

# CADERNO TÉCNICO & CIENTÍFICO

Nº 120  
JAN/FEV  
2018

VOLUME  
110

## **10 PASSOS PARA REDUZIR OS RISCOS DE UM AVC**

*90% DOS CASOS ESTÃO RELACIONADOS  
COM APENAS DEZ CAUSAS*

**Página 2**

## **IMPLICAÇÕES, BARREIRAS E ENFRENTAMENTOS DO VIVER COM DEFICIÊNCIA ADQUIRIDA**

**Página 4**

## **CARREFOUR E AMANKAY DISPONIBILIZAM O PRIMEIRO CAPÍTULO DO "GUIA DO EDUCADOR INCLUSIVO"**

**Página 6**

## **SÍNDROME DO ZIKA CONGÊNITA E MICROCEFALIA**

**Página 8**

# 10 PASSOS PARA REDUZIR OS RISCOS DE UM AVC

*90% DOS CASOS ESTÃO RELACIONADOS COM APENAS DEZ CAUSAS*



*Hospital Angelina Caron é uma das referências em neurologia e neurocirurgia no Paraná*

Prevenir sempre é o melhor remédio. E não poderia ser diferente na redução dos riscos para o desenvolvimento de um Acidente Vascular Cerebral, popularmente conhecido como AVC. O InterStroke, estudo publicado recentemente sobre a doença,

concluiu que 90% dos casos de AVC não ocorreriam se tivéssemos o acompanhamento e controle de dez fatores.

O neurologista do Hospital Angelina Caron, Eduardo Hummelgen, explica que metade dos fatores identificados estão relacionados

com o estilo de vida e podem ser corrigidos com o acompanhamento médico adequado.

“Fatores como alimentação, fumo, gordura abdominal, inatividade física e pressão alta podem ser identificados e acompanhados em consultas de rotina”

ACESSE NOSSO SITE:

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

### Disputa pela liderança

O AVC disputa com doenças como infarto e câncer a liderança do ranking das doenças que mais matam ao redor do mundo. Estima-se que com os cuidados adequados e a prevenção dos dez fatores de risco, o número de pessoas atingidas pela doença poderia reduzir de 15 milhões para 1,5 milhões por ano em todo o globo.

### Os dez fatores

1. Hipertensão. Entre as maneiras para controlar a pressão arterial está a redução no consumo de sal, o hábito de consumir vegetais, verificar a pressão regularmente e, se for hipertenso, utilizar os medicamentos conforme a recomendação médica. Hipertensão é uma doença silenciosa e por isso a teimosia não pode ter vez.
2. Inatividade física. Para praticar exercícios e acabar com o sedentarismo escolha uma atividade que lhe dê prazer, elabore uma programação semanal que motive, busque orientação profissional e persista. Se precisar, pense em formar grupos para a prática de exercícios. Será uma ótima oportunidade para novas amizades.
3. Colesterol alto. Para lutar contra o LDL e outros tipos do colesterol ruim, maneire nos alimentos com muita gordura ou açúcar, faça check-ups todos os anos para monitorar o colesterol e siga as orientações médicas. Dê uma folga para o bacon e aquele café com açúcar que mais parece um melado.
4. Dieta desequilibrada. Pode até ser

repetitivo, mas é uma verdade do bem. Metade do prato durante o almoço precisa ser colorida com o verde, laranja, amarelo, roxo e vermelho dos vegetais e legumes. Repensar a quantidade consumida de carne vermelha e processada, gordura trans, sódio e bebidas com muito açúcar também é importante.

5. Obesidade. Os quilos extras estão sempre acompanhados de outros problemas como hipertensão, colesterol alto e diabetes. Só aí já vimos outros dois fatores de risco para um AVC. Então, se estiver acima do peso, que tal pensar em emagrecer? Vale pedir ajuda para um especialista.

6. Tabagismo. Fumar não está com nada há algumas décadas. Se você está fora de moda, aí vai mais um motivo para dar adeus ao hábito: ele é um dos dez principais fatores de riscos para um AVC. Se for mulher e tomar anticoncepcional o risco é aumentado.

7. Diabetes. O risco de um AVC em diabéticos pode ser de até duas vezes e meia maior que em pessoas sem a doença. Então diminua o consumo de doces e carboidratos, mantenha a glicose dentro dos limites e, se for diabético, monitore a glicemia. Independentemente de casos de diabetes na família, busque o acompanhamento médico para monitorar qualquer alteração ou sinal da doença. Melhor prevenir.

8. Estresse. Tensão no cotidiano, pressão na vida pessoal e profissional, cobranças internas, entre outras coisas. Tudo contribui para o aumento do nível de estresse. Mas, como outros fatores, esse também depende de cada um. Busque

reservar um horário na sua agenda para fazer coisas que deem prazer e alegria. Que tal descarregar a energia em alguma atividade física que exija muito ou relaxar com a meditação e ioga? Caminhar no parque também é uma ótima opção.

9. Doenças cardíacas. Problemas relacionados com o coração podem ser apurados e monitorados com o acompanhamento de um cardiologista. Procure um especialista para um check-up anual após os 40 anos.

10. Álcool. O consumo de bebidas alcoólicas em pequenas quantidades diárias não é considerado um problema. No entanto, o consumo regular e exagerado de álcool é fator de risco para o AVC.

Descrição: Dez fatores correspondem a 90% dos casos de AVC. O Hospital Angelina Caron é uma das referências em neurologia e neurocirurgia no Paraná.

### *Sobre o Hospital Angelina Caron*

O Hospital Angelina Caron está localizado na cidade de Campina Grande do Sul, na Grande Curitiba (PR). De caráter eminentemente social, o local é um centro médico-hospitalar de referência no Sul do País e um dos maiores parceiros do Sistema Único de Saúde (SUS) no Paraná. Recebe, anualmente, mais de 350 mil pacientes de todo o país, dos quais 95% pertencem ao SUS. Atua em todas as vertentes da medicina e é um centro tradicional de fomento ao ensino e à pesquisa. O setor de transplantes é um dos mais destacados, reconhecido internacionalmente, com cerca de 250 procedimentos por ano nas áreas hepática, renal, reno-pancreática, cardíaca e de tecidos corneanos.

LEIA E ASSINE:

0800-772-6612 (ligação gratuita)

# IMPLICAÇÕES, BARREIRAS E ENFRENTAMENTOS DO VIVER COM DEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

Por Wiliam Machado



Como vivência singular de dimensão inalcançável em sua totalidade para demais pessoas, a deficiência adquirida, seja física, visual, auditiva, intelectual ou psicossocial, impõe mudanças radicais no estilo de vida de quem a vivencie, trazendo a reboque inúmeras barreiras a serem superadas por gente grande. Quando nos acomete, a primeira reação é sempre de negação, impacto ou choque, como tentativa imediata de questionar: Por que eu? Ocasião em que mais adequado seria: Por que, não eu? Lançando olhar ao nosso próprio redor e não sendo difícil encontrar

alguém passando por terríveis dificuldades de saúde, conflitantes relacionamentos familiares, com doença incurável, quase terminal, tratamentos espoliantes, depauperadores, suficientes para que nos aquietássemos em nossos lamentos desnecessários, que apenas nos tornam mais fracos ante o que se anuncia.

Muitos emperram na fase de negação e se fecham em casulos intransponíveis, assumindo postura de vítimas, culpando as pessoas mais próximas e significativas pelo acontecido, rejeitando as orientações e procedimentos terapêuticos das equipes de reabilitação,

retardando quaisquer conquistas funcionais, adquirindo complicações clínicas e psicológicas que apenas os prejudicam. Nesses casos, é fundamental considerar que cada pessoa tem a sua forma de reagir ao quadro, embora resistentes, havemos de lhes prestar cuidados e orientações como para com os demais, certos de que no momento em que despertem possam participar mais efetivamente no seu próprio processo de reabilitação. Ninguém adquire ganhos funcionais sem esforço, envolvimento, dedicação e empenho nas atividades terapêuticas de reabilitação, portanto, se a pessoa não colabora permanece dependente total dos cuidadores, familiares e pessoas significativas.

Sem alternativa objetiva, a fase de negação, deve ser superada para que se possa mais sabiamente agregar energias essenciais ao bater retirada do fundo do poço. Exercício de mentalização e introspecção, na busca de contatar nossa fonte interna de força fluídica, cujo depósito interior nos suprirá do que for preciso ao longo enfrentamento de um mundo apenas preparado para pessoas sem deficiência, não havendo margem segura para quem se apresente fora dos seus cruéis padrões de normalidade. Nesse fluxo, o apoio das equipes profissionais da atenção hospitalar, na fase aguda, é sempre determinante, em particular da enfermagem que cuida mais diretamente da gente, nos ouvindo, ameni-

ACESSE NOSSO SITE:

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

zando nossos medos, aflições e vulnerabilidades. Todo o processo de integração setorial deve ser dinâmico para que sejamos encaminhados aos atendimentos mais precoces possíveis nos Centros Especializados de Reabilitação, e, posteriormente, para cada ponto de atenção da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, no longo prazo.

Em seguida, a fase de repercussão, que ocorre quando nos damos conta da irreversibilidade do dano e de juntar o que restou para recompor nosso corpo, mente e espírito. De imediato pensamos nos relacionamentos familiares, pessoais, sociais e de trabalho, já percebendo que a tendência é de que as outras pessoas continuem suas atividades, independente das nossas necessidades, afinal, não somos o centro do mundo. Na repercussão, fazemos balanço orçamentário e traçamos esquemas mentais do que dispomos frente ao que iremos necessitar, de acordo com as demandas apresentadas pelos membros da equipe de reabilitação. De início, ficamos surpresos com o alto custo dos instrumentos, materiais e equipamentos necessários ao gradativo processo evolutivo nos programas de reabilitação, mais ainda quando somos informados da aposentadoria compulsória por invalidez, exclusivamente por falta de condições dos nossos ambientes de trabalho nos receber com alguma limitação física ou sensorial.

Não raro, detectamos alguns afastamentos pontuais e nos surpreendemos com ausência/indiferença de quem imaginávamos fiéis escudeiros. Nada de especial, até porque, não se deve esperar que as pessoas sejam exatamente como nossas elucubrações mentais, e ninguém dá o que não tem. Em pleno vórtice dos vínculos com atendimentos institucionalizados, mais uma vez apoio e suporte profissional da equipe de reabilitação deve ser aproveitado em sua totalidade, destaque para as orientações da enfermagem de reabilitação pertinentes ao autocuidado domiciliar, importante e valioso instrumento que disporemos para inclusão social, alcance da autonomia e empoderamento.

Finalmente, chega-se à fase de ajustamento, momento de checar as possibilidades financeiras fundamentais ao processo de adaptações dos ambientes domiciliares, de modo a possibilitar retorno com maior grau de mobilidade em casa. A depender do tipo de lesão, pode ser preciso reaprender a escrever, readquirir movimentos coordenados para se alimentar sozinho, habilidades psicomotoras para as higienizações corporais, desempenhar com ajuda as atividades de cuidar de si, vestir-se, executar transferências de cama/cadeira/bacia sanitária, com melhor grau de independência funcional, entre outras atividades cotidianas. Há quem dependa de ajuda total ou parcial para tarefas

básicas, cujo atendimento inicial será prestado por ente familiar, requerendo posterior ajuda de cuidador pessoal no médio e longo prazos, cujo treinamento cabe aos enfermeiros de reabilitação.

Nessa fase, testamos várias modalidades de tecnologias assistivas que possam nos ajudar a viver o mais autônomo possível, minimizando nossa dependência para o autocuidado, inclusive, rememorando cada passo a passo dos procedimentos que nos foram instruídos pelos enfermeiros de reabilitação atuantes em todos os pontos de atenção da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência. A propósito, como o processo de reabilitação da pessoa com lesão neurológica incapacitante requer acompanhamento, orientação, avaliação dos cuidados para consigo, razões para que nossos vínculos com a enfermagem de reabilitação permaneçam de longo prazo, disponíveis para que os recorramos em eventuais episódios que demandem sua ajuda no ambiente domiciliar.

Ocorre que maioria das pessoas não dispõe de recursos para acesso às inovações da tecnologia assistiva e/ou custeio de despesas com o que se precisa para se ter qualidade de vida na deficiência, muitos partem precocemente por falta de apoio governamental, acometidos por infecções recorrentes, perdas de órgãos, entre outras razões, posto que os programas públicos de reabilitação não estão instrumentalizados para nada além de tecnologias assistivas básicas, apenas viabilizam acesso às intervenções terapêuticas tradicionais e raras aberturas aos projetos de inovação tecnológica, pesquisa e extensão acadêmica. A deficiência adquirida ou congênita incide nos mais diversos grupos populacionais da sociedade, dos mais abastados aos de menor poder aquisitivo, e prejudica sobremodo os mais pobres, por demandar recursos financeiros indisponíveis para essas pessoas e suas famílias. Não seria objeto prioritário a ser analisado pelos nossos representantes da classe política com a sensibilidade, seriedade e responsabilidade que se deve ter com a vida humana?



**Prof. Dr. William César Alves Machado**

RN, MsN, Ph.D

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Rua Silva Jardim, 5-Centro-Três Rios - RJ -

CEP: 25805-160

Celular: 55 - 24 - 98108-1809;

Fixo: 55 - 24 - 22555840

Skype: wcamachado.51

wilmachado@uol.com.br; wily.machado@gmail.com

[http://www.facebook.com/wiliam.machado.10?ref=tn\\_tmm](http://www.facebook.com/wiliam.machado.10?ref=tn_tmm)

tmm

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4087914502802277>

LEIA E ASSINE:

0800-772-6612 (ligação gratuita)



# CARREFOUR E AMANKAY DISPONIBILIZAM O PRIMEIRO CAPÍTULO DO “GUIA DO EDUCADOR INCLUSIVO”

Em novembro foi lançado o projeto “Práticas e Desafios da Educação Inclusiva”, que visa fortalecer o processo de inclusão nas escolas brasileiras. E para isso será desenvolvido o “O Guia para o Educador Inclusivo”, composto por sete capítulos, que serão publicados online conforme ficarem prontos no site: [www.amankay.org.br/educadorinclusivo](http://www.amankay.org.br/educadorinclusivo)

“Este primeiro capítulo é introdutório, para contextualizar o tema da inclusão e tudo que o permeia para educadores, pais e funcionários das escolas, que nem sempre conhecem o assunto. Trazemos a visão social da deficiência, que faz toda diferença no ambiente escolar e no convívio entre as crianças”, afirma Marta Gil, Coordenadora Executiva do Amankay Instituto de Estudos e Pesquisas e coordenadora do Projeto.

## CAPÍTULO 1 – INCLUSÃO O QUE É?

O texto começa falando de Inclusão e aborda momentos na História Geral, desde a exclusão, quando essas pessoas foram eliminadas por sua condição, tanto na antiga Esparta quanto no nazismo; depois menciona a segregação, quando pessoas com deficiência, transtornos mentais ou outras condições consideradas “diferentes” eram colocadas juntas, em instituições fechadas (asilos, hospícios). Em seguida, na fase da integração, passam a ser reabilitadas em instituições especializadas (paradigma ou modelo médico). Atualmente estamos vivendo a inclusão, que considera a condição da pessoa e também as condições de acessibilidade que a sociedade deve oferecer, para que ela possa exercer sua cidadania e ter uma vida digna, com autonomia (paradigma ou modelo social). O papel da acessibilidade (física, comunicacional e atitudinal) é fundamental para garantir a participação.

Para ler o capítulo na íntegra acesse o site ou utilize o QR CODE



Dúvidas? Entre em contato com [educadorinclusivo@amankay.org.br](mailto:educadorinclusivo@amankay.org.br)

Informações para a imprensa:  
Adriana Cardoso | (11) 99626-2287  
[adriana.sintoniacomunicacao@gmail.com](mailto:adriana.sintoniacomunicacao@gmail.com)

Ficha técnica do Projeto  
Coordenação do Projeto: Marta Gil – Socióloga,  
Coordenadora Executiva do Amankay, consultora  
na área de Inclusão de Pessoas com Deficiência.  
Apoio Financeiro: Carrefour  
Apoio Operacional: Instituto Carrefour

## Guia do Educador Inclusivo

Redação: Marta Gil e Regiane F. Silva - Psicóloga e Psicopedagoga, especialista em educação inclusiva e emprego apoiado.

Revisão: Maria de Fátima e Silva - Coordenadora do Programa de Diversidade e Inclusão Co-existir/SINCOVAGA; consultora para inclusão de

ACESSE NOSSO SITE:

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



• Luciana Stoppa dos Santos - Psicóloga clínica e escolar, Mestre em Educação Especial (UFSCar) e Doutoranda em Educação (FE-USP).

• Dra. Margherita Midea Cuccovia - Médica Psiquiatra (adulto, infância e adolescência) - USP-RP; MS Educação Especial - UFSCar; Fundadora e Diretora do Centro Ann Sullivan do Brasil-RP/SP.

• Maria do Carmo Caccia Bava - docente da FMRP- USP, autora dos livros “A meio caminho da integralidade: a assistência à saúde de crianças com paralisia cerebral”; “História das famílias de crianças e jovens com paralisia cerebral: a dor que não sai no jornal” e coautora do capítulo “As-

Pessoas com Deficiência no mercado de trabalho e consultora associada do Amankay/Discovery.

Comunicação: Ana Clara Schneider - formada em Comunicação Social, publicitária com experiência em planejamento e fundadora da Sondery - Creative Accessibility, consultoria de acessibilidade e inclusão para publicidade. Adriana Cardoso – Jornalista, com mais de 13 anos de experiência na área de Relações Públicas e Jornalismo.

Administração financeira: Luiza De Paula e Carolina Domingos/Instituto Rumo Inclusão; consultoras associadas do Amankay.

Criação e desenvolvimento do ambiente web de colaboração e exibição do Guia do Educador Inclusivo: Makak Comunicação Ltda. ME.

#### Grupo Técnico

Secretaria da Educação de Ribeirão Preto

- Clarice A. Ferraz – assistente da Secretária
- Coordenadoria de Educação Especial/CEE
- Odete Hirota - Coordenadora
- Equipe Técnica: Denise Cristina Amoroso de Lima, Giane Fregolente; Maria Angela Sponchiado.

#### Especialistas em Educação

- Aline Santos - Relações Públicas especializada em plataformas colaborativas. Coordenadora do DIVERSA, projeto ligado ao Instituto Rodrigo Mendes e dedicado ao tema da educação inclusiva.
- Fábio Deodato – Docente da Secretaria da Educação de Ribeirão Preto; especialista em AEE; pessoa com deficiência visual.

pectos familiares envolvidos no desenvolvimento de crianças com paralisia cerebral”.

• Rosângela Nezeiro da Fonseca Jacob – Doutora em Educação e Saúde na Infância e na Adolescência – UNIFESP; Mestre em Educação, Arte e História da Cultura - Universidade Mackenzie; Especialista na área da Deficiência Múltipla; Membro do Conselho Científico da APAE-SP e Diretora de Escola da Rede Municipal de Ensino de São Paulo.

• Sheyla Dutra - Coordenadora do Projeto FADA, ativista pela causa da pessoa com deficiência e palestrante sobre inclusão escolar e laboral, diversidade e acessibilidade.

#### Sobre o Amankay



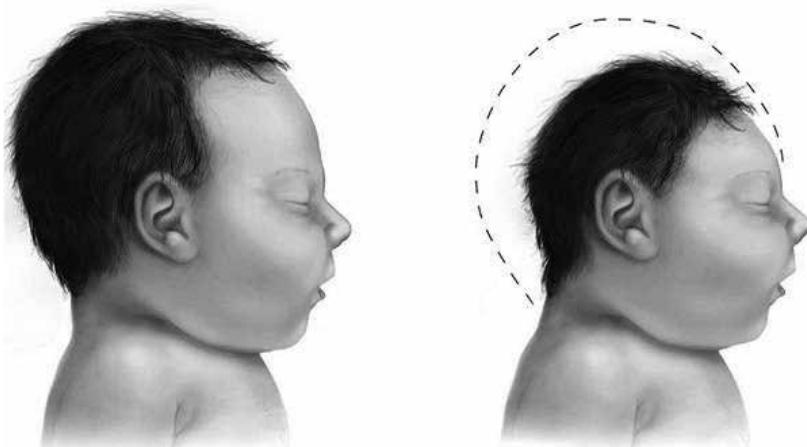
Fundado em 1989, na cidade de São Paulo o Amankay Instituto de Estudos e Pesquisas é uma organização da sociedade civil (OSC), de direito privado, sem fins lucrativos, com finalidade pública, apartidária, democrática, pluralista, de caráter educativo, cultural, orientada para a Inclusão e a promoção da Sustentabilidade, Equidade e respeito à Diversidade.

LEIA E ASSINE:

0800-772-6612 (ligação gratuita)

# SÍNDROME DO ZIKA CONGÊNITA E MICROCEFALIA

Por Thomaz Gollop



O Brasil teve 214 mil casos prováveis de Zika de fevereiro a dezembro de 2016, segundo o Ministério da Saúde. No período, foram comprovadas cerca de 11 mil infecções em gestantes. Destas, muitas resultaram em gestações de alto risco, com algum tipo de desfecho desfavorável, tais como defeitos congênitos e alterações irreversíveis nos nascidos vivos ou até mesmo depois do nascimento, segundo dados de pesquisas recentes.

A microcefalia decorrente de infecção materna pelo Zika, apareceu em muitos casos e, quando presente, esteve sempre associada a outras anomalias mais graves. Há que se distinguir Microcefalia Primária da Microcefalia Secundária, e isto é de extrema importância.

A microcefalia primária, com determinação genética, é causada por anomalias cromossômicas ou mutações gênicas, que podem ou não vir acompanhadas de outras malformações congênitas ou deficiência intelectual de graus variados. Um exemplo de microcefalia primária é a Microcefalia Vera, na qual ocorre apenas a microcefalia e pode haver deficiência

intelectual ou não. A sua determinação é genética.

Já a Microcefalia Secundária é provocada por agentes externos, do meio ambiente, como a ingestão excessiva de álcool pela gestante, infecções maternas por agentes infecciosos, como Toxoplasmose, Sífilis, Rubéola e, agora, o Zika.

A imprensa falada, escrita, televisiva e organizações importantes, como o Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde e, até mesmo a ONU Mulheres, vêm utilizando o termo Microcefalia para denominar todos os casos na qual é diagnosticada, independentemente de sua causa. Isto leva a uma enorme confusão.

Exemplo disso é o caso de duas jovens que atingiram a adolescência com importantes conquistas: Ana Victória, de 17 anos, moradora de Manaus, e Victória, de 15 anos, de Ituberá, Bahia, que têm obtido êxito na carreira de modelo, mesmo com todas as eventuais dificuldades que têm enfrentado desde que nasceram.

Ambas são portadoras de microcefalia primária, que como vimos acima, nada tem a ver com o vírus Zika. Ana Victória con-

segue se comunicar de maneira simples e seu desenvolvimento mental equivale ao de uma criança de oito anos. Já Victória, começou a andar e falar no tempo esperado para qualquer criança da mesma idade. Frequentou escolas regulares até o quinto ano e hoje segue os estudos com acompanhamento especializado.

Não tive oportunidade de examinar estas meninas, mas provavelmente são portadoras de Microcefalia Vera (Vera, verdadeira em latim), que é uma microcefalia de determinação genética. Embora a única semelhança à infecção materna pelo Zika seja a microcefalia, levando à confusão na mídia, as doenças são completamente diferentes e de causas distintas.

Os danos causados pelo vírus Zika ao feto são múltiplos e muito graves. Neste caso, além da microcefalia (secundária), pode haver destruição importante do cérebro, calcificações intracranianas, dilatação dos ventrículos cerebrais (onde está o líquido que banha o cérebro), lesões dos nervos auditivo (causa surdez) e óptico, lesões da mácula e da retina (estas causam cegueira) e, em alguns casos, artrogripose (rigidez das articulações ou “juntas”). Estas anomalias podem vir todas associadas ou não e o quadro clínico difere em cada caso. Trata-se, portanto, de uma doença muito grave e característica da infecção pelo Zika. Por esta razão, esta patologia deve ser chamada de Síndrome do Zika Congênita.



**Thomaz Gollop**

é Professor Associado de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Jundiá, coordenador do Grupo de Estudos sobre o Aborto (GEA) e Professor Livre-Docente em Genética Médica pela Universidade de São Paulo.

ACESSE NOSSO SITE:

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