

130

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO MATERNO - INFANTIL

MORBIDADE DO EDUCANDÁRIO 25 DE NOVEMBRO
NO ANO DE 1981 E UM ESTUDO TRANSVERSAL.

JEFFERSON LUIZ COSTA AMARAL

nº de matrícula 7715418-5

JOSÉ TEODORO VALENTE GONÇALVES

nº de matrícula 7715422-3

PAULO ROBERTO CARDOSO CONSONI

nº de matrícula 7715439-8

DOCTORANDOS DA DÉCIMA PRIMEIRA FASE DO CURSO DE GRADUAÇÃO
DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

JUNHO DE 1982

"Nossos agradecimentos aos médicos do serviço de saúde do Educandário 25 de Novembro, Jonas Guaraciaba Schultz e Roque Sant'Ana, e especialmente ao amigo e professor Lúcio José Botelho pela coordenação".

S U M Á R I O

	PÁG.
I INTRODUÇÃO.....	01
II OBJETIVOS.....	02
III APRESENTAÇÃO DE DADOS.....	03
IV REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	05
V DISCUSSÃO.....	15
VI CONCLUSÃO.....	17
VII SUGESTÕES.....	18
VIII BIBLIOGRAFIA.....	20

RESUMO

Apresentamos neste trabalho a morbidade do Educandário 25 de Novembro no ano de 1981. Foram analisados 413 casos e agrupadas as doenças por ordem de frequência, sendo que as três primeiras foram: infecções de vias aéreas superiores, traumatismo e infecções microbianas de pele, somando uma porcentagem de 74,11.

A grande significância estatística destas três doenças, nos faz acreditar que se atuarmos no sentido de diminuir sua incidência melhorariamos as condições de saúde do Educandário.

Verificando a etiologia e a epidemiologia, chegamos aos principais determinantes de doença.

Por fim fazemos algumas sugestões para que possamos intervir nos fatores determinantes de doença, visando diminuir a morbidade, levando à uma comunidade mais sadia. E para também facilitar e baratear o atendimento médico.

I - INTRODUÇÃO

No momento em que o país submerge na mais profunda crise no seu setor saúde, seja do ponto de vista de indicadores, seja no próprio setor de prestação de serviços, mergulhada numa crise financeira com aparência de insolucionabilidade.

No momento em que se acena como possível caminho para a resolução desta crise com a atenção primária de saúde, com um sistema de complexidade crescente de atendimento visando baratear o custo, sem que haja diminuição da eficácia do atendimento, através do projeto Prev-Saúde, que em seu documento inicial, ainda sob a lua da conferência de Alma-Ata, enfatiza a necessidade de ações básicas em saúde, proposta esta que prioritariamente viria ao encontro das necessidades brasileiras, achamos fundamental que nós, futuros profissionais da área, nos engajemos no processo da discussão destes problemas e possamos dar nossa contribuição para sua resolução.

Em nosso trabalho, procuraremos estudar em seus aspectos etiológicos, patológicos e epidemiológicos os atendimentos prestados a população do educandário 25 de novembro, em seus ambulatórios, em nossa humilde experiência durante o ano de 1981.

Creemos poder colaborar em determinado momento para a melhoria dos serviços congêneres uma vez que nos propomos a apresentar, para discussão, uma alternativa para a atenção à saúde de populações com a mesma característica.

É objeto deste trabalho a população residente no Educandário 25 de Novembro, composta de 141 crianças que foram estudados a partir da demanda não reprimida aos ambulatórios e/ou enfermarias da instituição, onde trabalhamos durante todo o ano de 1981, na condição de bolsistas, sob supervisão profissional.

II - OBJETIVOS

Contribuir, através de um plano de trabalho, para o aumento da eficácia no setor saúde em estabelecimentos congêneres.

① Caracterizar as patologias mais frequentes no educandário.

② Contribuir para o estudo das formas de melhor atender à realidade de doença.

Oferecer subsídios para o entendimento da problemática sócio-clínica de entidades deste tipo.

- ① Caracterizar as ^{intercorrências clínicas} enfermidades mais frequentes no educandário
- ② levantar ^{factores} ~~aspectos~~ ^{sócio-sociais} ~~físicos~~ que interferem na incidência de enfermidades.
- ③ Propor Sugestão

III - APRESENTAÇÃO DE DADOS:

TAB. I MORBILIDADE AMBULATORIAL, SEGUNDO DIAGNÓSTICOS DE 413 ATENDIMENTOS. EDUCANDÁRIO 25 DE NOVEMBRO. FPOLIS/1981.

GRUPO ETÁRIO	DOENÇAS	7-10	11-14	15-17	TOTAL	%
IVAS		33	92	46	171	41,40
Traumatismos		11	52	25	88	21,31
Doenças inf. de pele		9	27	11	47	11,40
S.diarreico		8	12	5	25	6,05
Doenças paraz. de pele		2	10	7	19	4,60
Verminose		4	9	-	13	3,15
IVAI		4	6	1	11	2,66
Inf. vias urin.		1	4	2	7	1,70
Doenças venéreas		-	3	3	6	1,45
Viroses da inf.		1	1	-	2	0,50
Outras *		1	13	10	24	5,80
TOTAL		74	229	110	413	100,00

* Adenite; sangramento anal; anemia ferropriva; hidrocele; dor de dente; crise convulsiva; deficiência visual; Lombalgia pós exercício; corpo estranho de ouvido; alergia; prolapso de válvula mitral; Osgood-Schalatter.

FONTE: Serviço de saúde do EDUCANDÁRIO 25 de NOVEMBRO.

Na tabela I temos o quadro das doenças que ocorreram no ano de 1981.

Notoriamente IVAS é o diagnóstico mais frequente com um total de 171 casos com percentual de 41,40%, considerando como tal todas as infecções do trato aéreo desde a infra glote

até o ouvido médio.

O segundo mais frequente diagnóstico é traumatismo com 88 casos significando um percentual de 21,31%, o que sem dúvida denota o alto grau deste tipo de atendimento.

O terceiro diagnóstico foi doenças infecciosas de pele com 42 atendimentos, mostrando também uma alta incidência , com um percentual de 11,40%.

Estes três diagnósticos perfazem um percentual de 74,11%, o que significa ampla maioria dos casos, e que sem dúvida tocam o maior tempo e causam a maior ocupação de serviço.

Os outros 23 diagnósticos com 25,9% sobre o total, o que pode ser considerado minoria e de significado estatístico discutível.

Os três primeiros diagnósticos formam o principal objeto de análise de nosso trabalho, pois sobre elas recaia preocupação da prevenção, pronto atendimento para barateamento da ação e eficácia do tratamento.

IV - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1 - IVAS / INFECÇÕES DE VIAS AÉREAS SUPERIORES

4.1.1 - Considerações gerais.

As infecções de vias aéreas superiores seriam para nós todas as infecções microbianas situadas nas seguintes regiões anatômicas: infra glote, glote, supra glote, hipofaringe ou laringofaringe, orofaringe, epifaringe ou nasofaringe, cavidade nasal, seios paranasais, trompa de Eustáquio e ouvido médio.

Haveriam dois grandes grupos, as infecções virais e as infecções bacterianas.

4.1.2 - Infecções Virais:

4.1.2.1 - Clinicamente as doenças virais do trato aéreo superior se apresentam como: resfriado comum (coriza apirética), conjuntivite, otite, faringite, laringite e como comprometimento geral, febre, mialgia e podendo levar também a traqueíte, bronquite e pneumonia.

O rinovírus seria responsável por 70% dos resfriados comuns, já o adenovírus, e parainfluenza e o influenza pelos acometimentos mais graves.

Se inicia geralmente com coriza apirética se dissimulando por toda a região citada, na dependência de 4 fatores: número e virulência do agente causal, resistência do hospedeiro e da contaminação do meio.

4.1.2.2 - Epidemiologia e incidência

A idade e o ambiente são os maiores fatores relacionados na incidência das infecções virais do trato aéreo. Sabe-se que em média uma criança na idade pré escolar tem de 6 a 12 doenças respiratórias por ano, e que na grande maioria são resfriados comuns.

É o fato que as doenças respiratórias virais são a grande causa de afastamento das atividades do trabalho e escolares. Sem estar com infecção sintomática, estas pessoas podem disseminar o vírus. A disseminação se faz através de contato direto de pessoas à pessoas.

Parece não haver relação entre o frio e as infecções virais. Estudos comprovaram que não houve aumento e surgimento de surtos de infecções nas épocas frias, como também de pessoas sadias expostas ao frio.

O que ocorre sim, são epidemias anuais de diferentes tipos de vírus, obedecendo cada um sua própria epidemiologia sazonal. (2) (11)

4.1.3 - Infecções causadas por bactérias:

4.1.3.1 - No estudo das infecções bacterianas do trato respiratório deveremos tratá-las como um todo, isto é, ver o comum das rinites, sinusites, otites, faringites, e laringites sob o ponto de vista etiológico e epidemiológico. Quando tratamos da etiologia, não nos referimos somente ao agente etiológico, mas também aos fatores predisponentes.

Existem infecções das vias aéreas específicas como: sífilis, difteria, angina fusospiralar e aftose. (7)

4.1.3.2 - Epidemiologia

Devemos exaltar a importância das viroses prévias no surgimento das infecções bacterianas, pois determinam condições favoráveis ao aumento da flora saprófita local.

A rinite deve ter uma atenção especial, pois se não melhorada serve de ponto de partida para as infecções de todo trato respiratório, principalmente para a trompa de Eustáquio, ouvido médio, seios para nasais e na laringite descendente.

Nas anginas assim como nas laringites devemos nos alertar com fatores como mudança brusca de temperatura (diminui a atividade ciliar), ingestão de líquidos gelados, diminuição da resistência e da capacidade de defesa do organismo, estafa física, má higiene buco dental, mau estado local das amígdalas palatinas (acúmulo e retenção de exudatos no interior das criptas). Estes fatores como já foi dito determinam um aumento e exacerbação da virulência dos germes locais.

4.2 TRAUMATISMO

Para o nosso estudo, entenderemos aqui por traumatismo todos os atendimentos por ocorrência de descontinuidade dos tecidos quer espontaneamente, intencionalmente ou acidentalmente, por instrumentos animados ou inanimados. ?

Os traumatismos decorridos principalmente por acidentes devem ser analisados dentro de um conceito bio-psico-social da criança, para dar sentido terapêutico e especialmente no da profilaxia.

Três fatores são importantes na gênese de um acidente: fator sócio-econômico, fator fisiológico, e fator psicológico.

Fator sócio-econômico ?

Quanto ao fator sócio-econômico podemos afirmar que estudos realizados demonstram ser as crianças vítimas de acidentes repetidos, numa porcentagem grande de casos, quando pertenciam a famílias em que um ou mais membros apresentavam doenças psíquicas ou orgânicas, podendo ser a repetição do acidente uma reação a uma situação familiar difícil. Também na criança vítima de acidente isolado obteve-se esta relação com instabilidade familiar diante da comunidade.

Fatores fisiológicos

} *maturação neuropsíquica*
 } *fatigabilidade*

Fazem parte deste, as incapacidades físicas ou certas insuficiências funcionais. Também fadiga é grande responsável pelas quedas e colisões por diminuição da vigilância.

Fatores psíquicos

Todos os estudos realizados até agora sugerem fortemente que boa parte dos acidentados tem o hábito de se colocarem em situações facilitadoras de acidentes. Por isso a importância de se conhecer o grau de maturação neuropsíquica da criança, responsável pela adaptação social, e como determinante do comportamento. Está diretamente ligada com a exata noção do perigo.

Trazem sérias preocupações no sentido do acidente os diferentes distúrbios reativos da conduta como: o sentimento reprimido de culpa e acusações, desejos de vingança, valorização ou proteção pelo acidente. Sendo muito importante também o papel do ambiente, altamente rejeitador ou superprotetor. O primeiro levando a atividades reativas de agressão até a indiferença e o segundo a falta de preparo da criança para enfrentar os perigos reais da vida social.

Provavelmente por influência desses fatores temos a afirmação que, na prática, certas crianças se acidentam mais do que outras, tendo assim, maior chance de se traumatizarem.

4.2.1 - Classificação

O traumatismo é classificado por tipos de lesões. Num sentido prático temos 10 lesões traumáticas divididas em 4 grupos:

- a) A tríade de lesões em princípios leves: contusão, distorção (entorse) e distensão muscular;
- b) A tríade de roturas: rotura ligamentar, rotura tendinosa e rotura muscular;
- c) No par de lesões em princípio "graves": luxação e fratura;

d) No par de lesões em que entra como agravante o fator "infeção": ferida e fratura exposta.

Dependendo da profissão, esporte ou hobby, o indivíduo está mais suscetível a sofrer certos tipos mais específicos de traumatismos. Como exemplo o jogo de futebol que provoca maior número de traumatismos (16 e 5). Estes são localizados na maioria nos membros inferiores. (5) Os acidentes de trabalho em industrias tem um grande predomínio de fraturas ósseas localizadas em 1º lugar nos membros inferiores e 2º nas mãos. (10)

A contusão, a ferida e a distorção segundo a prática médica diária, são as lesões de maior ocorrência.

Dissertaremos sobre estas:

4.2.1.1 - Contusão (15)

Resulta de um choque em que a pele resiste, enquanto os tecidos subjacentes sofrem uma compressão mais ou menos grave. A dor surge após o episódio causal; é mais ou menos intensa de acordo com a inervação regional. (9) Afora o edema e a dor apresenta-se em forma de equimose, de hematoma ou de derrame subcutâneo de serosidade, nas regiões articulares podem apresentar hidrartrosis ou hemartrosis, quando ocorrer necrose pode apresentar solução de continuidade.

A equimose aparece imediatamente após as contusões superficiais, são tardias quando apresentam a exteriorização de um hematoma profundo subaponeurótico. Podem aparecer à distância, quando o hematoma deslisa pelas bainhas musculares, muda de coloração, variando do arroxeadado para o amarelado, com o passar dos dias, devido a alterações progressivas da hemoglobina do sangue.

4.2.1.2 - Feridas (9)

Ferida é uma solução de continuidade do revestimento cutâneo ou da mucosa, determinado por agente traumático.

Podem ser divididas em quatro:

- 1) Escoriações ou abrasões - são feridas superficiais, atingindo a camada cutânea mais superficial.
- 2) Feridas punctórias - solução de continuidades de pequena extensão, porém de profundidade.
- 3) Feridas incisas - representadas por uma secção franca do tegumento cutâneo ou mucoso. Os bordos são nítidos, os planos subjacentes apresentam-se variavelmente afastados e nunca esmagados.
- 4) Feridas contusas - são feridas irregulares, de bordos dilacerados, quase sempre estrelada. Muitas vezes ocorre perda de substância cutânea, podendo a pele apresentar-se deslocada em extensão mais ou menos variável.
- 5) Distorção - é um conjunto de lesões traumáticas verificadas em uma articulação, por mecanismo indireto, como consequência de um movimento anormal ou um movimento normal exagerado, sem perda permanente de relações entre as peças ósseas que se articulam, com produção constante de fenômenos fisiopatológicos, podendo ou não haver lesões anatomo-patológicos dos elementos anatómicos. Podem ser classificados em Simples ou Benignas e Complicadas ou Graves.
Benignas, quando não houver lesões destrutivas dos elementos anatómicos da articulação. A agressão sofrida pelas terminações nervosas provocam emissão do estímulo arco-reflexo responsável pelo derrame pós-traumático e pela dor imediatamente após a tração dos elementos articulares, cápsula e sinovial.

Graves, quando o traumatismo determinar roturas totais ou parciais das estruturas articulares. Exigindo cuidados especiais e quase sempre imediatos.

4.3 INFECCÕES BACTERIANAS DA PELE ?

4.3.1 - Considerações Gerais

Para facilitar o estudo das doenças bacterianas da pele devemos observar em 1º lugar os seus agentes microbianos causais. Em 1º lugar temos os estreptococos e os estãfilococos que são responsáveis pela grande maioria das doenças de pele. Em 2º plano teríamos os agentes específicos como: Spirochaeta shaudinni e o Fusobacterium fusiformis, causadores da Úlcera Tropical juntamente com estreptococos e os estafilococos; Corynebacterium tenuis causador da Tricomucose Axilar; Corynebacterium minutissimum responsável pelo Eritrasma; Corybacterium diphtheriae causador da Difteria; Listeria monocytogenes responsável pela Listeriose; Brucella pela brucelose; infecções causadas pela Pseudomonas aeruginosa e Neisseria meningitidis; e outros. (13)

4.3.2 ESTAFILOCOCCIA

4.3.2.1 Epidemiologia

Os estafilococos representam a causa mais comum de infecção cutânea supurativa no homem.

Normalmente o homem adquire o seu primeiro contato com o estafilococo nas primeiras semanas de vida, e este é definitivo, pois mantém estafilococos virulentos nos cornetos nasais e na pele, por toda vida. Quando a exposição é muito intensa ou quando os indivíduos portadores assintimáticos e os predispostos estão com a resistência local ou geral diminuídas temos a doença clínica. (3)

"Os fatores que aumentam a suscetibilidade do hospedeiro, a quantidade relativamente pequena de estafilococos comuns parece, portanto, de grande importância para explicar a alta frequência da moléstia estafilocócica." (3)

O estafilococo tem a capacidade de sobreviver por longos períodos na terra e no ar, porém dizer que uma infecção estafilocócica é proveniente de contaminação com meio ambiente (ar, terra), parece esta ser uma situação rara.

Com o fechamento dos poros da glândula sebácea, por óleos, gorduras, queimaduras podem levar a uma proliferação estafilocócica assim como, abrasões, corpos estranhos, incisões cirúrgicas e outras condições que diminuam a resistência local. Esta será ainda mais intensa se a resistência geral estiver debilitada (indivíduos hipoproteicos, neoplásicos, diabéticos, urêmicos, sob tratamento com esteróides, etc.) assim como nos indivíduos de tenra idade. As pessoas com má higiene pessoal podem se autoinfectar com mais frequência como também infectar facilmente os indivíduos do seu meio.

É de grande interesse ao clínico saber que uma estafilococia de pele pode representar im foco primário de um processo septicêmico metastático.

4.3.2.2 Infecções cutâneas estafilococicas

Os estafilococos são responsáveis pelo furúnculo, Antraz, Impetigo (juntamente com o estreptococos), dermatite esfoliativa generalizada, impetigo bolhoso, e escarlatina estafilocócica.

O furúnculo seria um abscesso estafilocócico circunscrito e agudo da pele e dos tecidos subcutâneos. Teria início no folículo piloso, mais precisamente nas glândulas sebáceas dos mesmos. Antraz seria dois ou mais furúnculos agregados.(3)

O Impetigo seria uma piodermite primária superficial causada por estafilococos aureus, estreptococos B do grupo A, ou ambos. Começa sob a forma de máculas e progride para vesículas e bolhas que se rompem e liberam um fluido amarelado e turvo que forma crostas que revela uma área desnuda de exuda

ção.

4.3.3 - ESTREPTOCOCCIA.

4.3.3.1 - Epidemiologia

Os estreptococos são, juntamente com os estafilococos, outra causa de infecção cutânea no homem.

As estreptococcias superficiais na pele na maioria das vezes são crônicas e levam semanas ou meses para haver resolução.

As infecções estreptocócicas são bastantes contagiosas ocorrendo em várias pessoas de uma mesma família as vezes sob a forma de epidemia. A associação com traumatismos prévios é bastante clara na epidemiologia da pioderme estreptocócica. Ocorre mais frequentemente no verão quando as crianças estão mais susceptíveis a pequenos traumatismos e a picadas de inseto, a falta de higiene também predispõe a pioderme estreptocócicas.

Não se sabe se o estreptococo do grupo A invade a pele íntegra, pois em crianças é muito comum ocorrer microtraumatismos, picadas de inseto, abrasões, queimaduras, eczemas, escabiose e pediculose.

4.3.3.2 Infecções de pele por estreptococos.

Os estreptococos do grupo A podem causar pelo menos dois tipos de infecção na pele, que são a Piodermite e a Erizipela; são também causa de infecção secundária em feridas e queimaduras. Os dois primeiros diferem quanto ao quadro clínico, patogenia, epidemiologia e quanto as amostras de estreptococos que produzem a infecção.

Denomina-se piodermite estreptocócica a todas as infecções causadas pelo estreptococo que não sejam a erizipela.

A erizipela também é causada pelo estreptococo do grupo A, porém tem características especiais. Acomete mais frequ

quentemente cabeça, face e membros superiores. As pessoas com erizipela insipiente geralmente contêm estreptococo do grupo A na flora da nasofaringe. (3) (13)

V - DISCUSSÃO

Introdução

O Educandário 25 de Novembro, localizado na rua Frei Caneca no bairro da Agrônômica, em Florianópolis, recebe menores carentes de diversas regiões do estado. É uma população de faixa etária de 7 a 17 anos, egressos de ambiente social deteriorado.

A grande maioria provém de famílias desfeitas, ou são problemas para a instituição familiar, sejam problemas econômicos ou de desajuste social. Por outro lado a criança não encontrando o respaldo familiar para as suas necessidades, quer sejam de ordem psicológicas ou econômicas, vê-se marginalizado pela mesma.

De importância é o fato de que provenientes de situação sócio-econômico cultural baixa, onde o conceito de higiene não é o mesmo das classes privilegiadas, e carregando sobre si todo o peso de uma sociedade opressora, bom número destes menores, seja por desnutrição na primeira infância ou pelos fatos objetivos concretos apresentados, apresentam diferentes graus de oligofrenia que como veremos tem relação direta com a morbidade. ?

Constituem esta experiência em sintetizar os dados do atendimento ambulatorial da instituição durante o ano de 1981, agrupando as doenças mais comuns discutindo sobre elas.

análise unilateral e não científica

O Educandário funciona como um sistema fechado e repressor. Fechado pela sua própria estrutura física e repressor pelo sistema educacional não voltado à realidade sócio-econômico cultural vivenciada pelos menores. O esquema repressor coloca como troca de relações pessoais "a força", despertando mais ainda o instinto de sobrevivência pela violência, fazendo valer a "lei do mais forte".

Para cada turma ou classe tem um funcionário responsável, denominado "Monitor". Este atua como elo entre a "comuni

cação" diretoria - educando. Para usarmos o termo comunicação em um tempo perfeito, haveria necessidade que os dois lados estivessem nos mesmos níveis de diálogo sem haver distinção. O que ocorre na Instituição é que o monitor atua muito mais no sentido diretoria-educando, se mostrando como um figura represora e castradora dos anseios dos menores. Também impossibilitando que os menores levem à administração seus problemas diários, permanecendo a estrutura em um círculo fechado para o diálogo e antidemocrática.

Sabe-se que as crianças rejeitadas pelo meio encontram na violência a melhor maneira de se comunicar com este mesmo meio. Soma-se o fato de que o representativo índice de deficientes mentais, que são facilmente conduzidos, quer por lideranças negativas ou positivas (no educandário as lideranças negativas são muito representativas). Estes deficientes também não apresentam a mesma noção de periculosidade, com isto aumentando o índice de acidentes do tipo esportivo ou de lazer (subir em árvores altas, equilibrar enxada no queixo, golpes de imitação de Karatê).

A revisão bibliográfica das doenças infecciosas, mostrou-nos dois grandes fatores relacionados com a etiologia e epidemiologia. O ambiente com grande concentração de massa e os cuidados com a higiene. No educandário os menores são agrupados em classes de acordo com a idade e/ou grau de nível intelectual. Dormem em quartos com grande número de leitos, as refeições são feitas em único refeitório, as salas de banho são coletivas, os menores praticam suas atividades educacionais, lazer e de trabalho em grupo.

Na sua grande maioria os menores não tem a mesma preocupação com a limpeza, aparência e higiene que os impositores da educação. Os educandos pouco se preocupam com banho, escovar os dentes, andar calçado, roupa limpa, etc., pois não sentem necessidade.

Adicionando a concentração e os cuidados com a higiene encontramos o grande responsável pelo alto nível de doenças infecciosas e na manutenção das mesmas.

Bru

VI - CONCLUSÃO

Como podemos demonstrar com os resultados apresentados, achamos importantes destacar alguns dos problemas que julgamos importante a saber:

- 1 - Os principais determinantes de doenças no Educandário são: A instituição como um órgão de opressão e como grande concentrador de massa; e as condições sócio-econômico culturais dos educandos.
- 2 - Por ser a força um determinante de dominação, muitos dostramatismos ocorrem devido a atos violentos. } ?
- 3 - O nível de repressão aumenta em muito a violência e se reflete nas doenças. } ?
- 4 - A falta do real diálogo educando-monitor-diretoria dificulta que os menores façam suas reivindicações. } ?
- 5 - As normas de higiene chocam-se com as condições de vida. }

VII - SUGESTÕES

Quando nos reunimos para a realização deste trabalho não pretendíamos unicamente analisar as falhas da instituição, mas sim, constatá-las e propor um pequeno número de pontos ba se com o intuito de diminuir o custo das ações bem como o n^ume ro de casos.

Queremos deixar claro que somente uma mudança social mais ampla poderia modificar a situação apresentada, mas mesmo com essa consciência achamos que nos cabe propor alguns pontos como:

1. Dividir a responsabilidade das ações. Treinando dentre os alunos alguns, escolhidos pelos próprios colegas para aju darem a cuidar da saúde em geral.
2. Discutir medidas com a população residente para melhoria } ?
das condições de vida.
3. Organizar o ambulatório no sentido de se aprimorar no aten dimento às doenças mais comuns, ou seja, infecções de vias aéreas superiores, infecções de pele e traumatismo.
4. Integrar melhor as diversas áreas do setor saúde: médica, psicológica, fonoaudiológica, pedagógica, enfermagem.
5. Elaborar um programa de educação participante, isto é, ten tar vivenciar e discutir as situações.
6. Treinar os profissionais da comunidade, no sentido de es clarecer o problema do menor, para que possam se integra rem no tratamento dos educandos quer passivamente ou ativa mente, e não atuando como um gerador de doença.

Esperamos ainda ver a nossa humilde experiência ser vir como ponto de início para a discussão da validade deste ti po de escola. Que nos voltemos para as causas reais determi nantes de doença, que na sua grande maioria são extra escola.

Queremos destacar também a importância das ações médi cas desde o momento da concepção até os primeiros anos de vida, e muitos antes destas, as ações sociais para que tenhamos uma sociedade justa e equilibrada.

VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ANTÚNEZ, JUAN CARLOS M. e colls. Doenças de garganta. Re
vista Residência Médica nº 2 abril 1982
p. 19-24 vol. 11
- 2 - BEESON, PAUL B., et alli MACDERMOTT, WALSH. Tratado de medici
na interna de cecil-Loeb. Editora Interamericana, 1977
p. 238-258 vol. 1, 14º edição.
- 3 - BEESON, PAUL B., et alli MACDERMOTT, WALSH. Tratado de medici
na interna de cecil-Loeb. Editora Interamericana, 1977
p. 378-419 vol. 1, 14º edição.
- 4 - FORATTINI, OSVALDO. Epidemiologia geral. Editora da USP. São
Paulo, 1976.
p. 57-62 cap. 4, p. 245-254 cap. 17.
- 5 - GASPAR, DALZELL FREIRE. Traumatologia das lesões nos esportes
(nº 3), Medicina esportiva.
- 6 - GELEHRTER, GEORG. Lesiones em la práctica del esquí. Folia
traumatológica Geigy, Austria, 1972.

- 7 - HUNGRIA, HELIO. Manual de otorrinolaringologia. Editora Guanabara Koogan, 1978. 4º edição.
- 8 - MARCONDES, EDUARDO, et alli ALCANTARA, PEDRO de. Pediatria básica.
p. 1343-1346, 4º edição.
- 9 - MONTEIRO, J. A. NOVA. Urgências Roche, Ortopedia e traumatologia.
- 10 - MUNICH, WALTER NICHL, et alli LUDWIGSHAFEN, WERNER ARENS .
Traumatismos accidentales de la era industrial. Folia traumatológica Geigy, Suíça, 1976.
p. 1-3 e p. 6-7.
- 11 - MURAHOVSKI, JAYME. Pediatria Diagnóstico + Tratamento. Editora Sarvier SA, 1978.
p. 275-279, 1º edição.
- 12 - ROBBINS, STANLEY L.. Patologia estrutural e funcional. Editora Interamericana, 1974.
p. 1293-1294.
- 13 - SAMPAIO, SEBASTIÃO A.P.. Dermatologia básica. Editora Artes Médicas, 1978.
p. 199-207 cap. 20, 2º edição.
- 14 - VERONES, RICARDO. Doenças infecciosas e parasitárias. Editora Guanabara Koogan, 1969. 4º edição.

- 15 - VERTIZ, JOSÉ RAFAEL RAMOS. Elementos de traumatologia y ortopedia. Editora Ediciones Científico-técnicas Americanas, Buenos Aires, Argentina, 1976.
p. 195-200 e p. 214, 4º edição.
- 16 - WILLIAMS, J. G. P.. Lesiones em la práctica del esporte. Folia traumatológica Geigy, Inglaterra, 1972.
p. 2 e p. 4.

SUMMARY

We display in this work the morbidity level from the Edu candário 25 de Novembro in the year of 1981. The 413 cases were analysed and later, the groups of disease were separated in order of frequency. The three first groups were: infections of superior air routes, thraumatisms and skin microbiais in fections, with 74,11 per cent.

The considerably estatistical significance of these three pathogies lead us to believe that if we act in order to diminish its incidence we would improve the health conditions of the institution.

When verifying the ethiology and epidemiology we aprou ched the mais determining factors of the disease.

Finaly we made some suggestions with the purpose of interfare in the determining factors of the disease, thus bringing to lower degrees of morbity, and, in consequense, leading the community to a better health state and besides, intentioning a cheapening of the medical atterdance.

**TCC
UFSC
PE
0130**

N.Cham. TCC UFSC PE 0130

Autor: Amaral, Jefferson

Título: Morbidade do Educandário 25 de N



972804708

Ac. 253773

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM