



CAUCAIA-CE

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA – CEARÁ

Agente de Suporte em Educação
– Cuidador

EDITAL Nº 001/2023

CÓD: SL-059NV-23
7908433244929

Língua Portuguesa

1. Interpretação e compreensão de texto	7
2. Tipos e gêneros textuais	8
3. Fonética: Encontros consonantais e vocálicos, sílaba (divisão e classificação)	10
4. Acentuação gráfica	12
5. Ortografia	13
6. Pontuação	14
7. Morfologia: Classes de palavras, processo de formação das palavras	16
8. Análise sintática dos períodos simples e composto	23
9. Concordância nominal e verbal	28
10. Regência verbal e nominal	29
11. Semântica: Sinonímia, antonímia e paronímia	32
12. Tipos de linguagem: Verbal, não-verbal, denotativa, conotativa, coloquial, formal	32
13. Funções da linguagem	34
14. Colocação pronominal	35
15. Linguagem e sentido. Ambiguidade	36
16. Figuras de linguagem	37
17. Coesão. Coerência. Referenciação	39

Matemática

1. Números relativos inteiros e fracionários: operações e suas propriedades (adição, subtração, multiplicação, divisão e potenciação). Frações ordinárias e decimais. Números decimais: propriedades e operações.	51
2. Múltiplos e divisores: máximo divisor comum e mínimo múltiplo comum	68
3. Expressões numéricas. Equações do 1º e 2º grau. Problemas	69
4. Sistemas de medida de tempo. Sistema métrico decimal	73
5. Sistema monetário brasileiro	76
6. Problemas, números e grandezas proporcionais: razões e proporções. Divisão em partes proporcionais. Regra de três simples e composta	78
7. Porcentagem. Juro simples: juros, capital, tempo, taxas e montantes	83
8. Fundamentos da Teoria dos Conjuntos	85
9. Funções: Estudo das Relações, definição da função, funções definidas por fórmulas: domínio, imagem e contradomínio, gráficos, função injetora, sobrejetora e bijetora, funções par e ímpar, funções crescentes e decrescentes, função inversa, função composta, função polinomial do 1º Grau, quadrática, modular, exponencial e logarítmica, resoluções de equações, inequações e sistemas	90
10. Sequência	115
11. Geometria Plana. ngulos: definição, classificação, unidades e operações, feixes de paralelas cortadas por transversais, Teorema de Tales e aplicações. Polígonos: elementos e classificação, Diagonais, soma dos ângulos externos e internos, estudo dos quadriláteros e triângulos, congruências e semelhanças, relações métricas dos triângulos. Área: polígonos e suas partes....	117
12. Álgebra: análise combinatória	124
13. Geometria Espacial: retas e planos no espaço (paralelismo e perpendicularismo), poliedros regulares, pirâmides, prismas, cilindro, cone e esfera (elementos e equações)	125

Atualidades e Convivência Societária

1. Evolução histórica, geográfica, econômica, política e cultural do município de Caucaia.....	135
2. Acontecimentos e fatos relevantes e atuais do contexto internacional, nacional, estadual e do município de Caucaia	139
3. Diversidade cultural, conflitos e vida em sociedade	140
4. Formas de organização social, movimentos sociais, pensamento político e ação do Estado	148
5. Os domínios naturais e a relação do ser humano com o ambiente.....	149
6. relação homem-natureza, a apropriação dos recursos naturais pelas sociedades ao longo do tempo.....	150
7. Recursos minerais e energéticos: exploração e impactos.....	151
8. Recursos hídricos.	151
9. Bacias hidrográficas e seus aproveitamentos.	152
10. As questões ambientais contemporâneas: mudança climática, ilhas de calor, efeito estufa, chuva ácida. A destruição da camada de ozônio e impacto ambiental das atividades econômicas no Brasil. Origem e evolução do conceito de sustentabilidade	153
11. Ética profissional e social	166
12. Ética, moral e cidadania.	168

Conhecimentos Específicos

Agente de Suporte em Educação – Cuidador

1. Programas, projetos e benefícios de Proteção Social Básica e Especial.....	175
2. Fundamentos Éticos, legais, teóricos e metodológicos do trabalho com famílias, incluindo adolescentes	180
3. Programas, projetos, serviços e benefícios socioassistenciais	192
4. Noções sobre direitos humanos e sociais	198
5. Noções fundamentais de direitos humanos e socioassistenciais.....	204
6. Questões sociais e da juventude e do idoso	204
7. Outros conhecimentos específicos exigidos para desempenho da função. Ação do Cuidador	212
8. Proteção e Defesa do Direito de Crianças, Adolescentes e idosos à Convivência Familiar e Comunitária.	212
9. Direito da educação para todos.	229
10. Aprendizagem e desenvolvimento no contexto da educação para todos os gêneros e sexualidade	232
11. Comunicação e sistemas alternativos de comunicação	255
12. Acessibilidade, mudanças posturais e recursos de tecnologia assistiva, alimentação e aspectos de saúde	257
13. Relação com a comunidade escolar e área de saúde.....	263

4 – Para separar orações subordinadas adverbiais desenvolvidas ou reduzidas, especialmente as que antecedem a oração principal:

Reduzida	Por ser sempre assim, ninguém dá atenção!
Desenvolvida	Porque é sempre assim, já ninguém dá atenção!

5 – Separar as sentenças intercaladas:

“Querida, disse o esposo, estarei todos os dias aos pés do seu leito, até que você se recupere por completo.”

• **Antes da conjunção “e”**

1 – Emprega-se a vírgula quando a conjunção “e” adquire valores que não expressam adição, como consequência ou diversidade, por exemplo.

“Argumentou muito, e não conseguiu convencer-me.”

2 – Utiliza-se a vírgula em casos de polissíndeto, ou seja, sempre que a conjunção “e” é reiterada com a finalidade de destacar alguma ideia, por exemplo:

“(...) e os desenrolamentos, e os incêndios, e a fome, e a sede; e dez meses de combates, e cem dias de cancionero contínuo; e o esmagamento das ruínas...” (Euclides da Cunha)

3 – Emprega-se a vírgula sempre que orações coordenadas apresentam sujeitos distintos, por exemplo:

“A mulher ficou irritada, e o marido, constrangido.”

O uso da vírgula é vetado nos seguintes casos: separar sujeito e predicado, verbo e objeto, nome de adjunto adnominal, nome e complemento nominal, objeto e predicativo do objeto, oração substantiva e oração subordinada (desde que a substantivo não seja apositiva nem se apresente inversamente).

Ponto

1 – Para indicar final de frase declarativa:

“O almoço está pronto e será servido.”

2 – Abrevia palavras:

– “p.” (página)

– “V. Sra.” (Vossa Senhoria)

– “Dr.” (Doutor)

3 – Para separar períodos:

“O jogo não acabou. Vamos para os pênaltis.”

Ponto e Vírgula

1 – Para separar orações coordenadas muito extensas ou orações coordenadas nas quais já se tenha utilizado a vírgula:

“Gosto de assistir a novelas; meu primo, de jogos de RPG; nossa amiga, de praticar esportes.”

2 – Para separar os itens de uma sequência de itens:

“Os planetas que compõem o Sistema Solar são:

Mercúrio;

Vênus;

Terra;

Marte;

Júpiter;

Saturno;

Urano;

Netuno.”

Dois Pontos

1 – Para introduzirem apostos ou orações apositivas, enumerações ou sequência de palavras que explicam e/ou resumem ideias anteriores.

“Anote o endereço: Av. Brasil, 1100.”

“Não me conformo com uma coisa: você ter perdoado aquela grande ofensa.”

2 – Para introduzirem citação direta:

“Desse estudo, Lavoisier extraiu o seu princípio, atualmente muito conhecido: “Nada se cria, nada se perde, tudo se transforma’.”

3 – Para iniciar fala de personagens:

“Ele gritava repetidamente:
– Sou inocente!”

Reticências

1 – Para indicar interrupção de uma frase incompleta sintaticamente:

“Quem sabe um dia...”

2 – Para indicar hesitação ou dúvida:

“Então... tenho algumas suspeitas... mas prefiro não revelar ainda.”

3 – Para concluir uma frase gramaticalmente inacabada com o objetivo de prolongar o raciocínio:

“Sua tez, alva e pura como um foco de algodão, tingia-se nas faces duns longes cor-de-rosa...” (Cecília - José de Alencar).

4 – Suprimem palavras em uma transcrição:

“Quando penso em você (...) menos a felicidade.” (Canteiros - Raimundo Fagner).

Ponto de Interrogação

1 – Para perguntas diretas:

“Quando você pode comparecer?”

2 – Algumas vezes, acompanha o ponto de exclamação para destacar o enunciado:

“Não brinca, é sério?!”

Ponto de Exclamação

1 – Após interjeição:

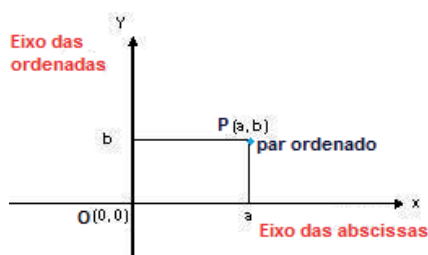
“Nossa Que legal!”

2 – Após palavras ou sentenças com carga emotiva

“Infelizmente!”

Gráfico Cartesiano do Par Ordenado

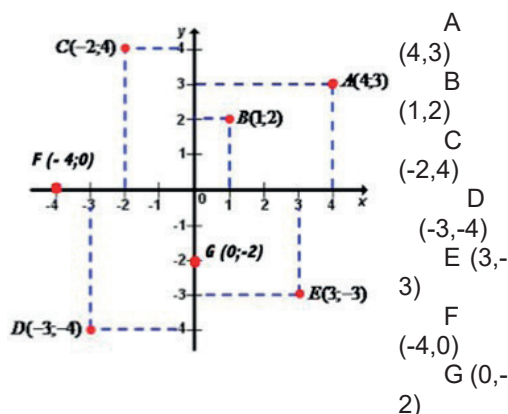
Todo par ordenado de números reais pode ser representado por um ponto no plano cartesiano.



Temos que:

- P é o ponto de coordenadas a e b;
- o número a é chamado de **abscissa** de P;
- o número b é chamado **ordenada** de P;
- a origem do sistema é o ponto O (0,0).

Veamos a representação dos pontos abaixo:



Produto Cartesiano

Dados dois conjuntos A e B, chamamos de produto cartesiano $A \times B$ ao conjunto de todos os possíveis pares ordenados, de tal maneira que o 1º elemento pertença ao 1º conjunto (A) e o 2º elemento pertença ao 2º conjunto (B).

$$A \times B = \{(x,y) | x \in A \text{ e } y \in B\}$$

Quando o produto cartesiano for efetuado entre o conjunto A e o conjunto A, podemos representar $A \times A = A^2$. Vejamos, por meio de o exemplo a seguir, as formas de apresentação do produto cartesiano.

Exemplo

Sejam $A = \{2,3,4\}$ e $B = \{3,5\}$. Podemos efetuar o produto cartesiano $A \times B$, também chamado A cartesiano B, e apresentá-lo de várias formas.

Listagem dos Elementos

Apresentamos o produto cartesiano por meio da listagem, quando escrevemos todos os pares ordenados que constituam o

conjunto. Assim, no exemplo dado, teremos:

$$A \times B = \{(2,3), (2,5), (3,3), (3,5), (4,3), (4,5)\}$$

Vamos aproveitar os mesmo conjuntos A e B e efetuar o produto B e A (B cartesiano A):

$$B \times A = \{(3,2), (3,3), (3,4), (5,2), (5,3), (5,4)\}.$$

Observando $A \times B$ e $B \times A$, podemos notar que o produto cartesiano não tem o privilégio da propriedade comutativa, ou seja, $A \times B$ é diferente de $B \times A$. Só teremos a igualdade $A \times B = B \times A$ quando A e B forem conjuntos iguais.

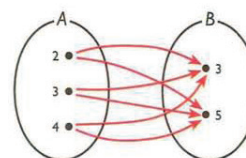
Observação: Considerando que para cada elemento do conjunto A o número de pares ordenados obtidos é igual ao número de elementos do conjunto B, teremos: $n(A \times B) = n(A) \cdot n(B)$.

No nosso exemplo temos: $n(A \times B) = n(A) \cdot n(B) = 3 \cdot 2 = 6$

Diagrama de Flechas

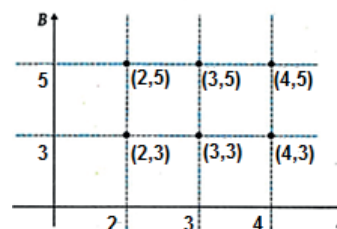
Apresentamos o produto cartesiano por meio do diagrama de flechas, quando representamos cada um dos conjuntos no diagrama de Euler-Venn, e os pares ordenados por “flechas” que partem do 1º elemento do par ordenado (no 1º conjunto) e chegam ao 2º elemento do par ordenado (no 2º conjunto).

Considerando os conjuntos A e B do nosso exemplo, o produto cartesiano $A \times B$ fica assim representado no diagrama de flechas:



Plano Cartesiano

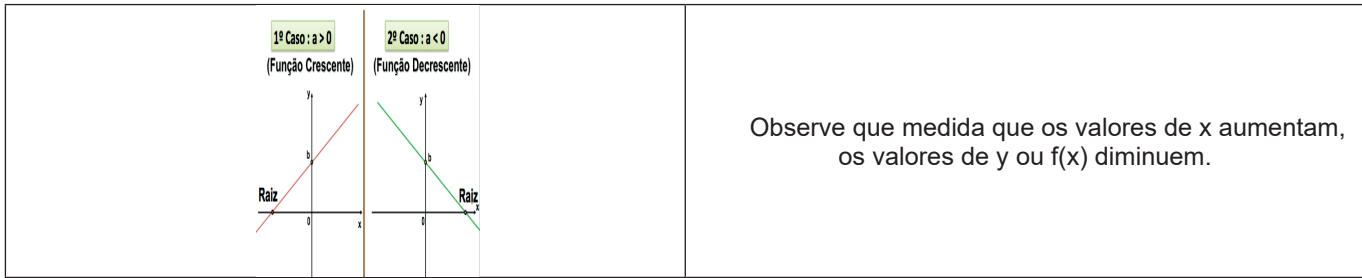
Apresentamos o produto cartesiano, no plano cartesiano, quando representamos o 1º conjunto num eixo horizontal, e o 2º conjunto num eixo vertical de mesma origem e, por meio de pontos, marcamos os elementos desses conjuntos. Em cada um dos pontos que representam os elementos passamos retas (horizontais ou verticais). Nos cruzamentos dessas retas, teremos pontos que estarão representando, no plano cartesiano, cada um dos pares ordenados do conjunto A cartesiano B ($B \times A$).



Noção de Relação

Dado os conjuntos $A = \{4,5,6\}$ e $B = \{5,6,7,8\}$, temos:

$$A \times B = \{(4,5), (4,6), (4,7), (4,8), (5,5), (5,6), (5,7), (5,8), (6,5), (6,6), (6,7), (6,8)\}$$



Através do gráfico da função notamos que:

- Para função é crescente o ângulo formado entre a reta da função e o eixo x (horizontal) é agudo ($< 90^\circ$) e
- Para função decrescente o ângulo formado é obtuso ($> 90^\circ$).

Zero ou Raiz da Função

Chama-se zero ou raiz da função $y = ax + b$, o valor de x que anula a função, isto é, o valor de x para que **y ou f(x)** seja igual à zero.

$$\begin{aligned} \text{Zero da função } f(x) &= 0 \\ f(x) = 0 &= ax + b \rightarrow ax + b = 0 \end{aligned}$$

Para achar o zero da função $y = ax + b$, basta igualarmos y ou f(x) a valor de zero, então assim teremos uma equação do 1º grau, $ax + b = 0$.

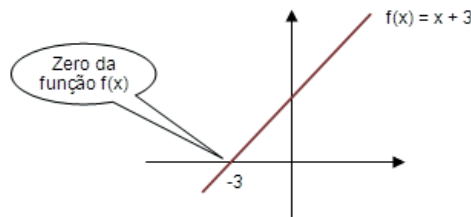
Exemplo:

Determinar o zero da função:

$$f(x) = x + 3$$

$$\text{Igualamos } f(x) = 0 \rightarrow 0 = x + 3 \rightarrow x = -3$$

Graficamente temos:



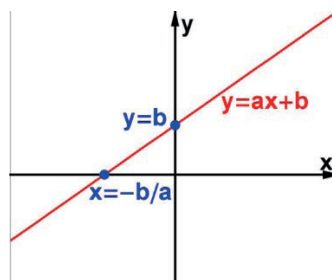
No plano cartesiano, o zero da função é representado pela abscissa do ponto onde a reta corta o eixo x.

Observe que a reta $f(x) = x + 3$ intercepta o eixo x no ponto $(-3, 0)$, ou seja, no ponto de **abscissa -3**, que é o **zero da função**. Observamos que como $a > 0$, temos que a função é crescente.

Partindo equação $ax + b = 0$ podemos também escrever de forma simplificada uma outra maneira de acharmos a raiz da função utilizando apenas os valores de a e b.

$$ax + b = 0 \rightarrow ax = -b \rightarrow x = \frac{-b}{a}$$

Podemos expressar a fórmula acima graficamente:



As unidades de acolhimento estão organizadas nas seguintes modalidades:

- Unidade de acolhimento adulto, para pessoas maiores de 18 anos; e
- Unidade de acolhimento infanto-juvenil, destinada a adolescentes e jovens de 12 até 18 anos completos.

Tal espaço pode ser um recurso nos projetos terapêuticos elaborados para o adolescente, sua família e a equipe dos CAPS, por favorecer a ampliação de suas possibilidades de inserção social e a construção de novos projetos de vida que objetivem sua autonomia e emancipação.

Dessa forma, as unidades de acolhimento infanto-juvenis podem ser importantes dispositivos no sentido de evitar internações desnecessárias, favorecendo o fortalecimento de ações de cuidado pautadas no direito ao convívio familiar e comunitário, reforçando o paradigma da inserção social para a promoção de saúde mental.

IV) Atenção de urgência e emergência:

São pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências: SAMU 192, sala de estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, unidades básicas de saúde, entre outros.

São responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, pela classificação de risco e pelo cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Nos casos de crianças e adolescentes que apresentem quadros de abstinência (inclusive os que cumprem medida socioeducativa de internação), intoxicação por uso de droga ou alguma outra situação de crise (sobretudo em períodos de internação provisória), se houver um CAPS na região, esse serviço poderá ser acionado para uma primeira avaliação e para proceder ao atendimento/acompanhamento. Caso a equipe do CAPS avalie ser necessário, pode-se recomendar o acionamento/encaminhamento para outro ponto de atenção de urgência ou hospitalar do município ou da região, segundo os princípios da Lei nº 10.216/2001.

É importante lembrar que os momentos de crise são os de maior fragilidade do usuário e é necessário que ele tenha sempre alguém de referência em seu acompanhamento. O manejo clínico da crise exige vinculação com o usuário e, por essa razão, os serviços que fazem acompanhamento longitudinal (como é o caso das equipes da Atenção Básica e dos CAPS) podem ser mais efetivos, pois os profissionais conhecem a história do sujeito, o contexto em que se desencadeou a crise, o contexto familiar e, de modo geral, com vínculos de confiança estabelecidos com o usuário.

Em todos os casos, é fundamental que seja garantido o seguimento do tratamento na rede extra-hospitalar, ou seja, é necessário que o usuário seja acompanhado pelo CAPSi, pelo CAPSad ou por outra modalidade de CAPS ou pela equipe da Atenção Básica da região mais próxima, para que o usuário possa reconstruir vínculos e retomar sua vida familiar, escolar e social.

Caso o primeiro acesso do usuário à Rede de Atenção Psicossocial ocorra por intermédio de pontos de atenção de urgência e emergência, deve ser acionado o serviço territorial de referência, o que favorece a sua vinculação e o seu acompanhamento.

Crianças e adolescentes também estão sujeitos às urgências e emergências em saúde mental. Sejam tais ocorrências decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas ou de alguma condição psi-

quiátrica, é importante que esses jovens sejam recebidos em qualquer um dos pontos de atenção disponíveis e que as medidas cabíveis sejam realizadas no menor tempo possível.

V) Atenção hospitalar:

A) Serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtornos mentais, incluídas aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas: tal serviço é constituído de leitos em enfermarias da clínica médica, da pediatria ou da obstetrícia habilitados para oferecer suporte hospitalar em saúde mental, respeitados os aspectos preconizados pela Lei nº 10.216/2001. Tal atendimento se dá de maneira pontual em regime de curtíssima ou curta permanência. Em nível local ou regional, esses serviços compõem a Rede de Atenção Psicossocial, devendo se articular aos demais pontos de atenção para garantir o acompanhamento longitudinal.

B) Enfermaria especializada em hospital geral: enfermaria de saúde mental em hospital geral composta por equipe interdisciplinar, de forma a oferecer suporte às situações de agravamento nas quais haja necessidade de acesso à tecnologia hospitalar. O cuidado é pontual, deve estar articulado com o projeto terapêutico singular desenvolvido pelo serviço de referência do usuário (como o CAPS ou uma unidade básica de saúde) e a internação deve ser de curta ou curtíssima duração.

O acesso aos leitos neste ponto de atenção deve ser regulado a partir de critérios clínicos, devendo ser respeitados os arranjos locais de gestão: central regulatória ou por intermédio do CAPS de referência.

Crianças e adolescentes, em caso de necessidade, devem ser acolhidos nos leitos disponíveis (mesmo que não existam no território leitos específicos para crianças e adolescentes), ratificando a premissa de que detêm primazia no recebimento de proteção e socorro. Efetuada a internação hospitalar, o direito a acompanhante deve ser garantido, inclusive quando se tratar de adolescentes em cumprimento de medida privativa de liberdade.

Alguns Temas Relevantes

Ao se explorar os recursos disponíveis para a atenção à saúde mental de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, faz-se necessário debater alguns pontos que frequentemente se sobrepõem e podem obscurecer as respostas sociais e impactar de maneira inversa ao desejado nas trajetórias de vida desses sujeitos.

Por tal razão, diferentes ações e serviços são previstos e propostos para as diferentes necessidades sem, no entanto, reconhecer que eles podem e devem se articular para corresponder à complexidade das situações.

O papel estratégico da educação

Na discussão da atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, assim como na garantia da saúde integral dessa faixa etária, é necessário e fundamental conferir a devida importância aos processos educativos e às instituições que delas se ocupam formalmente.

As escolas são ambientes privilegiados para o desenvolvimento de crianças e adolescentes e suas famílias tanto na promoção de fatores protetivos quanto na detecção de riscos e na redução de danos de agravos psicossociais. Por concentrarem a maior parte da população infanto-juvenil brasileira, os estabelecimentos escolares

pautar-se pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e pela Lei nº 10.216/2001, ressaltando-se a necessidade de viabilizar a presença e o acompanhamento de familiares ou responsáveis nestes espaços. Cabe afirmar que, caso tal presença ou o acompanhamento não seja possível, há que se garantir o acesso aos serviços da mesma forma.

B) Internação

De acordo com a Lei nº 10.216/2001, a internação é o último recurso a ser acionado quando estiverem esgotadas as possibilidades de cuidado nos serviços comunitários de base territorial. Especificamente segundo o artigo 3º, inciso 3º, fica vedada a internação em instituições de características asilares.

É necessário apontar a necessidade de superação do histórico de banalização do recurso da internação sob diferentes justificativas (“internações sociais” como medidas de proteção e como medidas socioeducativas), o que possibilitou o excesso de utilização deste recurso e a distorção de sua indicação.

A internação em saúde mental deve ter como parâmetro a necessidade clínica do usuário (caso este requeira acessar a tecnologia hospitalar) e com o menor tempo possível de permanência, objetivando sempre a inserção social e a intervenção nos contextos reais de vida. Este recurso deve compor um projeto terapêutico singular e ser articulado com os serviços de acompanhamento longitudinal, a família e o próprio usuário em questão.

Portanto, conforme a Portaria MS/GM nº 3.088/2011, a internação é concebida como acesso à tecnologia disponível em hospitais gerais, ficando os hospitais psiquiátricos restritos a investimentos em processos de desinstitucionalização de pessoas com histórico de longas internações.

De acordo com a Lei nº 10.216/2001, as internações podem acontecer nas seguintes modalidades:

- I - voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II - involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
- III - compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Cabe ressaltar que, entre as diversificadas possibilidades de acolhimento nas situações de maior vulnerabilidade e no processo de qualificação das indicações de necessidades de internação, a modalidade compulsória deve ser tomada como exceção em situações extremas. Internação compulsória não significa adesão ao tratamento.

A adesão deve ser construída com o usuário, sob pena da ineficácia da indicação e da acentuação da resistência ao tratamento. Ainda assim, em casos inadiáveis, a internação compulsória deve acontecer em estabelecimentos próprios de saúde e que não possuam características asilares.

Há que se esclarecer a contraindicação de medidas massificadas como o recolhimento compulsório, que vem ocorrendo em alguns lugares do País na tentativa de responder aos problemas relacionados ao uso do crack e de outras drogas.

Encaminhamentos para instituições não especializadas em saúde, bem como intervenções criminalizadoras que declaradamente cerceiam a liberdade sob a justificativa de necessidade de tratamento ou de proteção, não se fundamentam em princípios caros à democracia e à saúde, como a condição de sujeito de direitos e o respeito à autonomia.

Reiteramos o posicionamento da 175ª Assembleia Ordinária do Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), quando afirma que o recolhimento compulsório de crianças e adolescentes em situação de rua e/ou uso de álcool, crack e outras drogas acarreta a privação de liberdade de modo arbitrário.

Medidas socioeducativas

É bastante comum a determinação de causalidade entre o uso de drogas e o ato infracional. Consideramos ser reducionista determinar que a droga seja a causa de atos delituosos ou a causa dos problemas do sujeito. O uso de drogas pode se dar de forma bastante variada e tem efeitos distintos sobre os diferentes usuários. Qualquer abordagem voltada à proteção integral de crianças e adolescentes deve trabalhar com várias dimensões de sua vida, de modo a construir novas formas de lidar com o sofrimento e, conseqüentemente, com o uso de drogas, a transgressão à lei etc.

Não há respostas integrais, absolutas. Além disso, é fundamental que seja feita uma singularização de cada caso. É essencial levar em consideração as determinações das histórias individuais para se entender os contextos em que ocorrem os atos infracionais (e sua eventual relação com o uso de substâncias) e para se pensar no sentido deles na vida do indivíduo.

Em razão da despenalização do uso das substâncias psicoativas, a resposta estatal não pode ser mais a medida socioeducativa de privação da liberdade, fato que, por si só, já amplia as possibilidades de cuidado, algo bem mais promissor quando não se está em meio fechado. Por outro lado, lida-se com uma sensação de maior risco de continuidade no consumo nocivo das substâncias, uma vez que o sujeito não tem seu cotidiano significativamente abalado. É necessário, então, equacionar a oportunidade de continuidade do uso com a oportunidade de, em liberdade, se produzir, com maior autonomia, outra trajetória na qual o uso, ainda que perdure, não seja nocivo aos demais afazeres do dia a dia nem ao desenvolvimento psíquico do adolescente.

Logo, a atuação judiciária deve estar calcada, indubitavelmente, na avaliação dos profissionais socioassistenciais e de saúde que estejam na lida com o adolescente em meio aberto ou fechado. Por sua vez, tais profissionais não devem se ater aos fatos relacionados à prática infracional, mas às circunstâncias, ao modo e ao estilo de vida que o adolescente leva ou levava quando praticou o ato. Esse limiar precisa ser cuidado, sob pena de que os técnicos do sistema socioeducativo e dos sistemas sociais que atravessam a vida do jovem nesse momento ocupem o lugar do magistrado e, automaticamente, produzam cotidianamente novos tribunais (no caso, de exceção).

Nesse bojo, no que tange ao sistema socioeducativo, é interessante reconhecer que tanto o ECA quanto o Sinase determinam a implementação de programas sociais e sociofamiliares destinados aos egressos do sistema socioeducativo. Pouco desenvolvidos nos estados e municípios do País, os serviços ligados a esses programas, quando houver comunicação por conta de demandas vinculantes, devem ser disparados em interface com os pontos de atenção da RAPS.

Atenção às crianças, aos adolescentes e às suas famílias em situação de violência

A política de saúde também tem responsabilidades no enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes, uma vez que deve ser assegurado “que nenhuma criança e adolescente seja objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração,

ção e controlo das doenças mais prevalentes a nível nacional (cardiovasculares, oncológicas, diabetes, obesidade). E as populações portadoras de deficiência devem merecer uma atenção especial neste contexto, pelo seu número e pelas dificuldades que encontram diariamente para conseguir fazer uma alimentação saudável.

Conceitos de alimentação saudável e sua aplicação à população portadora de deficiência

A alimentação desempenha funções essenciais em todos os seres vivos. No ser humano contribui para um estado ótimo de saúde, fornecendo a energia necessária para as tarefas do dia-a-dia.

As recomendações para a ingestão de energia para um indivíduo saudável variam, no geral, entre 1800 a 2200 quilocalorias (Kcal), dependendo da intensidade de exercício físico praticado, idade e sexo.

Os alimentos são constituídos por diferentes nutrientes. Os macronutrientes são os hidratos de carbono (presentes em grande proporção em alimentos tais como pão, arroz, massas alimentícias e batata), as proteínas (cujas principais fontes são carne, peixe e ovo) e os lípidos/gordura (manteiga, azeite, produtos de charcutaria, produtos de pastelaria e confeitaria), cujo consumo deverá ser mais cuidado.

Existem ainda as fibras alimentares, que estão principalmente presentes em alimentos de origem vegetal e não são digeridas e absorvidas no trato intestinal. Contribuem, no entanto, para um trânsito intestinal regular e saudável. Já o papel dos micronutrientes (vitaminas e minerais) prende-se com a regulação de todas as reações metabólicas que ocorrem no organismo: são, por isso, fundamentais para a manutenção da saúde.

Já a água constitui cerca de 70% do nosso organismo e desempenha importantes funções, como: transporte de nutrientes para as células, transporte e excreção de substâncias tóxicas ao organismo, regulação da temperatura corporal e facultar um meio para que ocorram todas as reações metabólicas do organismo. Aquando de uma ingestão insuficiente, as consequências poderão passar por lábios e olhos secos, sede, cor e odor de urina forte, fraqueza muscular, dificuldade de raciocínio e confusão mental; em condições extremas, coma e até mesmo morte.

Princípios de uma alimentação saudável

O dia deverá começar com um pequeno-almoço completo, variado e equilibrado: esta é a refeição mais importante do dia, que permite a recuperação do longo jejum da noite e fornece energia para todas as atividades diárias. Deverá incluir leite, cereais integrais e fruta fresca.

A alimentação diária deverá ser fracionada em várias refeições, com intervalos regulares de não mais do que três horas e meia.

O consumo de sal deverá ser reduzido para menos de 5g por dia. Evite adicionar muito sal aos seus cozinhados, levar o saleiro para a mesa durante as refeições e ingerir alimentos pré-confecionados ou muito salgados (por exemplo, produtos de salsicharia e charcutaria). Prefira as ervas aromáticas e especiarias para temperar.

Também o consumo de açúcar deverá ser limitado. Evite consumir produtos de confeitaria e pastelaria e outros produtos ricos em açúcar (gelados, rebuçados, sobremesas açucaradas, refrigerantes, gomas, bolachas). Não adicione açúcar ao leite, café ou chá.

Aumente o consumo de legumes e hortaliças. Inclua sopa de legumes e hortaliças no início das suas refeições principais e faça

destes alimentos um acompanhamento imprescindível do prato principal.

Inclua no seu dia a ingestão de 2 a 3 peças de fruta, inteiras, em sumos ou saladas; estas podem fazer parte da refeição principal ou parte do lanche.

A quantidade de carne nas refeições principais deverá ser ingerida moderadamente, privilegiando as brancas, peixe ou ovos; desta forma, irá reduzir o consumo de gordura saturada, proveniente, essencialmente, de produtos de origem animal.

Adote o azeite em detrimento de outras gorduras quer para temperar quer para cozinhar. Evite também a utilização de gorduras que foram sobreaquecidas ou de óleos queimados; as altas temperaturas conduzem à degradação da gordura, dando origem a reações que formam substâncias cancerígenas.

Opte pelos métodos de confecção saudáveis. São eles os cozidos a vapor, grelhados, assados e estufados sem refogado; evite as frituras e assados com gordura. Evite, ainda, o consumo das partes carbonizadas dos alimentos grelhados.

A água deve ser oferecida em abundância, infusões ou chás sem adição de açúcar e sumos de fruta são também uma boa opção. Deve-se ingerir pelo menos 1,5 l de água por dia.

As recomendações habituais são dadas para todas as pessoas como parte de um aconselhamento nutricional. No entanto, estas recomendações são baseadas nas necessidades da população em geral e poderão não ser adequadas para alguns subgrupos de pessoas com deficiência.

Como podemos verificar, a alimentação desempenha um papel decisivo na saúde e qualidade de vida, pois pode ajudar a minorar o impacto de fatores de risco de várias doenças crónicas. Esta associação é de extrema relevância na(s) deficiência(s), pois uma alimentação saudável, adaptada a cada caso em particular, pode melhorar substancialmente a saúde e, consequentemente, a qualidade de vida das pessoas portadoras de deficiência.

Assim, todos os conceitos sobre alimentação saudável aplicam-se a esta população. Mas se muitas vezes, para a população em geral, é difícil ter uma alimentação equilibrada, para os portadores de qualquer tipo de deficiência os desafios são ainda maiores.

A deficiência tem um impacto negativo na adoção de uma alimentação saudável, pelo que é imprescindível ter em conta as particularidades que tornam as pessoas com deficiência(s) mais vulneráveis no que concerne a ter este tipo de alimentação.

Os problemas alimentares mais comuns que surgem nas pessoas com deficiência são: baixo peso, excesso ponderal/obesidade, obstipação, problemas de deglutição/disfagia, interações medicamento/alimento. As seriedades dessas condições dependem de vários fatores individuais (idade, nível de disfunção motora, gravidade da deficiência, saúde em geral), ambientais, literacia e condições socioeconómicas.

Tendo em conta os problemas a nível nutricional mais importantes que afetam esta população iremos dar orientações sobre alimentação para cada situação em particular.

Alimentação nas(s) deficiência(s) e dificuldades alimentares

O baixo peso pode ser um fator de risco para certos tipos de deficiência (como por exemplo: síndrome de Rett, paralisia cerebral ou deficiências de desenvolvimento). Pode, ainda, ser um fator de risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão em pessoas

que este tipo de fibras pode causar microferimentos a nível da mucosa intestinal desencadeando espasticidade;

- A ingestão de líquidos deverá ser elevada para hidratação das fezes;

- Deverão ser feitas tentativas no sentido de ajustar a rotina para defecar; estipular um horário, numa altura calma do dia, sem qualquer tipo de pressa, stress ou constrangimento. Também o posicionamento deverá ser corrigido, sendo, por vezes, necessário adaptar a casa de banho, através de equipamentos como a cadeira sanitária e barras laterais;

- Quando possível, a atividade física deverá ser aumentada, tendo em conta as capacidades do indivíduo. Massajar a zona abdominal com regularidade pode também trazer efeitos positivos.

Disfagia

A deglutição é um processo dinâmico, de controle neuromuscular, compreendido por quatro fases. São elas:

- pré-oral,
- oral,
- faríngea e
- esofágica.

As duas primeiras são voluntárias e as demais involuntárias. Qualquer distúrbio no controle da deglutição pode acarretar em situações de risco ao paciente, como risco de aspiração pulmonar do alimento ou casos de acometimento nutricional. A identificação e o controle do distúrbio da deglutição devem ser trabalhados de maneira interdisciplinar, com auxílio dos avanços tecnológicos e aprimoramento das equipas que atuam com esses pacientes.

Para uma deglutição correta, é necessário um funcionamento complexo dos diversos controles das quatro fases, antes, durante e após a deglutição, para transportar os alimentos da cavidade oral até o estômago. Qualquer comprometimento em uma dessas fases pode gerar dificuldade de deglutir, também chamada de disfagia.

Sintomas de Disfagia

Os sinais e sintomas mais comuns incluem:

- Dor ou incapacidade de engolir;
- Regurgitação;
- Tosse ou engasgo ao engolir;
- Azia frequente;
- Rouquidão.

Tipos de Disfagia

O processo de deglutição é complexo e, por isso, as causas são variadas. Identificá-las é fundamental para o tratamento. Os tipos são:

- **Disfagia esofágica:** refere-se a uma sensação de alimento ou líquido "preso" na base da garganta ou no peito depois que o paciente começa a engolir. As causas incluem acalasia, espasmo esofágico difuso, tumores, esclerodermia, inflamação do esôfago devido à radioterapia, entre outras.

- **Disfagia orofaríngea:** refere-se a um sufocamento ou tosse ao tentar engolir, ou sensação de alimento ou líquido descendo pela traqueia ou subindo pelo nariz. A disfagia orofaríngea pode levar à pneumonia. As causas incluem doenças neurológicas (Parkinson, Esclerose Múltipla, etc.), divertículo de Zenker e câncer.

Complicações

Entre as complicações, podemos citar:

- Desnutrição, perda de peso e desidratação;
- Pneumonia por aspiração;
- Engasgo;
- Prevenção e dicas.

Recomendações

Para o paciente com dificuldade de engolir ocasional, os médicos podem recomendar algumas técnicas:

- Comer lentamente e mastigando bem os alimentos;
- Optar por alimentos mais macios e evitar os secos.
- Dar mordidas menores;
- Sentar ereto ao comer.
- Evitar deitar logo após a refeição;
- Encaminhar para o fonoaudiólogo.

Dificuldades Alimentares

Dificuldades alimentares são problemas na alimentação que afetam negativamente a capacidade de ingerir alimentos ou líquidos de forma adequada, o que traz repercussões no estado nutricional e hídrico do indivíduo. De entre os fatores que contribuem para as dificuldades alimentares em pessoas portadoras de algum tipo de deficiência, pode-se destacar distúrbios neuromusculares, problemas de comportamento, ou ambos.

As dificuldades alimentares ligadas a problemas oro-motores estão relacionadas com o comprometimento dos músculos envolvidos na mastigação e deglutição (anormalidades na tonicidade muscular e atrasos no desenvolvimento motor; defeitos oro-faciais que interferem com a alimentação, como fenda palatina; atraso no desenvolvimento motor oral ou padrões motores orais anormais; respostas de hipersensibilidade ao toque e/ou à temperatura dentro e ao redor da boca; problemas dentários como cáries dentárias graves ou mau alinhamento da dentição).

Dificuldades em sentar, no controle da cabeça e pouca estabilidade no tronco constituem os problemas de posicionamento mais comuns.

Por outro lado, a incapacidade de alguns indivíduos se alimentarem sozinhos, por dificuldades de manuseamento dos utensílios ou segurar o copo, fazem também parte das complicações encontradas na alimentação da pessoa com deficiência. Problemas no comportamento, por exemplo, recusa em comer, choro, distração durante a refeição e seletividade dos alimentos, diminuem também a ingestão alimentar.

Alguns problemas médicos, como o refluxo gastroesofágico, contribuem também para a diminuída ingestão alimentar.

Recomendações

- Muitas vezes, é difícil diferenciar entre problemas físicos, comportamentais e interacionais; por essa razão, é importante que o indivíduo com deficiência seja devidamente avaliado e acompanhado por uma equipa multidisciplinar de saúde constituída pelo médico, terapeuta da fala, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e enfermeiro;

- É importante adaptar as texturas dos alimentos às capacidades de deglutição da pessoa com deficiência. Desta forma, o indivíduo pode alimentar-se de forma segura, sem risco de aspiração. Existem vários tipos de textura: a normal, fracionada/triturada, mole, pas-