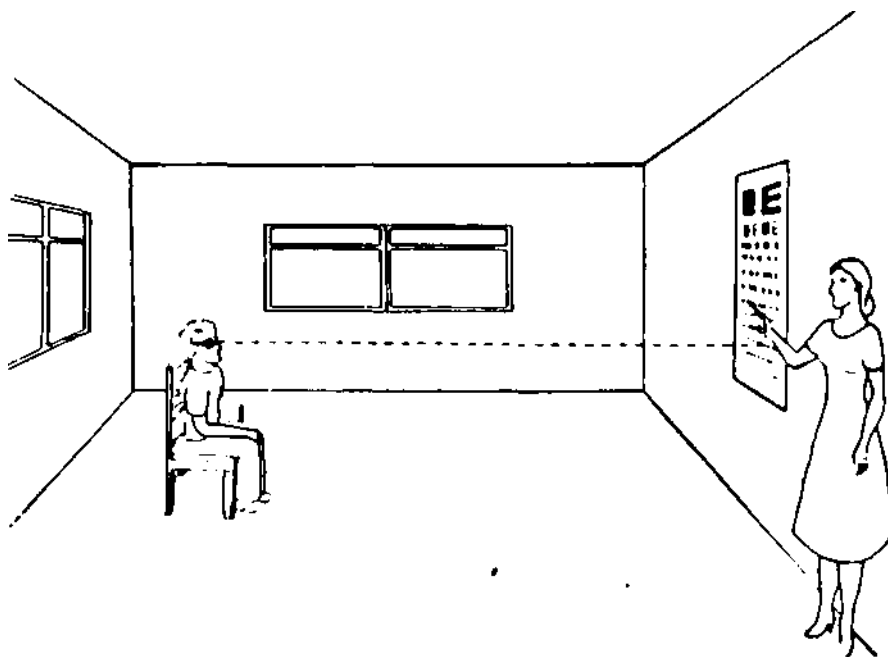
NOME	Nº	IDADE	SEXO	ACUIDADE VISUAL		MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO
				OD	OE	

Observe que nesta ficha OD corresponde a Acuidade Visual do olho direito e OE a do olho esquerdo.

No espaço correspondente ao motivo do encaminhamento coloque os outros motivos que possam estar justificando o pedido da consulta. Estes motivos podem ser: olho vermelho, traumatismos oculares, infecções, estrabismo (olho torto), queixas constantes ao esforço visual de perto.

V. COMO APLICAR O TESTE EM CRIANÇAS QUE USAM ÓCULOS

Se a criança que você está testando já usa óculos para ver de longe, a Acuidade Visual deve ser medida com os óculos. Neste caso ao anotar na ficha a Acuidade Visual do olho direito 'OD) e do olho esquerdo (OE) deve-se colocar anteriormente ao valor a abreviatura c/c que corresponde a: **com correção**, (figura)



VI. COMO ENCAMINHAR AS CRIANÇAS PARA A CONSULTA OFTALMOLÓGICA

Após ter anotado na ficha a Acuidade Visual das crianças testadas você deve separar todas aquelas cuja Acuidade Visual for menor ou igual a 0,8 (ou seja toda aquela que não leu a fileira acima de 0,8 na tabela Snellen).

Estas crianças deverão ser encaminhadas para consulta oftalmológica, para esclarecimento do motivo da baixa de Acuidade Visual, pelo oftalmologista do programa, na escola ou no consultório apropriado.

OBSERVAÇÕES

1. Se o oftalmologista for a escola para realizar exame nas crianças que você triou como portadoras de uma Acuidade Visual abaixo do normal, você deve garantir que ele examinará, em primeiro lugar, aquelas crianças que estão com a visão mais comprometida.
2. A mesma coisa deve acontecer se você for encaminhar o aluno para um consultório oftalmológico.
3. Se a responsabilidade pela aquisição dos óculos for sua (agente de saúde ou professor) imediatamente de

pois de receber a receita, leve-a ou encaminhe-a ao local onde os mesmos são confeccionados, para que a criança disponha deles no menor tempo possível.

4. Cuide para que as crianças que necessitem de retorno ao consultório, o façam no período recomendado.
5. Procure incentivar as crianças a zelarem pela conservação dos seus óculos fazendo o uso devido e recomendado.
6. Cuide para que o programa de atenção Oftalmológica ao escolar não sofra atropelos no seu andamento, fazendo corretamente a sua função.

Este manual foi elaborado pela Equipe de Saúde do Escolar da FAE e pelos oftalmologistas Edmundo Pereira Rodrigues, Elizabeth M. Duarte e José Pacheco Filho, consultores eventuais do Programa. Ilustrações: Ralph Gehre

CAPÍTULO III

EDUCAÇÃO POSTURAL DO ALUNO

I. APRESENTAÇÃO

O presente MANUAL foi elaborado especialmente para Agentes de Saúde, Professores, Agentes Comunitários, e demais pessoas que trabalham na rede pública de ensino fundamental, no sentido de prevenir as deformidades da coluna vertebral entre os alunos, ao mesmo tempo identificarem eventuais deformidades para o devido encaminhamento do escolar para Ortopedista, que indicará a conduta a ser seguida.

As deformidades da coluna vertebral são um dos principais motivos de afastamento dos estudantes da sala de aula. Sem tratamento ou orientação adequada, elas progridem de tal forma que, na fase adulta, não poderão mais ser corrigidas. Para evitar que esses problemas se agravem, a solução é fazer uma orientação preventiva com crianças e adolescentes até o final do crescimento. Nestas faixas etárias, em recente pesquisa entre estudantes, constatou-se que já existia entre elas um percentual de 6,5% de alunos com deformidade da coluna. A identificação precoce dos defeitos posturais facilitará a sua correção, evitando aparecimento de dores na coluna e nos membros inferiores.

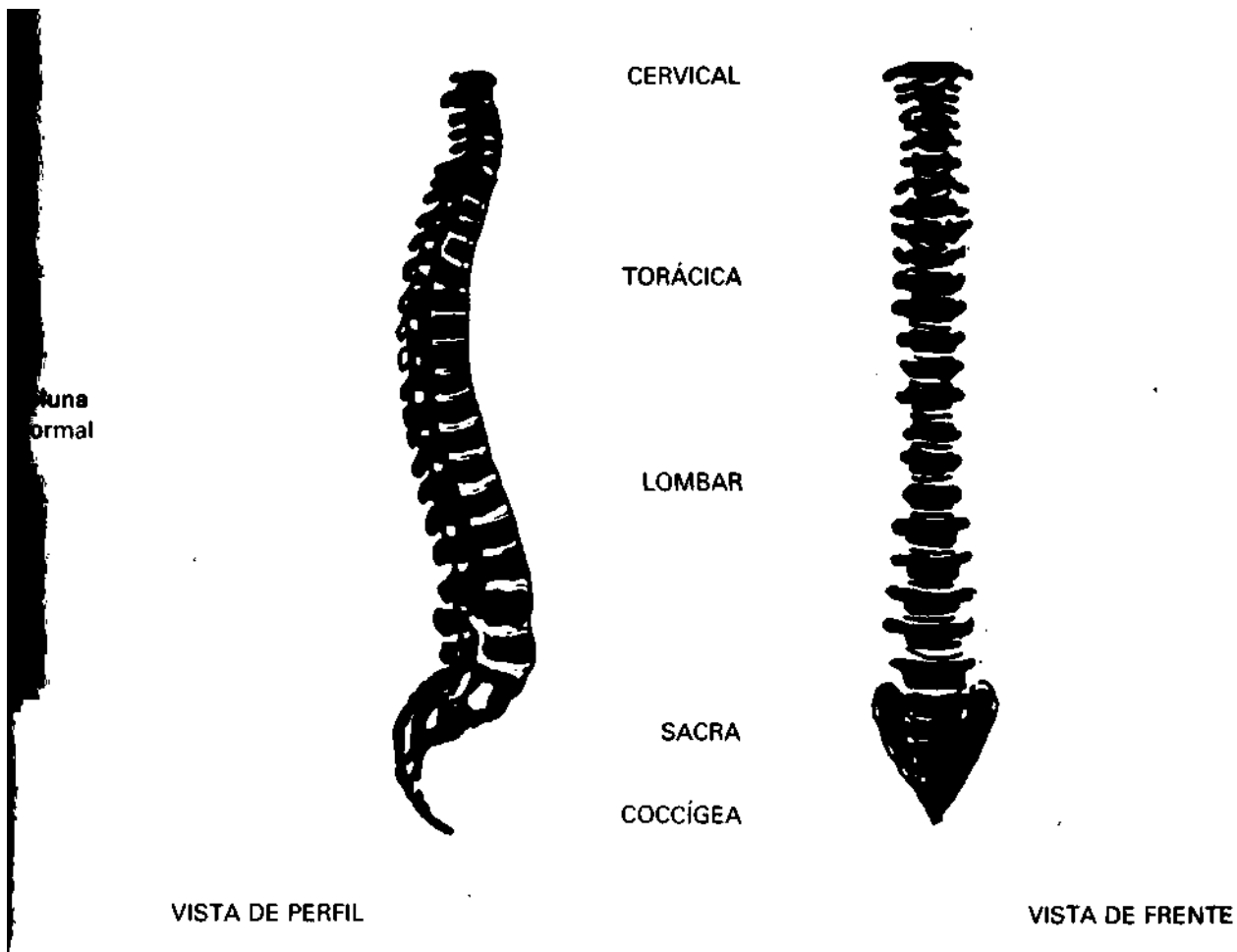
SISTEMA LOCOMOTOR

O sistema locomotor é um complexo formado por ossos, articulações e músculos, dependendo dos sistemas nervoso e circulatório para o seu funcionamento. Ele é o responsável pelo deslocamento do corpo no espaço. Todo movimento, por menor que seja, requer a participação desse complexo.

III. A COLUNA VERTEBRAL

A) ANATOMIA

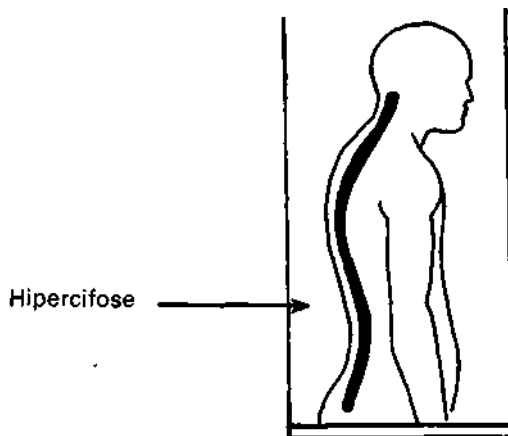
A coluna vertebral é formada por um conjunto de 33 ossos superpostos (vértebras), os quais são mantidos na sua posição anatômica, graças ao perfeito equilíbrio entre musculatura e ligamentos, contribuindo para a manutenção da postura correta e para suportar as tensões a que somos submetidos diariamente. Ela é formada por 7 vértebras cervicais, 12 torácicas, 5 lombares, 5 sacrais e 4 coccígeas.



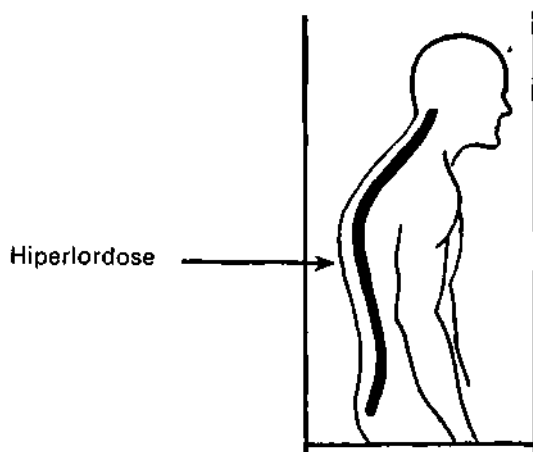
B) DEFORMIDADES

As deformidades mais comuns da coluna são:

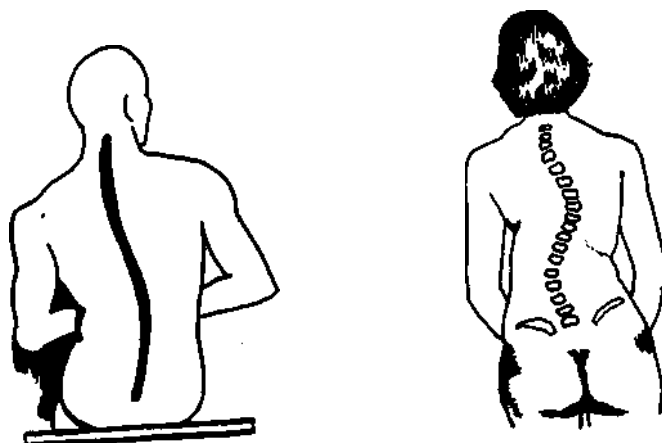
1) HIPERCIFOSE. É uma deformidade caracterizada pelo aumento da cifose (curva normal) e também conhecida como "corcunda". Ocorre na coluna torácica. Ela corresponde a 8,1% das deformidades da coluna, percentagem encontrada em pesquisa realizada pelo Programa de Prevenção da Escoliose no universo de 14.269 alunos da rede pública de ensino (Sobradinho— DF).



2) HIPERLORDOSE. Corresponde a um aumento exagerado da curvatura anterior da coluna lombar.



3) ESCOLIÓSE. É um desvio lateral da coluna vertebral. É o mais freqüente, correspondendo a 87,2% dos desvios da coluna.



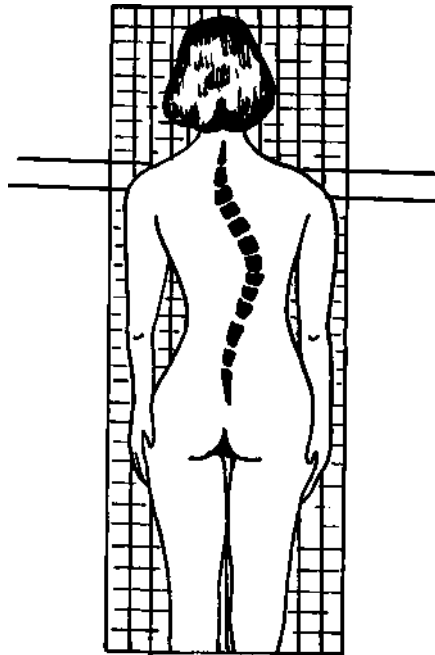
IV. TESTES PARA PESQUISA DOS DESVIOS DA COLUNA

Para identificar os desvios da coluna são usados 4 testes:

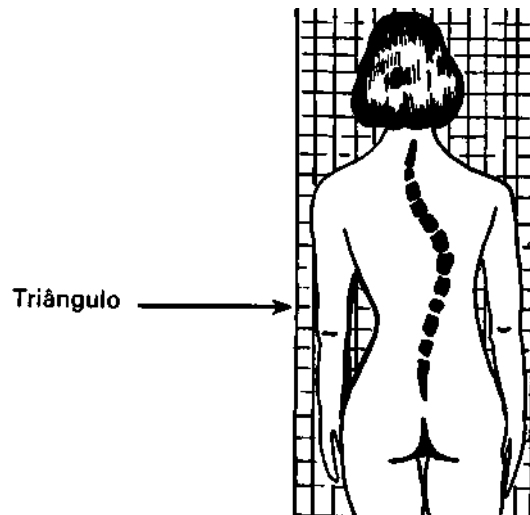
- 1) Altura dos ombros
- 2) Triângulo do talhe
- 3) Giba costal
- 4) Alinhamento das apófises espinhosas

Encontrando-se dois destes sinais recomenda-se o encaminhamento do aluno ao Ortopedista.

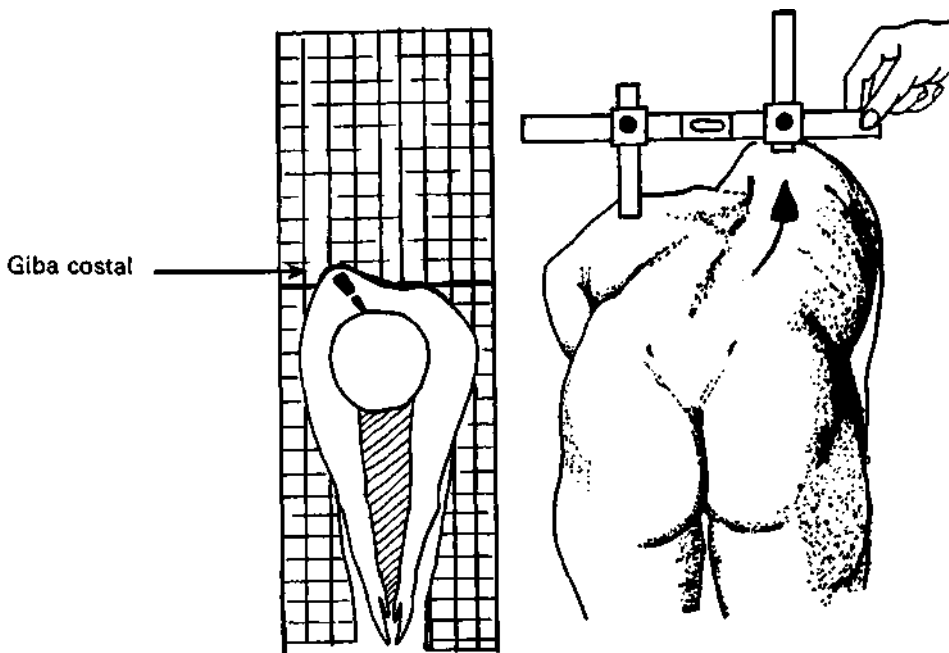
1) ALTURA DOS OMBROS. Utilizando um quadro de cartolina de 2m de altura por 0,75m de largura, com quadrados de 5cm fixado a uma parede, pode-se verificar a discrepância na altura dos ombros.



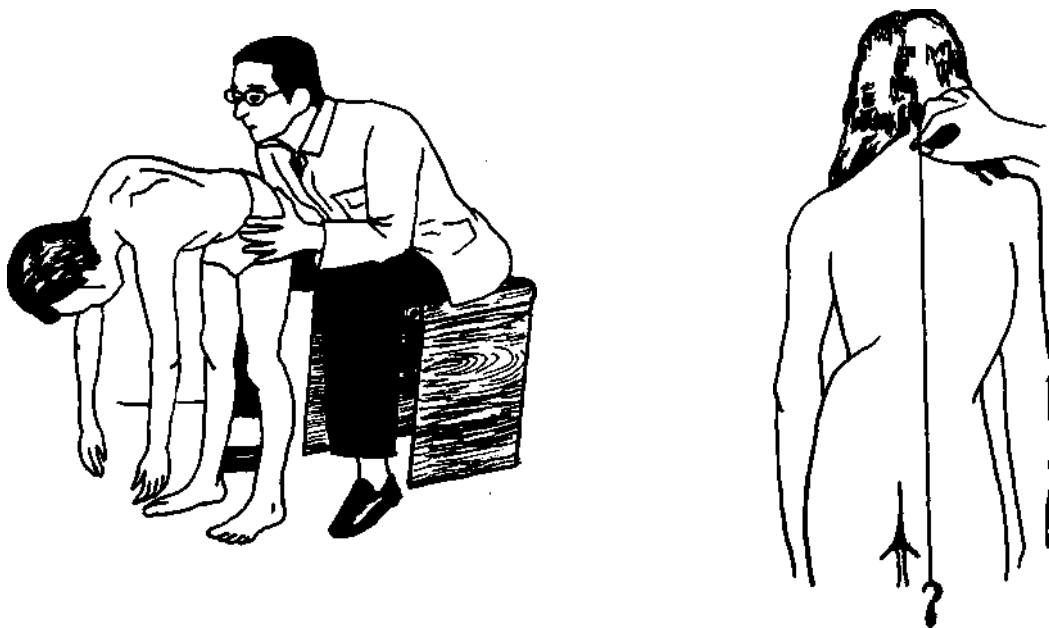
2) ASSIMETRIA DO TRIÂNGULO DO TALHE. Este triângulo é formado pelo cotovelo e cintura e devem ser iguais dos dois lados, o que poderá ser observado frente a um quadro de cartolina.



3) GIBA COSTAL. Na escoliose, um dos lados do dorso apresenta-se mais elevado devido à rotação das vértebras. Isto pode ser verificado visualmente ou até medido, fazendo-se uma flexão de noventa graus na coluna e de posse de uma régua e um nível de pedreiro medir a giba costal.



4) ALINHAMENTO DAS APÓFISES ESPINHOSAS. As apófises espinhosas são estruturas posteriores das vértebras, que se projetam no dorso, devendo fazer uma linha reta desde a nuca até a região glútea. Um desalinhamento indica escoliose. Isto pode ser verificado a olho nu e melhor ainda usando um "prumo de pedreiro". Quando se coloca a ponta da linha na sétima vértebra cervical (a mais inferior e proeminente da coluna cervical) o pêndulo deve localizar-se na região interglútea da pessoa não portadora de desvio.



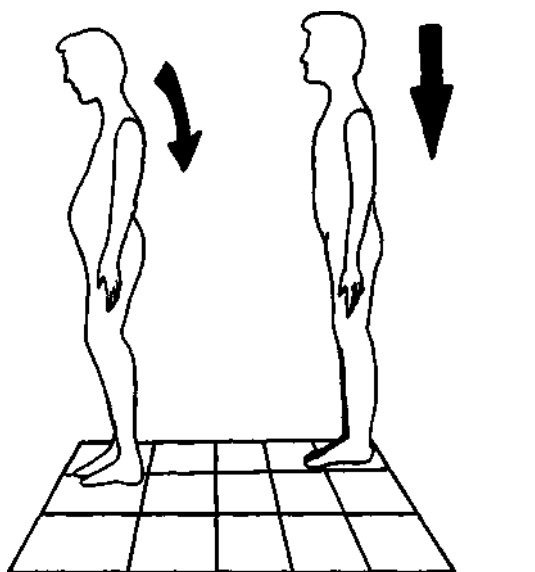
V. COMO PREVENIR PROBLEMAS NA COLUNA VERTEBRAL

A manutenção de uma coluna vertebral saudável, tanto na sala de aula como nas atividades do dia-a-dia, depende da observância das seguintes orientações:

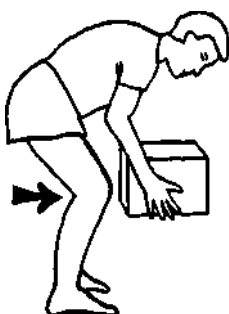
A) **MARCHA.** Ande o mais ereto possível. Posicione os ombros para trás sem deixá-los tensos e permita que os braços balancem naturalmente. Dobre os joelhos ao andar e não arraste os pés. Olhe normalmente para a frente.



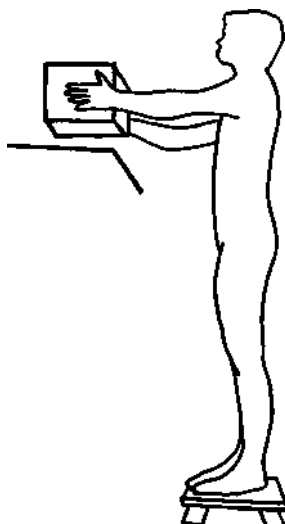
B) **POSIÇÃO DE PÉ.** Ao ficar de pé, procure contrair a barriga, mantenha o quadril para trás e os ombros alinhados. Não fique em pé com os joelhos em hiperextensão (excessivamente esticados).



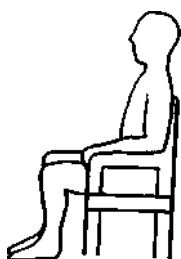
C) **COMO PEGAR PESO.** Ao levantar peso, procure dobrar os joelhos e traga o peso próximo ao corpo. Um adulto só deve levantar peso do chão até 20% do seu peso corporal para não agredir a coluna.



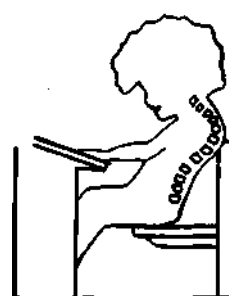
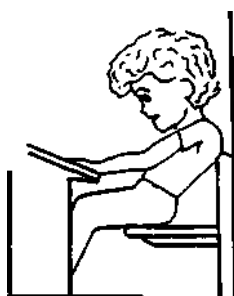
D) COMO PEGAR OBJETOS. Ao pegar objetos, que estejam em altura superior ao ombro utilize a ajuda de um banquinho ou escada.



E) COMO SENTAR-SE. A carteira escolar ideal deve ter assento e encosto retos, abertura para o encaixe das nádegas e uma altura que permita os joelhos ficarem em 90 graus e os pés no chão. Ao escolher a sua carteira e não encontrando a adequada à sua estatura, observe que as carteiras baixas são mais prejudiciais que as altas. Evite cruzar as pernas e sentar na ponta da carteira. A altura da mesa deve estar ao nível dos cotovelos.

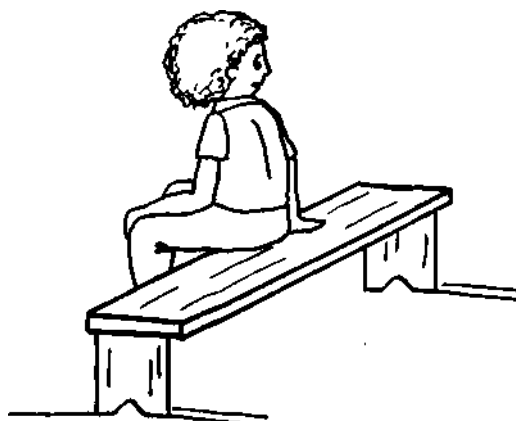
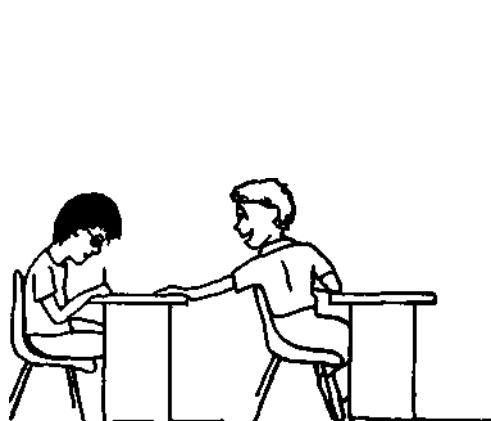


Posição correta

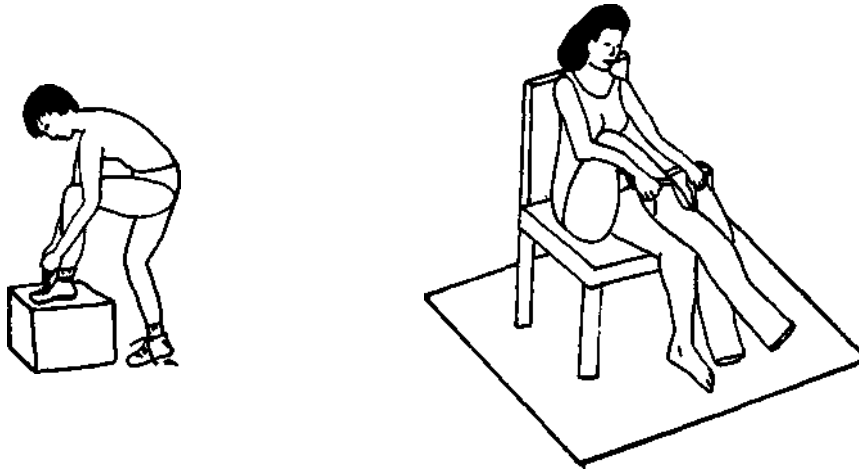


Posições incorretas

F) COMO GIRAR O CORPO. Evite torcer o corpo, bruscamente.



G) COMO CALÇAR MEIAS E SAPATOS. Sente-se, cruze as pernas ou apóie a perna em um banco ou cama.

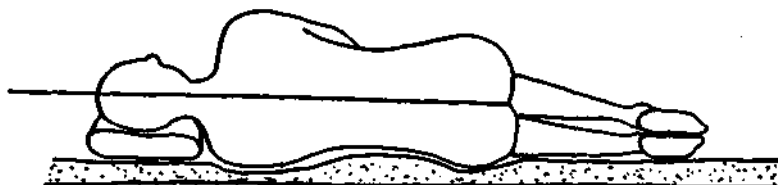
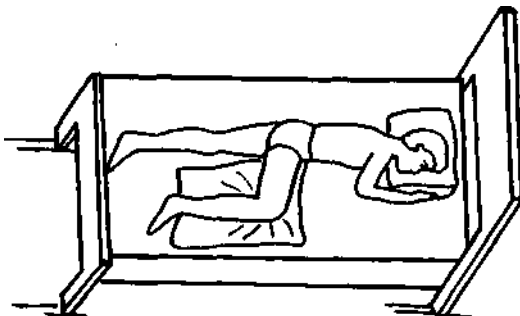


H) COMO ESCOVAR DENTES. Mantenha-se ereto, olhe para o espelho sem dobrar o corpo.

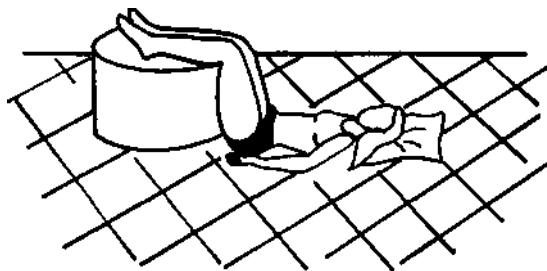


I) COMO DORMIR. Durma de lado com os joelhos dobrados. Coloque um travesseiro apoiando a cabeça e um outro entre os joelhos. Evite dormir de bruços (barriga para baixo). Ao dormir de costas coloque um travesseiro sob as pernas, mantendo os joelhos dobrados e a coluna lombar reta.

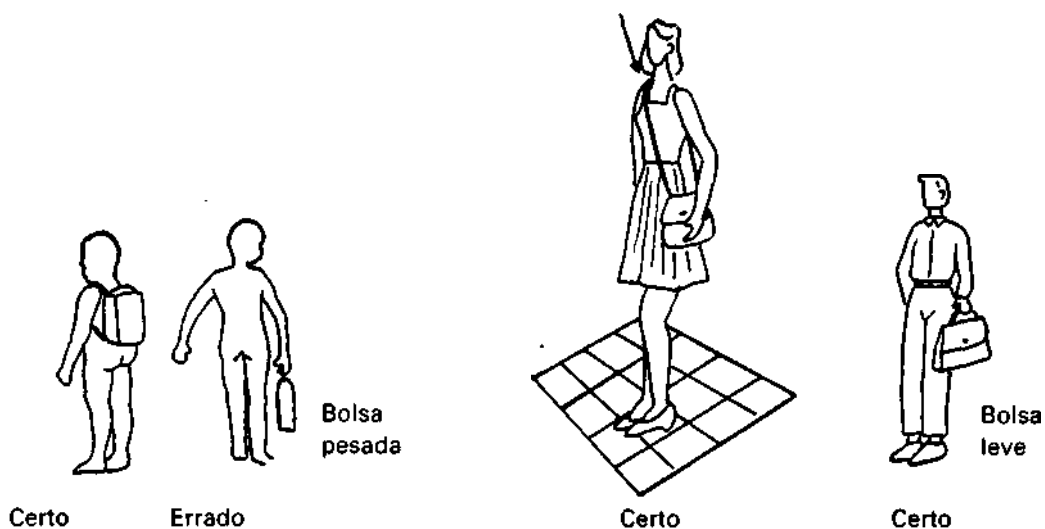
Posições corretas



J) POSIÇÃO DE RELAXAMENTO. Deite-se de costas, coloque as pernas sobre um banquinho, mantendo a coluna reta. Esta posição alivia dores na coluna lombar.



K) COMO CARREGAR MOCHILA OU BOLSA. Procure carregar a mochila nas costas, na frente ou atravessada de um lado para outro. Bolsas de mão devem ser leves. O limite do peso não deve ser superior a 7% do peso da criança.

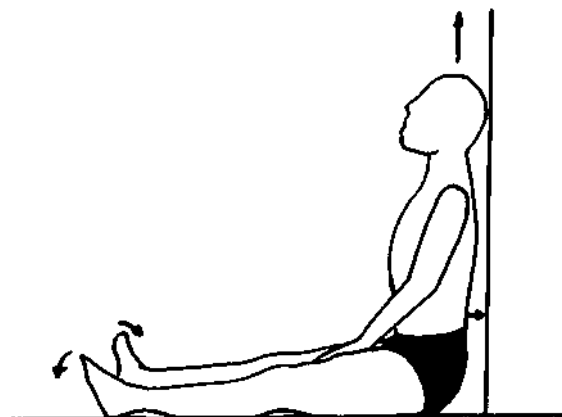


VI. EXERCÍCIOS PARA CORREÇÃO DAS DEFORMIDADES

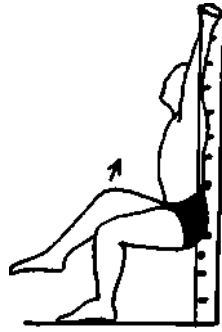
A seguir, são mostrados exemplos de alguns tipos de exercícios simples para correção de deformidades. Os exercícios mais complexos deverão ser praticados sob orientação de um Fisioterapeuta.

l) Para a Hiperlordose.

A) Sentado no chão, joelhos esticados, calcanhares juntos, procure tocar a região lombar na parede.

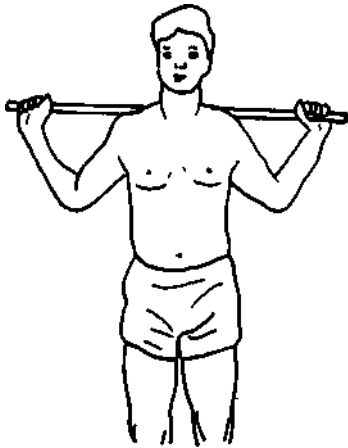


B) Mãos apoiadas em suportes, pernas fletidas, pés apóiam no solo; levantar alternativamente o joelho e repousar o pé;

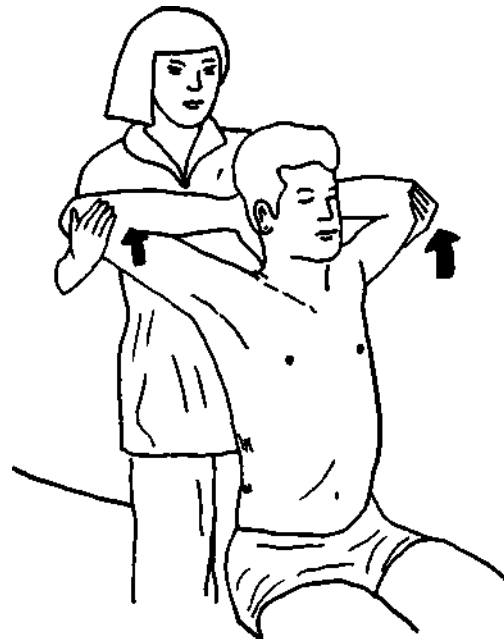


II) Para Hipercifose

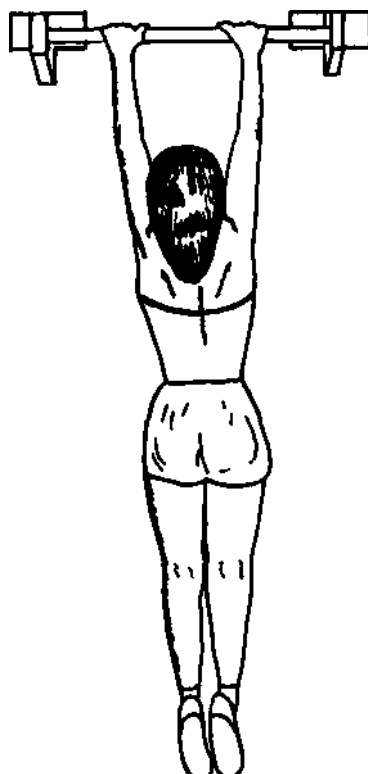
A) Segure um bastão com as mãos viradas para a frente, cotovelos fletidos em 90 graus. Eleve o ombro e traga o bastão para trás da cabeça e ombros.



B) Sentado na borda de uma cama, pernas fletidas, apoio na coluna dorsal, force os ombros para trás.



C) Pendure-se em um suporte (barras altas).

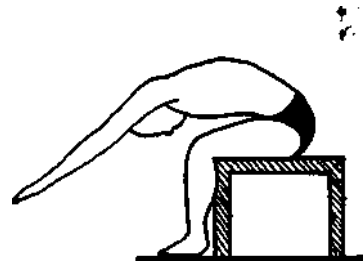


III) Para Escoliose

A) De pé com um peso na cabeça: ficar na ponta dos pés, esticar-se inspirando, inclinar ligeiramente o tronco para a frente. Voltar ao repouso inspirando.



B) Sentado no banco; levar os braços para frente; esticar os ombros e baixar a cabeça. Inspiração profunda nesta posição.



C) Sentado no tamborete, tronco fletido, mão esquerda na nuca lance o cotovelo esquerdo para o alto, a mão direita pressionando o tórax para cima.



D) Apoio na perna esquerda, braço e perna direitos estendidos. Alternar.



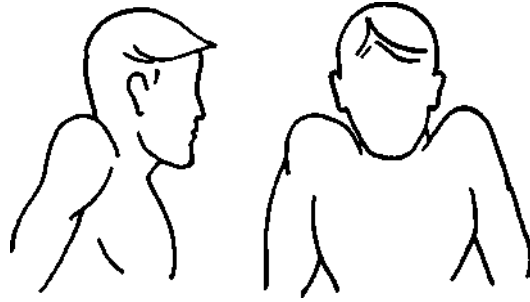
VII EXERCÍCIOS PARA FORTALECER OS MÚSCULOS DA COLUNA, RESPONSÁVEIS PELO SEU EQUILÍBRIO.

1) Para a coluna cervical.

A) Incline a cabeça soprando. Volte à posição inicial inspirando.



B) Sentado, tente encostar os ombros nas orelhas.



C) Olhe para o lado soprando, volte inspirando.

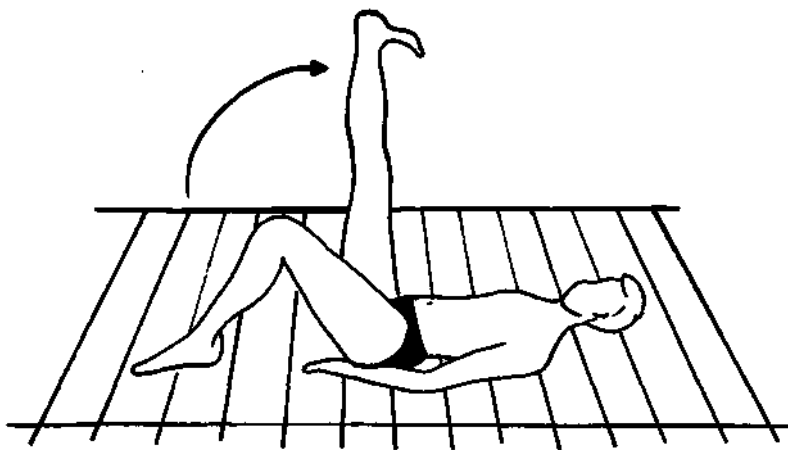


D) Sopre baixando a cabeça, inspire levantando-a.

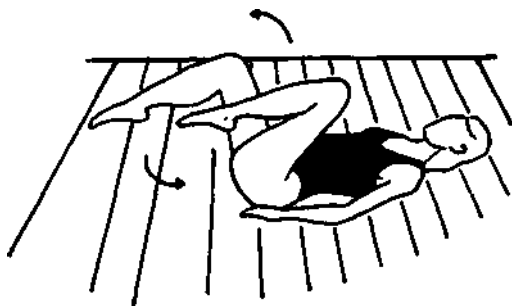


2) Para a coluna toraco lombar.

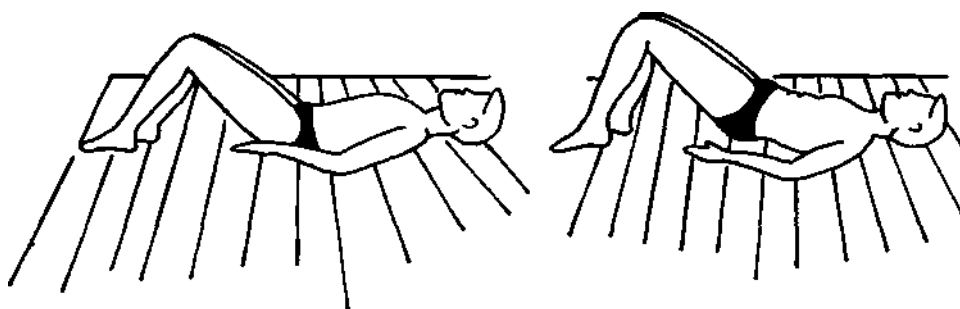
A) Deitado, levante a perna soprando, uma de cada vez, e depois as duas juntas.



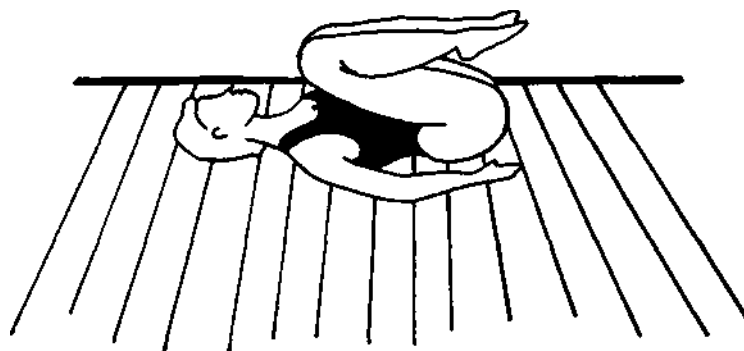
B) Deitado, pedale suavemente.



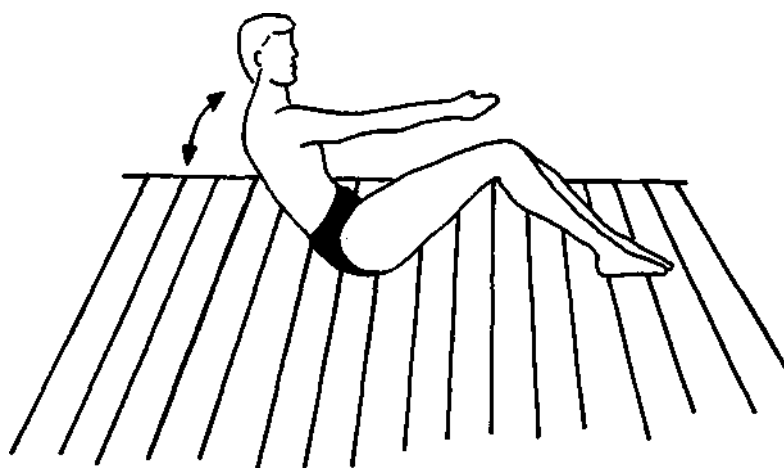
C) Soprando, contraia o abdome e nádegas elevando os quadris.



D) Leve as duas coxas de encontro ao tórax e sobre.



E) Sente-se, soprando.



ESTE MANUAL FOI ELABORADO PELOS DOUTORES (CONSULTORES DO PROGRAMA NACIONAL SAÚDE DO ESCOLAR-PNSE/FAE):

ANELINO JOSE DE RESENDE — ORTOPEDISTA/DF
ELIANE ARAÚJO ANDRADE — FISIOTERAPEUTA/PB
LUÍS LINDBERGH FARIAS — REUMATOLOGISTA/PB
LÚCIA MARIA GONÇALVES MACEDO — REUMATOLOGISTA/DF
ROGÉRIO MOREIRA DE ALMEIDA — FISIOTERAPEUTA/PB

Ilustrações baseadas nos livros:

- Domingues, Gentil J. *Manual de Postura da Unidade de Traumatologia e Ortopedia*. Brasília, Hospital Regional de Sobradinho, 1991.
- Knoplich, José. *Endireite as Costas*. São Paulo, Ed. Ibrasa, 1990.
- Lapierre, A. *A Reeducação Física*. 6ª Ed., Ed. Manoele Ltda., V. III, 1987.

Finalização de Ilustrações: Margarete de Cássia e Souza

COLABORAÇÃO:

Ministério da Saúde
DAPS/SAS Secretaria de Assistência à Saúde Coordenação de
Doenças Crônico-Degenerativas CODEG Programa de
Educação de Controle das Doenças Reumáticas

BIBLIOGRAFIA

- 1 -ALCANTARA, Pedro de. *Pediatria Básica V.I - II*, 4. ed. São Paulo, Sarvier, 1974.
- 2 - CHAVES, Mário M. *Odontologia Social*. Rio de Janeiro, Labor do Brasil, 1977. 450 p.
- 3 - DOMINGUES, Maria Ermínia M. da Silva. Elaboração e testagem de um modelo de Programa de Saúde para escola de 1º grau. *Rev. Interação*. Goiânia, Faculdade de Educação, 1 (2): 1976.
- 4 - FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO DISTRITO FEDERAL. *Teste de acuidade auditiva - Manual de aplicação para professores e agentes de Saúde*. Brasília, 1983.
- 5 - FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO DISTRITO FEDERAL. *Teste de acuidade visual - Manual de aplicação para professores e agentes de Saúde*. Brasília, 1982.
- 6 - MACHADO, Italo de Lima. *Manual de Saneamentos para a Zona Rural e Periferia Urbana*. Goiânia, Pro - Ex - U.F.G, 1983.
- 7 - MACHADO, Italo de Lima. *Programa de Saúde de Escolar: conteúdos e procedimentos*. Goiânia, pro - Ex - U.F.G,1985.
- 8- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA, FUNDAÇÃO MOVIMENTO BRASILEIRO DE ALFABETIZAÇÃO. *Alimentação*. 4-ed. Rio de Janeiro. 1979.
- 9 - MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Diarréia*. Brasília, centro de Documentação, 1982.
- 10 - MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual de Assistência e Controle das Infecções Respiratórias agudas*. Brasília, 1984.
- 11 -MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual para postos de Saúde*. Brasília, 1901.
- 12 - ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIAS. *Curso Básico de Vigilância Epidemiológica para o agente de Saúde*. Goiânia, 1985.
- 13 - PORTO, Celmo Celeno. *Exame clínico*. 2- ed. Rio de Janeiro, Guanabara Kaogan, 1982.
- 14 - SECRETARIA NACIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS DE SAÚDE. *Manual de Orientação para abordagem psicológica*.
- 15 - WERNER, David. *Onde não há médico*. 5ª ed. São Paulo, 1981.



Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)