



Percursos

Publicação do Departamento de Enfermagem
da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

FICHA TÉCNICA

Publicação Periódica
com periodicidade trimestral
ISSN 1646-5067

Editor

António Freitas

Coordenação Científica

Lucília Nunes

Comissão Científica

Armandina Antunes

Alice Ruivo

Joaquim Lopes

Paula Leal

Colaboradores neste Número

Alexandra Bernardo

A. Filipa Cândido

Ana Lúcia Ramos

Ana Pereira

A. Salomé Antunes

Ana Mesquita

Ana Rita Silva

Andreia Cordeiro

Bruno Mendes

Carolina Paulino

Catarina Galante

Catarina Guerreiro

Gláucia Pereira

Inês Costa

Inês Henriques

Joana Santos

Joana Sezões

Lino Ramos

Magda Folgado

Mariana Santos

Miriam Cardoso

Nádia Ferreira

Nélia Cardoso

Nisa Cordeiro

Rui Sequeira

Soraia Alves

Susana Esteves

Tânia Mestre

Telma Machado

Regras de Publicação:
Revista N.º 5, 2007

Contactos

lucilia.nunes@ess.ips.pt

antonio.freitas@ess.ips.pt



Comunicação assertiva: uma aprendizagem efectiva e salutar na relação com os pares

Ana Mesquita, Carolina Paulino, Catarina Galante, Soraia Alves

2

Infância e Determinantes de Saúde: Educação para uma alimentação saudável

Ana Rita Silva, Inês Costa, Magda Folgado, Soraia Alves

16

Papel da Televisão no Crescer da Criança

Alexandra Bernardo, Inês Henriques, Joana Santos, Mariana Santos, Miriam Cardoso

20

Segurança Rodoviária. Momento de Agir

Alexandra Bernardo, Miriam Cardoso, Nélia Cardoso, Inês Henriques, Joana Santos, Ana L. Ramos

27

Anorexia Nervosa: O outro lado do espelho...

Ana Pereira, Bruno Mendes, Joana Sezões, Susana Esteves, Tânia Mestre, Telma Machado, Lino Ramos

36

Aleitamento Materno. Porque é importante a saúde do seu bebé

Andreia Cordeiro, Catarina Guerreiro, Gláucia Pereira, Nisa Cordeiro, Ana Lúcia Ramos

45

O Papel do Enfermeiro Perante a Família da Pessoa com Toxicodependência

A. Filipa Cândido, A. Rita Silva, A. Salomé Antunes, Inês Costa, Magda Folgado, Nádia Ferreira, Rui Sequeira

51

Comunicação assertiva: uma aprendizagem efectiva e salutar na relação com os pares

Ana Mesquita - Carolina Paulino - Catarina
Galante - Soraia Alves

Resumo

As primeiras pesquisas realizadas por Olweus na década de 70 divulgaram que 15% dos alunos entre os 7-16 anos se envolviam em comportamentos de bullying ^[17]. Alguns dados europeus revelam que "o bullying é um problema mundial que afecta cerca de um terço de crianças por mês"^[18]. Os fenómenos de violência e comportamentos inibitórios vividos pelos alunos nas escolas europeias constituem nos tempos actuais uma alteração ao ambiente seguro. Os mesmos, poderão interferir com a saúde global e, em particular com a saúde mental das crianças e adolescentes, se sentidos como ameaça. A vivência de perturbação sentida pelas crianças e adolescentes, poderá incorrer em processos de doença, se manifestados através de um conjunto de sinais e sintomas psicossomáticos. Estes, resultam da necessidade destas se protegerem da adversidade vivida e, funcionam como estratégia de fuga à escola.

O enfermeiro é um dos profissionais de saúde que deve ter uma intervenção fundamental, colaborativa com os profissionais da educação e serviço social, na promoção da saúde e

protecção das crianças e adolescentes que vivem em constante medo e ameaça. Através de uma intervenção multiprofissional nas escolas, poderá perspetivar-se um clima e cultura escolares de maior segurança. Nesta perspectiva, este artigo apresenta uma breve revisão bibliográfica sobre a temática da violência e apresenta, também, um conjunto de estratégias promotoras duma cultura de bem-estar, enquadradas na abordagem salutogénica da escola promotora de saúde.

Palavras-chave: bullying, adolescentes, saúde mental, enfermeiro, paradigma salutogénico, escola promotora de saúde.

Abstract

Research conducted by Olweus in the 70s reported that 15% of students between 7-16 years engaged in bullying behaviors^[17]. Some European data show that "early bullying is a worldwide problem affects about one third of children per month"^[18]. The phenomena of violence and inhibitory behaviors experienced by pupils in European schools, constitute a change in current times of safe environment. They may interfere with overall health and particularly with the mental health of children and adolescents, if it is felt as a threat. The experience of disturbance felt by children and adolescents may incur disease processes, if expressed through a set of signs and psychosomatic symptoms. These result from the need to protect themselves from adversity experiences and work as a strategy to escape from school.

Nurses are health professionals who must have a key intervention in health promotion and protection of children and adolescents who live in constant fear and threat at

schools, in collaborative action with education and social service professionals. Through a multidisciplinary intervention in schools it's possible to promote a safety climate and culture at school. In this perspective, this article presents a brief literature review on the topic of violence and also presents a set of strategies that promote a culture of wellness, framed in salutogenic approach from health promoting school.

Keywords: bullying, adolescents, mental health, nurse, salutogenic paradigm, health promoting school.

INTRODUÇÃO

Os fenómenos de violência e comportamentos inibitórios nas escolas europeias constituem nos tempos actuais uma alteração ao ambiente seguro podendo interferir com a saúde das crianças e adolescentes, se sentidos como ameaça. Não implicam somente vítimas e agressores mas igualmente todos os observadores^[17], sendo considerado um fenómeno multidimensional.

As primeiras pesquisas realizadas por Olweus na década de 70 divulgaram que 15% dos alunos entre os 7-16 anos se envolviam em comportamentos de *bullying*: 9% como vítimas e 7% como agressores^[17].

Dados europeus referidos nos relatórios Internacional da Saúde Mundial e da UNICEF^[23]. revelam que "o *bullying* é um problema mundial que afecta cerca de um terço de crianças por mês. Para cerca de 11% das crianças, este tipo de abuso, praticado pelos seus companheiros, é severo (várias vezes por mês)"^[18].

Dados portugueses ^[19] revelaram que no ano lectivo 2008/2009 existiram um número total de ocorrências de violência na escola de 5134, das quais 1609 no exterior e 3525 no interior da escola^[19]. Neste último, verificou-se que a maior parte das situações de agressão foram praticadas entre alunos (1029), seguido de professores (284) e funcionários (184). Ainda nesse ano lectivo, o Relatório da Escola Segura revela que 44,7% das ocorrências foram actos contra a liberdade e integridade física das pessoas; 20,6% foram actos contra os bens e equipamentos escolares; 14,2% foram actos contra os bens e equipamentos pessoais (telemóvel, extorsão de dinheiro e material audiovisual^[19]) e 10,5% foram actos contra a honra e bom nome das pessoas^[19]. Além destes atos, *também se verificam situações de violência sexual*"^[20].

Em território nacional, o estado procurando garantir protecção e manutenção de ambientes escolares seguros e salutaros apresentou em 2010, enquanto proposta de lei, um aditamento ao Código Penal, artigo 152.º-C, especificando a violência escolar como crime ^[22, 24]. A referida proposta de Lei não reuniu consenso e foi indeferida.

Atualmente, atos de violência na escola participados judicialmente, são regidos legalmente por outras leis, entre as quais pela lei tutelar de menores.

Consideramos que mais importante do que as decisões legais instituídas por cada estado, devem ser discutidas e equacionadas propostas promotoras de climas de segurança nas escolas. Alguns autores *"alertam para a fatura global elevada que o envolvimento em bullying representa para os indivíduos, no que respeita à sua saúde mental e física enquanto alunos,*

bem como para as suas famílias, as escolas e as sociedades, dado que tanto os agressores como as vítimas tendem mais a necessitar de diversos apoios, seja a nível de saúde mental, justiça, ou educação especial, entre outros^[17].

No âmbito da saúde, o interesse dos enfermeiros sobre o fenómeno da violência na escola relaciona-se com a vivência de perturbação sentida pelas crianças e adolescentes, conduzindo-as a processos de doença ^[2,7,9]. Vários estudos identificam o aumento de queixas psicossomáticas pelos alunos, cada vez mais frequentes como estratégia de fuga à escola, devido à vivência de mal-estar.

Quando estas estratégias deixam de surtir efeito e a criança/adolescente regressa ao meio escolar, pode recorrer a comportamentos mais extremos, como o suicídio^[2].

A vivência de mal-estar e as situações de saúde alteradas das crianças e adolescentes nas escolas preocupam os enfermeiros, defendendo-se a necessidade de co-construir culturas saudáveis no meio escolar.

Nesta perspectiva, este artigo apresenta uma breve revisão bibliográfica sobre a temática da violência e apresenta, também, uma proposta de estratégias promotoras da cultura de bem-estar, enquadradas na abordagem salutogénica da escola promotora de saúde.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Segundo Maria do Céu Antunes Martins (2005) nos dias de hoje, a saúde é considerada como "o bem mais precioso" de cada pessoa, observando-se a progressiva passagem "do

investimento na prevenção da doença para o investimento na promoção da saúde"^[6].

Esta alteração de pensamento encontra-se patente na dualidade dos paradigmas da saúde: paradigmas *patogénico* versus *salutogénico*.

No primeiro é valorizada a doença e a sua prevenção.

Ao invés, no paradigma salutogénico o enfoque pretende capacitar a pessoa a proteger ou melhorar o seu nível de saúde suportado na aprendizagem de capacidades de âmbito pessoal. Mas também decorrente da promoção de ambientes salutareos resultantes da implementação de políticas, culturas e climas organizacionais centrados na elevação do bem-estar^[6].

A mudança de pensamento sobre o conceito de saúde já referida anteriormente, surge resumida e clarificada no quadro seguinte, ilustrando as principais diferenças entre os dois paradigmas aqui apresentados.

Do paralelismo estabelecido, verificamos que cada um dos paradigmas evidencia um pensamento, abordagens, estratégias, acções, questões e resultados diferentes, perspectivando-se os conceitos de ângulos distintos^[6].

Importa salientar que a aceitação do paradigma salutogénico não implica a rejeição do paradigma patogénico^[6], ocorrendo actualmente influência de ambos nas políticas de saúde, com tradução consequentemente nos comportamentos de saúde pessoais e das organizações. Este artigo, centra o enfoque do pensamento dos autores na perspectiva salutogénica da saúde.

	Paradigma Patogénico (Prevenir a doença)	Paradigma Salutogénico (Promover a saúde)
Origem etimológica	* Prevenir: do latim, <i>prae-venire</i> , ir à frente de, chegar antes, antecipar-se a, preceder, evitar.	* Promover: do latim, <i>pro-movere</i> , ir mais além, ir para a frente, avançar, dar impulso, apoiar, propor, fazer-por (alguma coisa) mas também fazer-com (alguém) e através-de (o grupo, a organização).
Questão Principal	* Como evitar os riscos? (prevenção primária); * Como tratar a doença ou reparar a incapacidade? (prevenção secundária ou controlo da duração da doença ou gravidade do acidente); * Como atenuar os seus efeitos? (prevenção terciária).	* Como é que o indivíduo realiza as suas potencialidades de saúde e responde positivamente às exigências (físicas, biológicas, psicológicas e sociais) de um ambiente em constante mudança?
Tipo de informação predominante	*Quantitativa (exemplo: dados clínicos e epidemiológicos).	*Qualitativa (exemplo: conhecimentos, valores atitudes, comportamentos).
Tipo de Avaliação	*Ênfase nos resultados imediatos.	*Ênfase no processo e “nas boas práticas”.
Estratégias de Acção	* Baseada numa disciplina (unidireccional).	* Baseada em diversas disciplinas (multidireccional e multisectorial).
Actores/ Protagonismo	*Profissionais de Saúde.	* Trabalhadores e seus representantes; * Profissionais de saúde; * Outros, como por exemplo agências públicas e consultores Externos.
Papel funcional predominante	*Especialista.	* Todos: Promotor, prestador, especialista, decisor, agente de mudança, participante.
Conceito de Saúde	* Negativo; * Redutor.	* Positivo; * Multidimensional.
Modelo de Intervenção	*Médico ou clínico; *Orientado para o indivíduo e não para grupos.	* Participativo; * Orientado para o indivíduo, grupos e comunidade.
População	* Grupo de risco (exemplo: grávidas, menores).	* Todos no contexto do seu dia-a-dia profissional e extra – profissional.
Modelo de Decisão	*Racionalista, centrado mais na solução do que nos problemas; *Ênfase na informação.	* Estratégico, sequencial, centrado mais nos problemas do que nas soluções; * Ênfase na negociação e obtenção de consensos.
Resultados Esperados	* Eliminação ou redução dos factores de risco específicos; * Imediato ou a curto prazo; * Cumprimento da legislação.	* Mudanças operadas a nível do indivíduo (saúde, bem-estar, satisfação, conhecimentos, competências) e do seu ambiente físico e psicosocial de trabalho: * A longo prazo; * Análise de custo/benefício e custo/efectividade.

Fonte: Adaptado de MARTINS, M. (2005) - *A Promoção da saúde: percursos e paradigma* in <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/93/1/A%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde.pdf>

Do paralelismo estabelecido, verificamos que cada um dos paradigmas evidencia um pensamento, abordagens, estratégias, ações, questões e resultados diferentes, perspectivando-se os conceitos de ângulos distintos^[6]. Importa salientar que a aceitação do paradigma salutogénico não implica a rejeição do paradigma patogénico^[6], ocorrendo actualmente influência de ambos nas políticas de saúde, com tradução consequentemente nos comportamentos de saúde pessoais e das organizações. Este artigo, centra o enfoque do pensamento dos autores na perspectiva salutogénica da saúde.

PROMOÇÃO DA SAÚDE

A promoção de saúde, de acordo com a Carta de Ottawa, é definida como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar”^[10]. Este conceito tem implícita a noção de empoderar ou capacitar as pessoas para protegerem/controlarem a sua saúde. No que diz respeito à intervenção dos profissionais de saúde, implicará inevitavelmente habilitar os clientes a identificarem as suas necessidades, realizarem e satisfazerem as suas aspirações, e a modificarem ou adaptarem-se ao ambiente onde estão inseridas.

Apraz-nos neste âmbito, reportar ao conceito de saúde mental entendido como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere”^[11].

Determinantes de Saúde Mental

Cada pessoa está sujeita a uma multiplicidade de factores. Os factores biológicos (como os factores genéticos), individuais (como os antecedentes pessoais), familiares e sociais (como o enquadramento social), económicos e ambientais (como o estatuto social ou as condições de vida), inter-relacionados entre si permitem manter em equilíbrio a saúde global e, particularmente a saúde mental das pessoas. No entanto, a ténue fronteira entre a saúde e a doença mental depende da capacidade de adaptação e gestão de todos os factores referidos face a cada vivência pessoal. Neste sentido, poderá afirmar-se que cada pessoa influencia grandemente a sua própria condição mental, condição esquematizada pelo modelo funcional da saúde mental (figura 1)

A descoberta de que a etiologia de diversas doenças tinha origem ambiental e comportamental não sendo unicamente atribuível a microrganismos, trouxe evidência da relação entre o estado de saúde e os comportamentos das pessoas^[6].

Este achado revela a importância da relação dos ambientes em que as pessoas vivem, trabalham, estudam e se divertem com a sua saúde. Neste sentido, a escola enquanto ambiente educativo, mas simultaneamente ambiente de interacção social entre crianças, adolescentes e adultos deve considerar-se como um dos *settings* privilegiados para proteger promover a saúde dos seus elementos.

Esta premissa é consubstanciada no Plano Nacional de Saúde Escolar (2006), que a considera um *setting* relevante na promoção da saúde^[25].

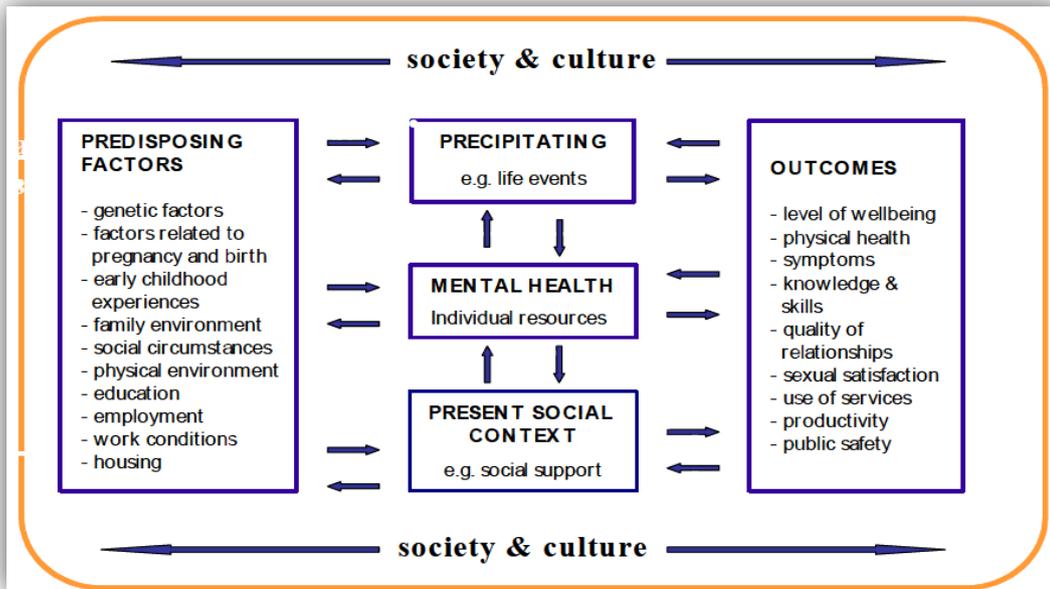


FIGURA 1: Modelo Funcional da Saúde Mental (Livro Verde, 2005)

No entanto, encontram-se alguns fenómenos no ambiente escolar que não são salutares, provocando a vivência de sentimentos de mal-estar não só pelas crianças e adolescentes, como também pelos adultos docentes e não docentes.

Em particular centramo-nos nos fenómenos da indisciplina, comportamento agressivo, *bullying* e violência na escola, contextualizados no âmbito deste artigo em ligação às alterações da saúde das crianças e adolescentes. Estas, como seguidamente explicitamos, sucedem pela ocorrência de perturbação vivida, decorrente das experiências dos alunos nos papéis de vítima, de espectador, ou agressor.

O fenómeno do *bullying* e a sua relação com a saúde

Existem vários conceitos deste fenómeno, não existindo consenso entre autores sobre o mesmo. Adoptamos o conceito de Neto (2003) por considerarmos que para além de clarificar o fenómeno, apresenta no mesmo a vivência de

perturbação e alteração na saúde, assunto que temos vindo a expor. Assim, segundo este autor o *bullying* "compreende todas as formas de atitudes agressivas, intencionais, e repetidas, que ocorrem sem

motivação evidente, adotadas por um ou mais estudantes contra outro(s), causando dor e angústia, e executadas dentro de uma relação desigual de poder."^[7]

Tem sido também designado, numa forma simples, como maus-tratos entre iguais, distinguindo-se esta forma de violência da agressão ocasional, pela sua persistência ao longo do tempo, e pela desigualdade de poder entre os intervenientes (agressor (*bullie*) e vítima (*bullied*), inscrevendo-se numa relação de poder assimétrico (Olweus, 2000: pp. 9-10)^[3].

Podem existir vários tipos de *bullying*.

1) B. Físico – que consiste em atacar fisicamente outra pessoa, roubar e/ou danificar os seus pertences;

2) B. verbal – que consiste em chamar nomes, opor-se com atitude desafiadora, ameaçar;

3) B. indirecto – que consiste em espalhar boatos perjorativos e excluir socialmente as pessoas do seu grupo de pares ou meio (Cerejo, 1999: 133,134)^[3].

Olweus, além dos tipos de *bullying* referidos, classifica mais três tipos: o racial, sexual e o cyber (através do telefone ou internet)^[15].

Alguns estudos revelam que *“as crianças que sofrem de intimidação tendem a ter menos amigos, (...) maior tendência para a depressão, a ter menor auto-estima, sendo susceptíveis a vários problemas de desempenho académico e de saúde”*, sendo que algumas das vítimas chegam a cometer suicídio^[2]. Arora e Thompson (1987), verificaram que as agressões físicas, a extorsão de dinheiro e a destruição de objectos pessoais das vítimas eram as situações mais frequentes de *bullying*, provocando sentimentos de impotência e aumentando a vulnerabilidade das vítimas. Outro estudo realizado pela Universidade de Cambridge (1995) revelou que a prática de *bullying* e o consequente comportamento delinvente estavam directamente associados. Este estudo realizou-se com uma amostra de jovens com idades compreendidas entre os 8 e 10 anos, verificando-se que apresentavam diversos factores de risco susceptíveis de delinquência futura na opinião dos autores, como *“comportamentos anti-sociais na infância, impulsividade, baixos níveis de inteligência e desempenho escolar, criminalidade na família, pobreza e cuidados parentais deficientes”*^[2]. Na sequência dos resultados do estudo, previu-se uma fase de intervenção desenhada para ser implementada no ambiente escolar.

A Saúde Escolar e a Escola Promotora de Saúde

OMS, UNESCO e Oficina Internacional de Educação e da Saúde, recomendam que “a

saúde se deve aprender na escola da mesma forma que todas as outras ciências sociais”^[5]. Sugerem ser integrada transversalmente nos conteúdos curriculares da escola: a educação para a sexualidade, a alimentação saudável, a saúde oral, a saúde mental, entre outros. Defendem que habilitam os alunos a adquirir conhecimentos e comportamentos saudáveis que favorecem o seu desenvolvimento e bem-estar, bem como a prevenção de doenças, capacitando-os a serem responsáveis e activos na sua saúde e estilo de vida em comunidade^[5].

Desta forma, torna-se importante definir projectos e planos de acção eficazes, assim como prever recursos para *“promover a adopção de comportamentos saudáveis ou alteração de condutas prejudiciais”*^[5]. Estes, para serem eficazes, precisam de nascer das necessidades existentes das crianças e adolescentes da escola, assim como da avaliação inicial dos principais factores determinantes dos estilos de vida dos mesmos^[5].

Reforçamos a premissa de que *“os estilos de vida estão relacionados com uma complexa constelação e interacção de factores biológicos, psicológicos, micro e macro sociais e ambientais”*^[5]. Mendoza, Pérez e Foguet (1994) cit. por Gomes (2009) referem que a ocorrência de doença está frequentemente relacionada com as decisões das pessoas sobre o seu estilo de vida. Reflectindo sobre estes aspectos numa perspectiva de promoção para a saúde, Lapa e Matos (2008) referem que *“os jovens são um importante alvo, sendo de prever acções específicas para cenários e idades específicas”*, realçando a importância dos sistemas de ensino na acessibilidade a

programas promotores da adopção de comportamentos de protecção da saúde e estilos de vida saudáveis, facilitando o desenvolvimento pessoal e social dos adolescentes^[4]. A implementação de programas e projectos tem sido bastante defendida pelo referencial das Escolas Promotoras de Saúde (EPS)^[1]. Este, apela a uma filosofia de " *escola que procura constantemente um estilo de vida, de aprendizagem e de trabalho propício ao desenvolvimento da saúde*"^[4], cujo principal objectivo é contribuir para o desenvolvimento da saúde dos alunos e da comunidade onde se inserem, através de estratégias como a participação, *empowerment*, diminuição da desigualdade na distribuição de factores de risco e aprendizagem de competências^[1]. Para tal, segundo OMS (2001; 2005) ^{[1],[5]}, uma Escola Promotora de Saúde deve:

- Empenhar-se em melhorar a saúde dos alunos, professores, famílias e comunidade;
- Promover a saúde e a aprendizagem a partir dos recursos disponíveis;
- Incentivar a uma participação/acção activa da equipa multidisciplinar;
- Fornecer um ambiente saudável, serviços de saúde escolares e paralelamente

elaborar projectos escola/comunidade, programas de promoção de saúde (alimentação saudáveis, higiene oral adequada, educação física...), e programas de apoio social e de saúde mental;

- Implementar políticas e práticas que respeitem o bem-estar da pessoa e a sua dignidade;

Contudo, a construção e implementação de uma EPS não é um processo fácil, existindo diversos factores que complicam a sua construção. Apontam-se: "a *fraca participação do sector da saúde; a ausência de cursos de formação para professores na área da saúde; a falta de tempo dos professores para se dedicarem à implementação de projectos de Educação para a Saúde e o pouco envolvimento dos pais nas tomadas de decisão da escola*"^[5]. Ainda assim, existem cada vez mais escolas que pretendem ser Promotoras de Saúde. Neste âmbito, Navarro (1999) clarifica que as escolas que abraçarem esta filosofia devem desenvolver mudanças nas suas dimensões ^[5] (ver figura 2) começando pela dimensão organizacional.

O elemento comum para o sucesso das EPS` s é a interdisciplinidade, permitindo que a saúde seja um conteúdo transversal, integrado no currículo de cada disciplina.

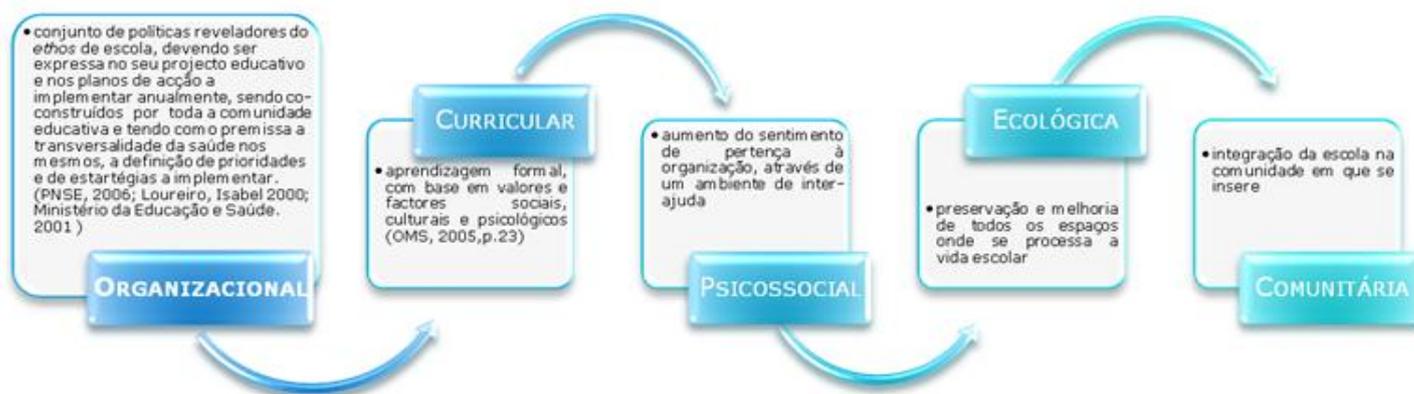


Figura 2: Esquema das Dimensões das Escolas Promotoras de Saúde

Segundo Gomes (2009), a transversalidade exige o envolvimento da maioria da equipa docente, dos professores e uma coordenação entre as diferentes áreas (actualmente possível através do professor coordenador para a saúde nas escolas). Igualmente reivindica a definição dos conteúdos de saúde (atitudes, procedimentos, valores, comportamentos, conceitos, normas) que se considerem relevantes para a população escolar, a reflexão e formação sobre o que significa *ensinar/aprender saúde*, relacionar o que se ensina com os problemas da vida diária dos estudantes e incorporar os conteúdos referidos a valores, atitudes e hábitos [5]. Esta perspectiva deve ser efectivamente complementada pela Educação para a Saúde na Escola, uma vez que na opinião de Sanmarti (1988) citado por Gomes (2009), existem fortes razões para esta poder acontecer, como: 1) dimensão da população-alvo atingida porque todas as crianças a nível nacional passam pelo sistema de ensino; 2) origem dos comportamentos de vida atribuídos à infância é enquanto fase do desenvolvimento, peremptória na construção de hábitos e comportamentos salutareos; 3) potencial e receptividade na aprendizagem e 4) colaboração multidisciplinar na aprendizagem [5].

O FENÓMENO NO CONTEXTO NACIONAL

Considerando os dados referidos anteriormente, e procurando realizar um diagnóstico de situação sobre este fenómeno nas escolas portuguesas, realizámos uma visualização de vídeos "caseiros" disponíveis na *internet*. Nesta pesquisa definimos como critério de busca, vídeos inerentes às palavras-

chaves "violência escolar" e "*cyberbullying*", com mais de 50000 visualizações registadas. Constatámos que nas escolas é cada vez mais frequente a adopção de comportamentos agressivos, físicos, verbais ou não-verbais, na resolução de conflitos; que estas situações para além de expostas em sites de acesso mundial, são bastante visualizadas e, aparentemente são fonte de aprendizagem por outros e de repetição do fenómeno.

INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM NA SAÚDE ESCOLAR

O enfermeiro da equipa de saúde escolar tem um papel fundamental na co-capacitação das crianças e adolescentes na protecção da sua saúde perante vivência de adversidade. A maioria dos estudos sugere ganhos em saúde, através do aumento de competências sociais pelos alunos. Dentro destes, evidência científica enfatiza a aprendizagem de competências de resolução de conflitos e problemas, assim como o treino de comunicação assertiva, como as habilidades mais importantes, com influência na diminuição dos comportamentos agressivos na escola entre pares.

Deste modo, e tendo em conta a intervenção do enfermeiro na escola, questionamo-nos como poderá este profissional promover a aquisição de competências na gestão de conflitos e resolução de problemas. Consideramos que ele pode e deve participar, devendo apresentar uma proposta de intervenção. Esta deve surgir desenhada em resposta às necessidades identificadas pelos alunos e integrada no projeto curricular de escola. E, cumprir a premissa da

interdisciplinariedade, sendo desenvolvida colaborativamente entre os profissionais da saúde, educação e área social.

Parece-nos exequível, neste artigo, apresentar um exemplo de proposta de intervenção que permita a aprendizagem de comportamentos adequados na gestão do conflito vivido, a ser explorada ou desenvolvida em ligação à educação para os valores nas aulas de formação cívica.

Estruturámos esta proposta suportada na teoria de aprendizagem social de Bandura. Este autor explica que as pessoas têm tendência para evitar situações que pensam exceder as suas capacidades julgando-se incapazes de lidar com estas, e evitando envolver-se nelas, disponibilizando-se para enfrentarem outras situações para as quais se julgam capazes de lidar.

Todos estes aspectos estão relacionados com o conceito de auto-eficácia que, segundo Bandura (1977), cit. por Savetti (2007), pode ser definido como "*a crença na habilidade pessoal de desempenhar com sucesso determinadas tarefas ou de apresentar determinados comportamentos para produzir um resultado desejável*" [12].

Assim, é em função do julgamento da auto-eficácia que cada pessoa tem ou não motivação para agir e seguir determinada direcção nas suas acções, visto que antecipa mentalmente o que pode fazer para obter determinados resultados [16].

As crenças de auto-eficácia podem interferir com os mecanismos psicológicos da motivação do aluno, sendo essencial que este treine um aumento da mesma. Para tal, o professor tem um papel fundamental, devendo estabelecer com os seus alunos uma aprendizagem pro-

activa. Deve proporcionar aos mesmos experiências de êxito, transmitir expectativas positivas quanto às suas capacidades, elogiá-los e fazê-los acreditar no seu potencial [16].

Entre várias competências promotoras de auto-eficácia, elegemos as competências comunicacionais e, dentro destas, a comunicação assertiva.

Comunicação Assertiva

Perante os estilos de vida saudáveis adoptados pelos jovens, a assertividade é um estilo de comunicação que pretendemos que os jovens aprendam ao longo da infância e adolescência, visando facilitar as relações com os pares, ter repercussões no seu bem-estar, adequação e integração social.

Assim, a assertividade surge como uma atitude inerente à comunicação humana interpessoal, verbal e não-verbal [14]. Entende-se por assertividade uma atitude de consideração, respeito e defesa de si mesmo e do outro; expressar pensamentos, ideias, e sentimentos, de forma clara e autêntica, aceitando-os como parte representativa de si mesmo e da forma como vê o mundo [14].

Outro autor, CAROCHINHO (2002) [14], centraliza a assertividade em três aspectos: 1) Capacidade de controlar e gerir as próprias emoções na expressão pessoal, de modo a que não influenciem negativamente o desempenho social; 2) Capacidade de realizar uma análise adequada das exigências da situação, para responder-lhe de forma mais apropriada e 3) Pôr ou não em prática determinados comportamentos que se definem como assertivos.

A comunicação assertiva contrasta com outros dois estilos comunicacionais, o estilo não-assertivo/passivo, que integra o comportamento da vítima, e o agressivo que integra o comportamento de *bullying*^[8].

Quando o indivíduo não põe em prática comportamentos assertivos, diz-se que tem défice ou falha ao nível da assertividade, podendo ocorrer dimensões que comprometem o seu desempenho^[14]. Assim, torna-se extremamente importante a promoção de comportamentos assertivos, nomeadamente, na formação inicial e continua de educadores das escolas, bem como a utilização de programas de promoção, como o “*Olá, Obrigado! – Competências sociais e Assertividade*” de P. Moreira (2004), para aplicação em contexto escolar, que comporta materiais especificamente construídos para permitir às crianças, compreender, reconhecer e adquirir competências assertivas^[14]. Desta forma, e em resumo, como futuras profissionais de saúde, consideramos importante a intervenção em meio escolar que fomente a aquisição de competências aos alunos. Defendemos a aprendizagem da comunicação assertiva como uma nova competência facilitadora na relação com os pares, propondo uma intervenção em aula, nomeadamente na Unidade Curricular de Formação Cívica. A proposta de intervenção prevê ser concretizada em quatro aulas, com duração de 45 minutos, cada uma. O capítulo seguinte apresenta, então, a proposta das dinâmicas a realizar com turmas de alunos do 3º ciclo (preferencialmente com turmas dos 7ºs anos).

Exemplo de estrutura da Proposta de Intervenção

Na **primeira aula** propomos:

- Apresentação dos alunos e do enfermeiro, através de uma dinâmica de “quebra-gelo”, facilitadora da relação interpessoal;
- Exposição dos objectivos e das dinâmicas que se irão realizar ao longo de 4 sessões de trabalho;
- Aplicação da escala de avaliação de assertividade (de *Rathus*) em registo de questionário de auto-preenchimento anónimo, a fim de se realizar uma avaliação sistematizada deste fenómeno na turma.

Nota: A avaliação da assertividade dirigida a objectivos mais específicos, pode ser medida através de várias escalas como: a Escala de Assertividade de Wolpe-Lazarus (WLAS, 1966); a Escala de Assertividade de Rathus, traduzida e adequada à população portuguesa por Detry e Castro (1996). E mais recentemente, a Escala de Assertividade para Adolescentes (ASA, Lee, Hallberg, Slemon & Haase, 1985).

Na **segunda aula**, após a análise e interpretação dos dados obtidos no diagnóstico da situação realizado na sessão anterior, a proposta consiste em:

- Convidar os alunos a um desempenho de role-play de uma situação fictícia proposta pelo enfermeiro.

Situação fictícia: Apresentar o seguinte cenário – Esta situação acontece num dos intervalos das aulas, no espaço de recreio da escola. O João (13 anos) estava a falar ao telemóvel, quando à sua frente lhe aparecem o

António (15 anos) e a Inês (14 anos) que lhe pedem o mesmo. O João muito assustado não responde e desliga a chamada. Nesse momento o António tira-lhe o telemóvel da mão e dá-lhe um empurrão, passando o telemóvel à Inês que o guardou. Enquanto a cena se passava, três alunos assistiram a toda a situação sem intervirem;

- Após a dramatização pede-se a cada um dos intervenientes para exporem os sentimentos vivenciados, perante o cenário apresentado;

- Sugerir aos alunos, num registo de participação voluntária, que assumam os papéis dos personagens apresentados e, que repitam a situação, interagindo nos papéis dos personagens do João, do António, da Inês e dos restantes espectadores, trazendo outras

formas de resolução da mesma;

- Explorar a discussão sobre os sentimentos vividos e sobre os diferentes formatos que surgiram, de resolver a situação;
- Pedir aos alunos para escreverem uma reflexão sobre a forma que consideraram mais adequada da resposta de cada uma das

Quadro 2: Paralelismo entre os diferentes Estilos de Comunicação

	Assertivo	Não assertivo/ Passivo	Agressivo
Atitude em relação a si e aos outros e tomada de decisão	* Eu estou bem * Tu estás bem * Toma a sua própria decisão	* Não estou bem * Tu não estás bem * Deixa que os outros escolham por ele	* Não estou bem * Tu não estás bem * Escolhe pelos outros
Comportamento face a problemas e tomada de decisão	Directo, confronto leal	Evita, cede	Absoluto, ataque
Comportamento verbal	Claro, formula de forma clara o que pretende; palavras objectivas; conhece os seus sentimentos	Palavras defensivas, prossegue lentamente; rodeia as questões; não consegue dizer exactamente o que quer	Carga de palavras; acusações; atitude de superioridade, palavras arrogantes, rotular a outra pessoa
Comportamento não-verbal	Mensagem confiante, e congruente	Ação em vez de palavras (não diz o que pensa); incongruência entre palavras e comportamentos	Ar de superioridade; estilo irreverente e sarcástico
Voz	Firme, quente e confiante	Fraca, distante, suave, hesitante	Tensa, estridente, elevada, fria, exigente, autoritária, silêncio frio
Olhos	Calorosos, olhar directo e franco	Desvia o olhar, baixa os olhos, lacrimejantes, implorantes	Inexpressivos, frios, semicerrados, olha de frente
Postura	Relaxada	Parada, curvada	Mãos nas ancas, pés afastados
Mãos	Gestos oportunos	Inquietas, frias e húmidas	Punhos apertados ou dando murros
Padrão de relacionamento	Estar bem-disposto sem por os outros mal dispostos	Está abatido	Fica bem-disposto, abatendo os outros
Resposta aos outros	Respeito mútuo	Desrespeito, culpa, zanga, frustração	Mágoa, defesa, humilhação
Consequências do estilo	* Eu ganho * Tu ganhas; * Luta por soluções “ganhadoras” ou não “perdedoras”	* Eu perco * Tu perdes; * Só obtém sucesso por sorte ou caridade dos outros	* Eu ganho * Tu perdes; * Vence a qualquer preço

Fonte: Adaptado de VAGOS, Paula. *Assertividade e Comportamento Assertivo: a Gestão do Eu, Tu, Nós*. Departamento de Ciências de Educação, Universidade de Aveiro. 2006. Acedido em http://www2.dce.ua.pt/leies/daes/assertividade_Paula_Vagos.pdf

personagens, fundamentando a mesma, e trazer esta reflexão para a próxima sessão.

Na **terceira aula**, propomos:

- Pedir aos alunos, num registo de participação voluntária, que partilhem os principais aspectos das suas reflexões;

- Clarificar as suas sugestões de estratégias de gestão de conflitos e anotar as ideias no quadro;

- Confrontar as estratégias de actuação apresentadas por cada aluno sugerindo a sua análise e consequente desafio em transformá-las no estilo de comunicação e/ou comportamento assertivo. Sustentamos a análise dos estilos de comunicação verbal e não verbal com recurso ao quadro seguinte, reportando para o role-play realizado na sessão anterior e para a interpretação partilhada e discutida pelos alunos, das atitudes de cada personagem.

Na **Quarta aula**, propomos:

- Dar continuidade ao treino de competências, da comunicação e comportamento assertivos;

- Realçar os contributos dos alunos e a apresentação de diferentes estratégias para resolver a situação conflituosa do cenário proposto;

- Elogiar o ganho de competências em comunicação e comportamento assertivo em relação a ser uma aprendizagem salutar na relação com os pares;

- Avaliar a sessão escutando os alunos sobre a pertinência do tema, proposta do cenário, metodologia de *Role-playing* e da partilha, discussão e reflexão sobre as estratégias apresentadas e reformuladas.

CONCLUSÃO

O *bullying* é um fenómeno cada vez mais frequente a nível internacional, europeu e nacional, onde o número de crianças e adolescentes vitimados é cada vez mais preocupante. Consideramos de extrema importância o papel do enfermeiro na escola, num registo de trabalho conjunto com os professores, proporcionando aos alunos uma participação activa no seu processo de promoção de saúde pessoal. Neste trabalho sugerimos o desenho de uma proposta de intervenção visando a aprendizagem efectiva de competências comunicacionais e relacionais, pelos alunos, através da aprendizagem do estilo de comunicação assertiva, na resolução de um conflito encenado.

O enfermeiro na equipa de saúde escolar deveria intervir nas escolas precocemente, ou seja, acompanhar os alunos desde o início do seu percurso escolar, com objectivo fulcral de capacitar os alunos para a protecção da sua saúde mental, uma vez que a vivência de medo, ansiedade e insegurança ocorre quando se sentem ameaçados com estes fenómenos de violência.

A aquisição de comportamentos assertivos permite a abertura de uma nova janela de estratégias promotoras da saúde, podendo ser explicados e treinados na escola, e mobilizados pelos alunos tanto em contexto intra como extra-escolar.

A importância deste trabalho para o grupo, esteve relacionado com a aprendizagem de conhecimentos que nos permitiram estruturar uma proposta de intervenção, passível de ser desenvolvida em contexto de ensino clínico em saúde escolar, adequada à população com maior incidência de casos de violência – os

alunos do terceiro ciclo, sugerindo a continuação da implementação da mesma no futuro. Também com a aprendizagem de apresentar o trabalho em formato de artigo e de aprofundarmos um tema no âmbito da promoção da saúde mental em contexto escolar. Terminamos, deixando um pensamento que consideramos chave, apelando à adoção de uma atitude assertiva.

"A violência, seja qual for a maneira como ela se manifesta, é sempre uma derrota"^[21]

(Jean-Paul Sartre *in* *Situações III*)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] CLIFT, S. ; JENSEN, B. (2005) – *The Health Promoting School: International Advances in Theory, Evaluation and Practice*, Copenhagen: Danish University of Education Press. ISBN: 87-7684-012-3 *in* http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/11117/E90358.pdf (acedido dia 12.11.10; 00h44)
- [2] DEBARBIEUX, É. ; BLAYA, C (2002) – *Violência nas Escolas: dez abordagens europeias*, capítulo 10, Brasília: UNESCO. ISBN: 85-87853-64-3, pp.247-253.
- [3] FREIRE, I.; Simão, A.; Ferreira, A. (2006) - *O estudo da violência entre pares no 3º ciclo do ensino básico — um questionário aferido para a população escolar portuguesa*. Revista Portuguesa de Educação, 19(2), pp. 157-183. Universidade do Minho, Universidade de Lisboa, Portugal *in* <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rpe/v19n2/v19n2a08.pdf> (acedido dia 01.12.2010, pelas 12h)
- [4] GASPAR, M. (2008) – *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola*, 4ªed, Lisboa: FMH Edições. ISBN: 972-735-118-2 *in* http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Comunicacao.Gestao.de.conflitos.e.Saude_2005R.pdf (acedido dia 10.11.10; 15h48)
- [5] GOMES, J. (2009) - *As Escolas Promotoras de Saúde: uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar*, artigo publicado pela Revista Educação, vol. 32, n. 1, p. 84-91 *in* <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/848/84812709012.pdf> (acedido dia 07.11.10; 01h54)
- [6] MARTINS, M. (2005) - *A Promoção da saúde: percursos e paradigma* *in* <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/93/1/A%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde.pdf> (Acedido no dia 01.12.2010 pelas 13h15)
- [7] NETO, A.; FILHO, L.; SAAVEDRA, L. (s.a.) - *Programa de redução de comportamentos agressivos entre*

estudantes *in* <http://www.observatoriodainfancia.com.br/IMG/pdf/doc-154.pdf> (acedido dia 01.12.2010 pelas 12h35)

- [8] RILEY, J. (2004) - *Comunicação em Enfermagem*, 4ª ed, Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-81-9
- [9] RUIZ, R. (s.a.) - *Intervención educativa: El Proyecto Sevilla Anti-Violencia Escolar. Cuadernos de Pedagogía*, Nº 270. Junho *in* http://www.elkarrekin.org/files/pub/Proyecto_Sevilla_Anti-violencia_escolarCP270_p60.pdf (acedido no dia 01.12.2010 pelas 13h)
- [10] s.a (1986) - *Carta de Ottawa*; Ottawa: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde *in* <http://www.dgs.pt/>
- [11] s.a (2005) - *LIVRO VERDE - Melhorar a saúde mental da população - Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*; Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias *in* <http://www.dgs.pt/>
- [12] SAVETTI, M. *et al.* (2007) - *Auto-eficácia e sintomas depressivos em doentes com dor crónica*. Artigo publicado na *Revista Psiquiatria Clínica* 34 (3); 111-117
- [13] TEIXEIRA; J. (2004) - *Como poderemos fazer Psiquiatria Preventiva*; artigo publicado em *Editorial*, vol. VI, n.6, p.7-8 *in* http://www.saude-mental.net/pdf/vol6_rev6_editorial.pdf
- [14] VAGOS, P. (2006) - *Assertividade e Comportamento Assertivo: a Gestão do Eu, Tu, Nós*, artigo publicado pelo Departamento de Ciências de Educação: Universidade de Aveiro *in* http://www2.dce.ua.pt/leies/daes/assertividade_Paula_Vago_s.pdf
- REFERÊNCIAS ELETRÓNICAS**
- [15] <http://www.olweus.org/public/bullying.page> (Acedido no dia 01.12.2010 pelas 13h25)
- [16] <http://des.emory.edu/mfp/Bzuneck2.pdf> (Acedido no dia 1.12.2010, pelas 22h30)
- [17] http://cie.fc.ul.pt/membrosCIE/feliciano_veiga/Textos%202/Texto%207.pdf (Acedido no dia 02.12.10, pelas 02h38)
- [18] http://aaa.fpce.ul.pt/documentos/seminario_bullying/Resumo_Ana_Tomas_de_Almeida.pdf (Acedido no dia 02.12.10, pelas 03h06)
- [19] http://www.min-edu.pt/np3content/?newsId=5263&fileName=relatorio_esc_olaSegura_2008_2009.pdf (Acedido dia 02.12.10, pelas 02h01)
- [20] <http://pt.shvoong.com/social-sciences/education/206688-viol%C3%A2ncia-nas-escolas/> (Acedido dia 02.12.10; 02h38)
- [21] <http://www.citador.pt/citacoes.php?cit=1&op=8&theme=282&firstrec=0> (Acedido no dia 15.12.10, pelas 20h03)
- [22] <http://www.cmjournal.xl.pt/detalhe/noticias/nacional/ensino/violencia-escolar-e-crime-publico> (Acedido no dia 01.12.2010; 02h14)
- [23] http://www.unicef.org/publications/files/Machel_Study_10_Year_Strategic_Review_EN_030909.pdf (Acedido no dia 01.12.2010; 02h00)

Infância e Determinantes de Saúde: Educação para uma alimentação saudável

Ana Rita Silva - Inês Costa -
Magda Folgado - Soraia Alves

RESUMO: A obesidade infantil constitui um problema de saúde infantil portuguesa visto que existem cerca de 31,5% de crianças com excesso de peso com idades compreendidas entre 7 e 9 anos, dos quais 11% se consideram obesos. A Educação para a Saúde terá como finalidades a realização do ensino a todas as crianças com o objectivo de manter o seu corpo/organismo saudável. Assim sendo, o enfermeiro tem um papel importante na prevenção e promoção de uma alimentação saudável na infância, sobretudo a nível escolar, mas nunca descurando o nível socioeconómico e sociocultural em que esta se insere. Uma boa nutrição na infância irá evitar problemas como a anemia, obesidade, atrasos no crescimento, malnutrição e crises dentárias.

PALAVRAS-CHAVE: Alimentação saudável, Alimentação da criança, Saúde Escolar, Educação para a Saúde, obesidade infantil.

ABSTRACT: Childhood obesity is a problem in child health Portuguese seen that there are about 31,5% of over height children between 7 and 9 years old with 11% are considered obese. Education for health will be carrying out the purposes of education to all children in order to keep their body health. Nurses have an important role in prevention and promotion of health eating in childhood, especially at

school, never neglecting the socioeconomic and culture space with the child is in. Good nutrition in childhood will present problems such as anemia, obesity, stunted growth, malnutrition and dental crises.

KEYWORDS: Healthy eating, Food in the child, School health, Health education, Childhood obesity.

INTRODUÇÃO

A Educação para a Saúde e todas as actividades que a envolvem devem ter em consideração os valores e crenças de todos os indivíduos que dela participam, assim como ser desenvolvida localmente, ser aberta à inspecção pública e à aprovação dos pais. Por outro lado deve conter ensinamentos que reforcem o bem-estar em geral e a saúde de todos os indivíduos [5] e contribua para modificar os determinantes de saúde, a fim de que esta possa ser progressivamente garantida. Entende-se como determinantes de saúde, todos os factores que influenciam a saúde das pessoas e comunidades, sendo eles, os factores sociais, económicos, sanitários, geográficos, políticos, demográficos e culturais [9].

Como tal, a alimentação é um dos determinantes sociais que mais afecta a saúde sendo um facto cada vez mais precoce na população infantil, cuja alimentação numa fase inicial, se torna importante para o crescimento e desenvolvimento da criança e para o estabelecimento de hábitos alimentares eficazes que promovam a saúde da "criança" a longo prazo [7]. Assim, existe a necessidade de saber escolher os alimentos de forma e quantidade adequadas diariamente. Desta forma, este artigo pretende: desenvolver atitudes positivas face aos alimentos e à

alimentação; encorajar a aceitação da necessidade de uma alimentação saudável e diversificada; promover o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis assim como a compreensão da relação entre a alimentação e a saúde.

ALIMENTAÇÃO

Ao longo dos tempos, a alimentação tem sido alvo de preocupação da Humanidade uma vez que o *“desenvolvimento das civilizações tem estado intimamente ligado à forma como o indivíduo se alimenta”* [3].

Existem estudos que verificam que as crianças ainda não têm totalmente desenvolvida a capacidade de escolher os alimentos de acordo com o seu teor nutricional, escolhendo-os a partir do que observam, experimentam ou aprendem sobre hábitos alimentares [3]. Os factores socioculturais e económicos também exercem a sua influência, na medida em que, os hábitos gastronómicos, nomeadamente a escolha e confecção dos alimentos, se tornam específicos de cada cultura e estrato social a que pertence e das condições de acesso a determinados alimentos.

Quanto aos factores psicossociais, estes influenciam a aceitação e a rejeição dos alimentos, que podem ser classificados pelas sugestões sensoriais (gosto bom, mau, ausente), consequências de comer determinado alimento (benéfico, perigoso), factores ideais (pela utilidade do alimento, apropriado ou inapropriado, aparência, higiene), que influenciam na escolha dos alimentos [8].

“Actualmente, convivemos com uma cultura alimentar em que encontramos os exageros

gastronómicos ou o excesso, ao mesmo tempo que a restrição do alimento, seja por pressão social, modismo pela magreza, ou a indisponibilidade económica de alguns grupos sociais, o que pode vir a acarretar deficiências nutricionais” [8].

Segundo MAGALHÃES (2008), hoje é cada vez mais visível o aumento da taxa de obesidade infantil em Portugal (31,5% de crianças acima do peso com idades compreendidas entre 7 e 9 anos, dos quais 11% se consideram obesos [10]), sendo que as maiores causas se encontram na adopção de estilos de vida sedentários, no comodismo do *fast-food* e no acesso contínuo de publicidade televisiva [3]. Porém, note-se que a educação alimentar está integrada nos programas dos diferentes ciclos de ensino primário, no Sistema Educativo Português. [1].

NECESSIDADES NUTRICIONAIS DA CRIANÇA

As necessidades nutricionais da criança dependem da idade, género, peso/altura, grau de desenvolvimento psico-afectivo e actividade física desenvolvida.

Desta forma, todos os grupos alimentares contribuem com nutrientes indispensáveis ao organismo: proteínas na carne, peixe, ovos e mariscos; gorduras no ácido oleico e no azeite (ácidos gordos); vitaminas e sais minerais nos cinco grupos (micronutrientes); fibras alimentares na fruta e vegetais [3]. *“A alimentação da criança deverá ser variada e integrar alimentos que proporcionem os nutrimentos necessários em proporção e quantidade adequada”* [3].

Neste sentido, é necessário empoderar/capacitar (*empowerment*) a criança para atingir estes objectivos, sendo que a melhor estratégia é a educação alimentar precoce, nomeadamente no âmbito escolar pois é um ambiente promotor da aprendizagem da criança.

A educação alimentar na escola é alvo de diversas vertentes (informativa, educativa), reforçando à alteração dos hábitos, motivando à adopção dos mesmos e existindo coerência entre os princípios, a oferta alimentar e o exemplo dos professores e pais, a fim de cumprir as recomendações nacionais e internacionais [1]. Porém, é um processo de longa duração, onde a renitência à mudança dos hábitos alimentares na sociedade é um factor dificultador [3].

DISTRIBUIÇÃO DAS REFEIÇÕES

É importante que a alimentação da criança seja adaptada às necessidades da mesma devendo respeitar as proporções da roda dos alimentos.

Logo, as refeições devem:

- Ser 5 a 6 diárias, com intervalos regulares;
- Incluir legumes, vegetais, frutas, leite, cereais e pão;
- Moderar o consumo de carne, sobretudo vermelhas e retirar as gorduras visíveis;
- Preferir o consumo de peixe, uma vez por dia se possível;
- Reduzir sal, gorduras (usar preferencialmente azeite) e açúcar na confecção e tempero
- Incentivar uma alimentação variada e optar pelos alimentos da época

É importante referir que a refeição mais importante para a criança é o pequeno-almoço, nunca devendo ser desvalorizada [1]

O que acontece nas escolas é que a confecção dos alimentos não é a mais adequada, prevalecendo as batatas fritas, salsichas, hambúrgueres, enlatados, doces, pelo que o enfermeiro tem um papel fundamental de mudança destas rotinas, a nível da prevenção e educação para uma alimentação saudável na escola, tanto das crianças como dos próprios encarregados de educação, professores e cozinheiras, visando o bem-estar das crianças e da família.

É necessário que estejam esclarecidos sobre qual o tipo de alimentos que, de acordo com o seu valor nutricional, deve ser ou não promovido e qual o tipo alimentos que não deve ser disponibilizado em meio escolar [1]

As escolas constituem *“uma excelente oportunidade de contactar com diferentes estilos e métodos culinários, (...) como um estímulo para o enraizamento de hábitos alimentares saudáveis e para a não rejeição de alimentos”* [3], não deixando de ter em conta algumas situações mais carenciadas e determinadas patologias crónicas (obesidade, atraso de crescimento, diabetes, entre outros) que devem ser avaliadas, discutidas e acompanhadas em particular pelo enfermeiro em articulação com outros profissionais (médico, nutricionista, psicólogo, professores, ...).

IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Educação para a Saúde tem como finalidades: realizar ensino a todas as crianças sobre como manter o seu corpo/organismo saudável, iniciá-las a terem hábitos de vida saudável durante

toda a sua vida e a passarem esses valores aos pais e outros familiares e como usar o sistema de saúde de forma correcta e eficaz^[5].

Torna-se importante, como enfermeiro, ter um papel na prevenção e promoção de uma alimentação saudável na infância, sobretudo a nível escolar, na medida em que esta permite o crescimento e desenvolvimento normal da criança como também previne problemas de saúde como a anemia, atrasos de crescimento, malnutrição, obesidade ou cáries dentárias.

Desta forma e segundo OPPERMAN & CASSANDRA (2001), o enfermeiro em meio escolar, utilizando uma linguagem e atitude adequadas à criança e ao seu estadio de desenvolvimento, deve:

- Facilitar o domínio de competências à criança, para que esta alcance a indústria e não a inferioridade;
- Encorajar as crianças a participar nos seus próprios cuidados;
- Escutar as suas questões e explicações;
- Ensinar o que deve esperar e envolvê-las nas escolhas, oferecendo apenas as escolhas aceitáveis, a fim de que, qualquer que seja a sua escolha, possa ser proporcionada;
- Escolher cuidadosamente as palavras, conhecendo a compreensão literal da criança;
- Esperar que a criança seja colaborante e siga as indicações;
- Elogiar as crianças pelo auto-cuidado e por seguirem as indicações;
- Proporcionar privacidade;
- Proporcionar uma oportunidade para falar de hábitos de vida saudáveis;

- Dar uma explicação dos procedimentos e das oportunidades para manusear o equipamento necessário;
- Manter, na medida do possível, uma rotina diária;
- Estabelecer comunicação;
- Manter os pais junto da criança;
- Apoiar os comportamentos de *coping* (estratégias para superar as crises) bem sucedidos.

Contudo, apesar de hoje em dia os pais se focarem mais na quantidade que na qualidade^[8], “o papel da família na alimentação e na educação alimentar das crianças (...) é (...) inquestionável^[3], na medida em que são os primeiros a transmitir conhecimentos, condutas e hábitos^[1], mas é na escola onde se pode reunir um maior conjunto de condições favoráveis a esse fim, quer de aprendizagem quer de complementaridade com o papel familiar (por vezes, é a única oportunidade de ensino).^[2]

CONCLUSÃO

A Educação para a Saúde deve conter em si ensinamentos que reforcem o bem-estar geral e a saúde de todos os indivíduos. Esta serve também para modificar os determinantes de saúde com a finalidade de o equilíbrio ser garantido.

A alimentação saudável é um aspecto importante na saúde infantil visto prevenir problemas como a malnutrição, atrasos de crescimento, obesidade, entre outros.

Sendo a obesidade um factor cada vez mais predominante na população infantil portuguesa é essencial que o enfermeiro intervenha nas escolas com a finalidade de promover uma alimentação saudável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] BAPTISTA, M. *et all* (2006) – *Educação Alimentar em Meio Escolar: Referencial para uma oferta alimentar saudável*, Lisboa: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. ISBN: 978-972-742-243-2 in http://www.drelvt.min-edu.pt/accao_social_escolar/livro-educacao-alimentar-em-meio-escolar.pdf
- [10] FROTA, A. (2007) - *Obesidade. Uma doença crónica ainda desconhecida*, Lisboa: Direcção-Geral de Saúde in <http://www.scribd.com/doc/3875056/Obesidadeuma-doenca-cronica-ainda-desconhecida>
- [2] HANSON, S. (2004) – *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. Loures: Lusociência, 2ªed. ISBN: 978-972-8383-83-1
- [3] NUNES, E. ; BREDÁ, J. (s.a.) – *Manual para uma alimentação saudável em jardins de infância*, Lisboa: Direcção-Geral de Saúde. ISBN: 972-9425-94-9 in <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005536.pdf>
- [4] OPPERMAN, C.; CASSANDRA, K. (2001) – *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*, Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8383-19-0
- [5] STANHOPE, M.; LANCASTER, J. (1999) – *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Lisboa: Lusociência, 4ªed. ISBN: 972-8383-05-3

REFERÊNCIAS ELECTRÓNICAS

- [6]<http://obs.obercom.pt/index.php/obs/article/view/Article/110> (21-10-10; 00:13h)
- [7]http://www.ufjf.br/revistalibertad/files/2010/01/artigo02_1.pdf (29-10-10; 18:48h)
- [8]<http://www.fag.edu.br/professores/fabiana/Est%201gio%20ESCOLA/Desenvolvimento%20do%20comportamneto%20alimentar%20infantil.pdf> (29-10-10; 19:34h)

PAPEL DA TELEVISÃO NO CRESCER DA CRIANÇA

Alexandra Bernardo, Inês Henriques, Joana Santos,
Mariana Santos e Miriam Cardoso

Resumo

O presente artigo de revisão tem como principal objectivo explorar o papel da televisão no desenvolvimento da criança. Desta forma, iniciamos o artigo com uma pequena contextualização sobre o que são os “mass media”, nos quais a televisão está inserida, de forma a facilitar a compreensão de todo o artigo. No decurso deste artigo de revisão iremos dar a conhecer, então, a opinião de diversos autores sobre a forma como a televisão poderá ou não influenciar o crescer das crianças, nomeadamente em termos de comportamento, do desenvolvimento das suas capacidades sociais e das suas capacidades cognitivas. Numa última etapa é abordado o papel do Enfermeiro nesta problemática, quer junto da criança, quer junto da sua família/educadores e as condutas que poderão ser adoptadas para combater as repercussões que a televisão poderá ter na construção das crianças.

Palavras-Chave: Criança; Enfermagem; “Mass Media”; Pais; Televisão.

Abstract

The present article has as its main goal to explore the TV role in children development.

Thus, we began the article with a little background about what are the mass media, in which the TV is inserted, in order to easily understand the whole article. During this review article we will present you the opinion of several authors about the way television may or may not affect children grow, particularly in terms of behavior, social skills development and cognitive abilities. In a last stage we will present the Nurse role in this problem, either next to the child or next to their family/educators, and behaviors that could be adopted to fight the repercussions of the effects that television can have in children development

Key-words: Children; Nursing; Mass Media; Parents; Television.

O termo "mass media" ou meios de comunicação de massa é uma expressão correntemente usada, mas o que realmente quer dizer "mass media"?

"Mass media" é uma palavra inglesa que significa intermediário ou suporte de massas. Os "mass media" são ao mesmo tempo canais de difusão e meios de expressão que se dirigem não a um indivíduo personalizado mas a um "público-alvo" definido por características socioeconómicas e culturais, em que todos os receptores são anónimos. O telefone não entra na categoria dos "mass media", o cinema, a rádio, a televisão, a imprensa, o livro (com algumas reservas), a publicidade mural são "mass media". O teatro, na sua forma social corrente, é-o sob fortes reservas: não existe nele um carácter de amplificação devido ao

medium em si, nem ao anonimato do público-alvo (MOREIRA E PIMENTA, 2000).

Desde a invenção da escrita e, muito mais tarde, da imprensa, passando pelo cinema, rádio ou a banda desenhada, todos os novos processos, veículos e tecnologias de comunicação foram vistos como ameaças potenciais ou reais à socialização dos mais novos (PINTO, 2000: 17).

Neste sentido, é essencial que o Enfermeiro esteja atento para esta realidade e saiba identificar as repercussões que a televisão tem no desenvolvimento das crianças.

Além do elemento meio ambiente que condiciona e alimenta o desenvolvimento geral da criança, os "media" são igualmente mediadores de outras realidades, uma espécie de espelhos multifacetados em que o real e o imaginário se vêm reflectir e refractar em formas diversificadíssimas assim tornadas disponíveis à percepção humana. E é precisamente nestes dois registos que se pode tomar os "media" como agências de socialização da infância: enquanto elementos do meio ambiente e enquanto mediadores de outras realidades (PINTO, 2000: 34).

Ver televisão, na nossa perspectiva, está também longe de ser uma actividade linear e simples, estereotipada na imagem, consagrada pelo senso comum, da criança colada e seduzida (alienada) pelo ecrã. Assim, um dos pontos que considerámos à partida consiste na probabilidade da existência de modalidades e forma diferenciadas de uso da TV. Admitimos, igualmente, a hipótese de que essas diferentes modalidades possam ser, de algum modo, influenciadas pelo status demográfico e pela posição social dos actores. Averiguando designadamente em que medida o tempo (que

todas as observações empíricas indicam ser significativo) passado a ver televisão induz a inactividade ou a passividade das crianças ou é, antes, ou também, sintoma de problemas de outra natureza (PINTO, 2000: 35).

A preocupação com o que a televisão faz às crianças deve ser substituída pela preocupação com o que as crianças fazem com a televisão (PINTO, 2000: 36).

Os meios de comunicação em massa tornam visíveis e permitem o acesso a ambientes e situações com os quais, de outra forma, o indivíduo de modo geral dificilmente poderia esperar tomar contacto (PINTO, 2000: 44).

Tanto a pesquisa como a própria evidência empírica dão conta do facto de as crianças começarem a ver TV cada vez mais cedo, dominarem com mestria o controlo do aparelho desde tenra idade e consumirem com interesse programas não apenas a elas especificamente destinados, mas igualmente dirigidos ao público em geral, e designadamente aos adultos (PINTO, 2000: 71).

Nos nossos dias observa-se uma diluição das fronteiras entre adultos e crianças, expressa nomeadamente no vestuário, nos jogos, nos comportamentos sociais, no tipo de crimes, nas atitudes e na linguagem (PINTO, 2000: 78).

A noção de aprendizagem, de gradualidade na descoberta dos segredos da vida, o conceito de pudor, de mistério e de iniciação, bem como o esforço na procura de respostas às questões do mundo e da vida – tudo isto desaparece no novo cenário de “portas escancaradas”, proporcionado pela televisão e, em geral, pelos “media” electrónicos (PINTO, 2000: 78).

A televisão é um importante canal de transmissão das atitudes culturais acerca do

género. A teoria da aprendizagem social prediz que as crianças que vêem muita televisão terão um nível mais elevado de tipificação de género devido à imitação dos modelos que vêem no ecrã (PAPALIA et al., 2001: 364).

Os pais são, porém, fortemente zuzidos, por utilizarem a TV como baby-sitter, como solução fácil para ficarem sossegados ou poderem entregar-se às suas ocupações e interesses, uma prática que implica, porém, a diminuição ou supressão da convivência e da interacção necessárias à normal socialização da criança (PINTO, 2000: 79).

Os programas televisivos podem fornecer à família temas de conversação, mas também podem esterilizá-la por meio de uma passividade geral perante o ecrã (PEPIN, 1979: 163).

À medida que a televisão se integrava na vida familiar e construía a sua audiência, de modo especial entre os mais novos, ia adquirindo visibilidade social uma lista crescente de problemas com as crianças, cujas causas eram atribuídas à televisão: malefícios físicos (inactividade, redução do tempo de sono, deterioração da acuidade visual); sociocognitivos (insucesso escolar, decréscimo da prática da leitura, redução da interacção social); e morais (diluição dos valores tradicionais, influência das cenas de violência e sexo nos comportamentos e nas relações entre gerações) (PINTO, 2000: 124).

Os primeiros projectos em grande escala explicitamente concebidos para encontrar respostas a este rol de queixas, através da pesquisa cientificamente orientada, desenvolvem-se na segunda metade dos anos 50, no Reino Unido (Himmelweit et al., 1958) e

nos Estados Unidos (W. Schramm et al., 1961) (PINTO, 2000: 125).

Para algumas crianças e em determinadas condições, certa televisão é prejudicial. Para outras crianças nas mesmas condições ou para as mesmas crianças noutras condições, pode ser benéfica. Para grande parte das crianças, na maioria das condições, a maior parte da televisão não é, provavelmente, nem especialmente prejudicial nem especialmente benéfica. Os efeitos da exposição à TV verificam-se em cada um dos vários campos, mas não num grau tal que origine mudanças fundamentais nas crianças. A televisão não é tão negra como a pintam, nem é tão-pouco o grande arauto da cultura e das luzes que os seus entusiastas reivindicam para ela (PINTO, 2000: 125).

A televisão parece acelerar a maturação e, pelo choque que se produz entre o sujeito e o objecto, desenvolve o espírito crítico cada vez mais apurado nas crianças dos meios socioculturais favorecidos, enquanto as outras continuam submetidas aos gostos da massa (PEPIN, 1979: 168).

Os resultados destes estudos, nomeadamente quanto à sua matéria substantiva, apresentam, hoje, um significado de natureza sobretudo histórica, dadas as alterações entretanto verificadas quer na vida social quer no sistema mediático e nas características da televisão (PINTO, 2000: 125).

No estudo sobre a relação crianças-televisão, há, por conseguinte, que considerar não apenas o factor "crianças" e o factor "televisão", mas igualmente os contextos socioculturais em que ocorre a interacção entre

os dois pólos do binómio considerado (PINTO, 2000: 126).

A preocupação de Bandura com os efeitos modeladores da violência televisiva remonta aos princípios dos anos 60. São conhecidas as suas experiências laboratoriais com crianças pequenas, às quais era mostrado um pequeno filme de conteúdo agressivo e observado, de seguida, o seu comportamento, num outro ambiente experimental em que havia sido colocada uma réplica do boneco que elas haviam visto a ser agredido por adultos no referido filme. Do facto de ocorrerem, nas circunstâncias referidas, comportamentos de imitação dos actos agressivos praticados pelos adultos é inferida a comprovação do efeito da violência televisiva no comportamento (PINTO, 2000: 129). Segundo outro autor, as cenas de violência representadas facilitam a passagem ao acto e, portanto, a delinquência (PEPIN, 1979: 156).

As crianças que não observam modelos agressivos na vida real, muitas vezes observam-nos na violência da TV. De facto, a investigação sugere que as crianças são mais influenciadas pelos modelos filmados de televisão do que pelos modelos apresentados ao vivo. As crianças do período pré-escolar vêm em média 3 horas de televisão por dia. Um estudo canadiano verificou que 28 a 40% das crianças entre os 3 e os 10 anos vêm programas de televisão violentos (PAPALIA et al., 2001: 378).

A investigação realizada desde os anos 50 mostra que as crianças que vêm violência na televisão se comportam de forma mais agressiva. Isto é verdade em vários locais geográficos e níveis socioeconómicos, tanto

para os rapazes como para as raparigas, tanto para as crianças normais como para aquelas que têm problemas emocionais. Estas correlações não provam, evidentemente, que ver violência na televisão causa a agressão, apesar de os resultados o sugerirem fortemente. É possível que as crianças já predispostas para a agressão possam ver mais programas violentos e se possam tornar mais agressivas depois de ver a violência no ecrã (PAPALIA et al., 2001: 378).

Todavia, os resultados de vasta série de investigações, incluindo estudos experimentais e longitudinais, apoiam a relação causal entre ver violência na televisão e agir agressivamente. Além disso, a influência da violência vista na televisão pode durar anos (PAPALIA et al., 2001: 378).

São apresentadas duas hipóteses sobre a forma como a violência vista na televisão torna as crianças mais agressivas: um mecanismo é o guião comportamental, que converte as imagens televisivas em guias para o comportamento. O outro mecanismo é a prontidão cognitiva. Ver a violência na televisão pode estimular as associações com ideias e emoções agressivas. Estas associações são recuperadas quando a criança está frustrada, é atacada, está com dores ou sob *stress*, e elas aprontam ou preparam a criança para responder agressivamente (PAPALIA et al., 2001: 378).

Outra explicação é a seguinte: quando as crianças vêem televisão, absorvem os valores implícitos e são levadas a ver a agressão e a infracção à lei como um comportamento aceitável. As crianças que vêem tanto os heróis como os vilões na televisão a conseguir o que

querem através da violência, podem tornar-se menos sensíveis à dor que resulta da agressão existente na vida real. Podem, por exemplo, não conseguir proteger a vítima de um agressor. Também são mais susceptíveis de quebrar as regras e menos susceptíveis de cooperar para resolver as diferenças (PAPALIA, et al., 2001: 379).

Os programas educativos na televisão podem ajudar a preparar as crianças para a literacia, especialmente se os pais falarem com elas acerca do que vêem (PAPALIA et al., 2001: 342). O caso do programa Rua Sésamo assume um carácter emblemático. Foi concebido para intervir, de forma motivadora, no desenvolvimento de competências e de conhecimentos de crianças em idade pré-escolar, com o objectivo de atenuar, por essa via, as disparidades socioculturais. Tirando partido dos recursos técnicos e dos diferentes géneros televisivos, procurou romper com a dicotomia entre as dimensões recreativa e educacional, mediante a adopção da filosofia de que é possível "aprender de forma divertida". As diversas avaliações efectuadas convergem no reconhecimento dos efeitos positivos do programa na aprendizagem, especialmente para os telespectadores mais assíduos (PINTO, 2000: 138).

Sabe-se que as crianças começam a ver TV cada vez mais cedo, e com dois anos são normalmente capazes de ligar o receptor. Porém, a partir da entrada na adolescência, com a crescente autonomização face aos pais, o consumo baixa substancialmente (PINTO, 2000: 144).

A existência e facilidade de acesso a equipamentos culturais e, por conseguinte, a alternativas atraentes de ocupação do tempo

são consideradas um factor relevante no consumo. Uma das condições para o consumo televisivo reside, obviamente, na disponibilidade individual. Relativamente às crianças, os tempos disponíveis articulam-se ainda com os estilos de educação, o tipo de família, o turno das aulas e o grau de articulação entre os respectivos horários e os dos pais (PINTO, 2000: 145).

De facto, não existem crianças "expostas" às televisões. A vida quotidiana das crianças não ocorre num vácuo social: elas têm pais e/ou outros adultos com quem interagem no dia-a-dia; têm irmãos ou amigos, colegas e vizinhos; além disso, inserem-se em quadros de relações sociais, de forma mais ou menos intensa, que começam por se circunscrever à família, mas que se vão progressivamente alargando às relações de vizinhança, às instituições educativas, etc. Nesse alargar de horizontes e nesse processo de compreensão de si próprias e do mundo em que vivem, as crianças encontram certamente na televisão um ponto de referência importante e, provavelmente, tão mais importante quanto mais débil for a densidade e a diversidade das suas interacções sociais e mais diminutas as alternativas de ocupação do tempo, menos competitivas e desigualmente motivadores (PINTO, 2000: 160).

Um estudo realizado pela empresa "Zero a oito" conclui que, das cerca de doze horas que as crianças portuguesas passam acordadas por dia, mais de cinco são ocupadas em contacto com os "media" (D'OREY, 2009). Desta forma, o Enfermeiro surge também como um elemento importante neste factor, ao desempenhar um papel activo de forma a combater estes números.

Neste sentido, os profissionais de saúde devem actuar junto das crianças e dos seus familiares, uma vez que é frequente verificarem-se comportamentos de evitação e distanciamento por parte dos últimos, aquando da abordagem de assuntos como a sexualidade, drogas, violência, entre outros que, no fundo, acabam por ser esclarecidos, bem ou mal, pelos meios de comunicação.

Desta forma, os pais/educadores devem desenvolver técnicas de comunicação e diálogo com as crianças e jovens, estabelecer limites nas horas que estes dedicam a ver televisão e no tipo de programas que vêem. Neste processo, o Enfermeiro deverá sublinhar que estas regras devem ser negociadas em conjunto com as crianças, promovendo um clima de confiança propício ao desenvolvimento do pensamento crítico e lembrar a família/educadores que a televisão não os substitui, pois quando a criança ou jovem estiver sozinha, o mais provável é que escolha, por si, os programas a que vai assistir (ROEHRS, et al., 2007: 117; CARMONA, et al., 1996: 111).

Cabe ao Enfermeiro, e ao importante papel que este desempenha junto da sociedade, desenvolver campanhas de sensibilização quer junto das crianças, por exemplo, no seu contexto escolar, quer também junto dos pais, encarregados de educação e professores.

Durante estas campanhas de sensibilização é importante que o Enfermeiro destaque a relevância que os tempos passados em família têm no processo de vinculação, no desenvolvimento da personalidade das crianças e na aquisição de competências para a resolução de problemas ligados ao mundo físico e social (PEDRO, 2005: 13).

Se o Enfermeiro estiver desperto para estes factores será capaz de desenvolver um conjunto de estratégias adequadas com o intuito de sensibilizar não só as crianças, mas também as suas famílias, em relação às repercussões que a televisão poderá ter na construção das crianças.

Conclusão

Ao longo do tempo, os "media" têm condicionado o desenvolvimento geral da criança, fornecendo-lhe de igual modo a visão de outras realidades.

Apesar dos malefícios que a televisão e outros meios de comunicação apresentam, esta ostenta vantagens como o desenvolvimento de espírito crítico e aceleração da maturação.

Cabe aos pais/educadores "negociarem" com os seus filhos esta problemática, existindo para além de um controlo uma articulação entre ambas as partes. Neste sentido, o Enfermeiro assume um papel activo ao nível da promoção do uso correcto dos "media" quer junto da família, quer junto da criança.

Referências Bibliográficas

- ✓ BAUDRILLARD, J. *A sociedade de consumo*. Lisboa: Edições 70, 1995. ISBN: 972-44-0776-4;
- ✓ CARMONA, B. et al. *Televisão e infância. Comunicação & Educação*. Volume 5, nº1. Janeiro/Abril de 1996;
- ✓ PAPALIA, D. et al. *O mundo da criança*. 8ª Edição. Lisboa: McGraw Hill, 2001. ISBN: 972-773-069-8;
- ✓ PEPIN, L. *A criança no mundo actual - psicologia, vida e problemas*. Lisboa: Editorial Estampa, 1979. ISBN: 972-33-0114-8;
- ✓ PINTO, M. *A televisão no quotidiano das crianças*. Porto: Edições Afrontamento, 2000. ISBN: 972-36-0509-0;
- ✓ ROEHRS, H. et al. *Entrevista de ajuda: estratégias para o relacionamento interpessoal entre enfermeiro e família do adolescente no*

espaço escolar. Volume 6, nº 1. Janeiro/Março de 2007.

Referências Electrónicas

- ✓ ALONSO, M. *A influência da comunicação de massa no desenvolvimento da personalidade e no comportamento dos indivíduos*, 2004. <http://www.dominiosdelinguagem.org.br/pdf/d4-10.pdf> (Consultado em 23/10/2010 às 19:03);
- ✓ ANDRADE, E. *A influência dos media no desenvolvimento psicológico infantil*, 2008. <http://www.unicentro.br/proec/publicacoes/salao2008/artigos/Eva%20Pereira%20Andrade.pdf> (Consultado em 23/10/2010 às 18:45);
- ✓ D'OREY, M. *Media invadem quotidiano das crianças portuguesas*, Maio de 2009. http://jpn.icicom.up.pt/2009/05/25/media_invad_em_quotidiano_das_crianças_portuguesas.html (Consultado em 23/10/2010 às 17:43);
- ✓ MORAIS, A. *As crianças e a violência na televisão*, [s.n]. http://www.ipv.pt/forumedia/3/3_fe5.htm (Consultado em 23/10/2010 à 18:32);
- ✓ MOREIRA, V.; PIMENTA, H. *Meios de comunicação social - "Mass media"*, 2000. <http://portuguesonline2.no.sapo.pt/mass.htm> (Consultado em 23/10/2010 às 17:58);
- ✓ PEDRO, C. *Identificação das práticas de lazer: Estudo com crianças do 1º ciclo*, Agosto de 2005. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4843/1/Tese%2520de%2520mestrado.pdf> (Consultado em 23/10/2010 às 16:49);
- ✓ SILVA, S. *A grande influência dos meios electrónicos na vida das crianças, em especial a TV*, Julho de 2008. <http://www.artigonal.com/ciencia-artigos/a-televisao-e-a-crianca-a-grande-influencia-dos-meios-eletronicos-na-vida-das-criancas-em-especial-a-tv-478107.html> (Consultado em 23/10/2010 às 19:25).



http://2.bp.blogspot.com/_U1qjK3W0S/Sm1tE514AA/AAAAAB4C7Lw/d1108gA1400/maia_2011000.jpg

Segurança Rodoviária

Momento de Agir

BERNARDO, Alexandra; CARDOSO, Miriam;
CARDOSO, Nélia; HENRIQUES, Inês; SANTOS,
Joana; RAMOS, Ana

Resumo

Actualmente, a principal causa de morte entre as crianças são os acidentes rodoviários.⁷ Neste sentido, este artigo visa, não só, compreender o conceito de acidente, mas também, perceber em que situação se encontra Portugal no que respeita à segurança rodoviária, nomeadamente, legislação em vigor, dados estatísticos sobre mortalidade infantil decorrente de acidentes rodoviários e intervenções necessárias para melhorar a segurança rodoviária. Neste artigo de revisão de literatura identificam-se os factores de risco que tornam as crianças um grupo susceptível à problemática dos acidentes rodoviários, bem como a importância da informação com vista a prevenir e a evitar esses acidentes. Por último, é abordado o papel do Enfermeiro na segurança rodoviária e a forma como este, enquanto agente de mudança, pode ajudar os pais, a criança, os educadores e a sua família na promoção da segurança e prevenção dos acidentes.

Palavras-chave: Acidentes; Criança; Enfermeiro; Pais; Segurança.

Abstract

Currently, the leading cause of death among children is road traffic accidents.⁷ Therefore, this article aims not only to understand the

concept of an accident, but also understand Portugal's position concerning road safety, including legislation, statistics on infant mortality resulting from road accidents and interventions needed to improve road safety.

This review of literature identifies the risk factors that make children a susceptible group to the road accidents problematic, as well as the importance of information to prevent and avoid such accidents.

Finally, it addressed the nurse role in road safety and the way how this, as a change factor, can help parents, the child and his family in safety promotion and accident prevention.

Keywords: Accidents, Child, Nurse, Parents, Safety.

Introdução

Um acidente é um "evento ou sequência de eventos não planeados, por vezes, previsíveis, susceptíveis de provocar perdas ou danos humanos, materiais ou ambientais."⁸

A principal causa de morte em crianças com mais de um ano de idade são os acidentes relacionados com os automóveis, incluindo as mortes dos passageiros, dos peões, dos ciclistas e motociclistas.⁷

Os ferimentos são responsáveis por mais óbitos e incapacidade que todas as combinadas causas de doenças. À medida que as crianças ficam mais velhas, a percentagem de mortes por ferimentos tende a aumentar. Os ferimentos não demonstram as diminuições percebidas noutras áreas da mortalidade na infância porque há uma tendência para serem considerados pela sociedade como acidentes inevitáveis ou problemas comportamentais, ao invés de problemas de saúde.⁷

Torna-se essencial que tanto os pais, como as crianças, os familiares, os educadores, os profissionais de saúde, em particular, os Enfermeiros e a sociedade em geral estejam alerta para esta problemática, ajudando a travar a luta contra o elevado número de mortes de crianças por acidentes rodoviários existente em Portugal e em todo o mundo.

Após a diversa bibliografia consultada (bases de dados como a "SciELO" e a "B-on", documentos de referência, sítios na "internet" de entidades como a "APSI" e a "ANSR"), surge este artigo que pretende esclarecer e informar junto dos pais, familiares, educadores, profissionais da área da saúde e até mesmo as próprias crianças sobre a problemática da segurança rodoviária.

Segurança Rodoviária: Factores de risco para as crianças

O "Programa Nacional de Prevenção de Acidentes" identificou o comportamento dos condutores (velocidade, consumo de álcool e outras substâncias, cansaço, não utilização de cinto de segurança ou capacete), como a principal razão de acidentes mortais.⁹ A "Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária para 2008-2015" classificou os condutores de veículos de duas rodas a motor, de automóveis ligeiros, os peões, a circulação dentro das localidades e a condução sob o efeito de álcool e de substâncias psicotrópicas como os principais culpados dos acidentes rodoviários. No mesmo documento, são ainda apontados como factores primordiais para a ocorrência de acidentes rodoviários a velocidade, os mecanismos de segurança, o socorro às vítimas, as infra-estruturas e os próprios veículos (**Diagrama 1** - Grupos e Factores de

Risco para Acidentes Rodoviários com Crianças).¹⁰

Os grupos e factores supra referidos, apesar de se referirem aos acidentes rodoviários na generalidade, definem também, por consequência, os riscos para os acidentes rodoviários em crianças.

Para além destes factores externos, sabe-se que as crianças estão sujeitas a um maior risco de morte e lesões graves, comparativamente com os adultos. Para isso contribuem quer aspectos inerentes aos automóveis (um exemplo, é a abertura rápida dos "airbags") quer características das próprias crianças (maior peso da cabeça, fragilidade cervical e risco de projecção pela alteração do centro de gravidade).⁷

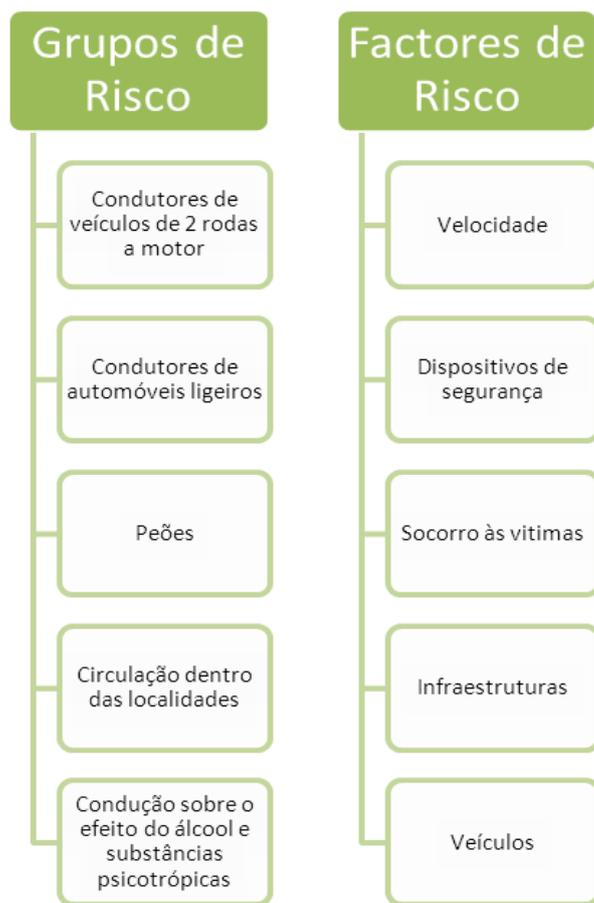


Diagrama 1 - Grupos e Factores de Risco para Acidentes Rodoviários com Crianças (Adaptado de ANSR, 2009)¹⁰

O tipo de acidentes mais comum em qualquer grupo etário está relacionado com o desenvolvimento das crianças desse grupo e, por isso, as crianças em idade escolar apresentam características próprias (maior desenvolvimento motor, capacidade de raciocínio mais desenvolvido) que, por um lado, podem ajudar a evitar determinado tipo de acidentes, mas por outro, também contribuem para um aumento dos riscos, uma vez que são mais curiosas e independentes que as crianças em idade pré-escolar.¹¹

Outro factor de risco importante é o conhecimento ou desconhecimento dos pais sobre o transporte seguro de crianças nos automóveis.¹²

Um inquérito realizado, em 2003, numa Maternidade de um Hospital Universitário de Lisboa, a uma amostra de 475 puérperas, entre as 24 e as 48 horas após o parto, revelou que *"92% das mães não considera seguro o transporte ao colo no automóvel e 80,4% considera mais segura a utilização de cadeira apropriada. À alta hospitalar, 72,8% tenciona utilizar a cadeira apropriada, 18,5% a alfofa e 7,2% tenciona transportar o recém-nascido ao colo no percurso automóvel até ao domicílio."*¹²

Este inquérito demonstrou, ainda, que pouco mais de metade das mulheres (52,6%) estavam bem informadas sobre o transporte em segurança de crianças nos veículos e 80,8% obteve essa informação através dos órgãos de comunicação social.¹²

No mesmo inquérito é também abordada a forma como a intenção sobre o modo de transporte do recém-nascido no automóvel está relacionada *"com a idade ($p=0,011$), com a etnia ($p<0,01$), com a escolaridade ($p<0,01$) e com a paridade das mães ($p=0,04$)."*¹²

Por isso, é essencial a intervenção dos profissionais de saúde; estes devem informar e incentivar os pais a transportar correctamente e em segurança os recém-nascidos e crianças pois só assim será possível diminuir a morbilidade e mortalidade infantis.¹²

Para que essa intervenção seja correcta é necessário o profissional de saúde conhecer, o mais detalhadamente possível, as questões relacionadas com a segurança rodoviária infanto-juvenil em Portugal, nomeadamente, a legislação em vigor, dados estatísticos existentes, mecanismos de protecção/prevenção de utilização obrigatória, bem como ter consciência das medidas que são necessárias implementar, a nível legislativo e governamental, na área da segurança rodoviária.

Segurança Rodoviária: Legislação em Portugal

Em todos os países existe legislação que regula o transporte de crianças, em segurança, no banco traseiro do automóvel. Apesar disto, a taxa de mortalidade de crianças menores de um ano relacionado com acidentes rodoviários continua a ser muito elevada, pois as mesmas não são transportadas adequadamente.⁷

Em Portugal, o transporte de crianças em automóvel é regulado pelo artigo 55.º do Código da Estrada. Neste diploma é consagrado que as crianças menores de 12 anos e com menos de 150 cm de altura, devem ser transportadas no banco da retaguarda do automóvel, caso o mesmo tenha cintos de segurança, e devem utilizar sistemas de retenção adequados às suas características. É proibido o transporte de crianças menores de 3

anos em automóveis sem cintos de segurança.¹³

As exceções a estas regras são o transporte de crianças com idade inferior a 3 anos em sistemas de retenção virados para a retaguarda, desde que o "airbag" frontal do lugar do passageiro esteja inactivo; e o transporte de crianças com idade igual ou superior a 3 anos no banco frontal devido à inexistência de banco da retaguarda ou de cintos de segurança no mesmo.¹³

As infracções a estas disposições são sancionadas com coimas, entre os 120 e os 600 euros, por cada criança transportada inadequadamente.¹³

Este é o quadro legislativo actual que regula o transporte de crianças em veículos automóveis, mas apesar do mesmo os acidentes rodoviários continuam a ser a principal causa de morte accidental em crianças maiores de um ano.⁷ Segundo *Hockenberry e Wilson* (2006), um número substancial de bebés é ferido ou mesmo morto devido a uma ineficaz restrição dentro do veículo, na maioria das vezes porque são transportados ao colo de outro passageiro. Os dados existentes demonstram que o uso de medidas/mecanismos de retenção nos veículos diminui à medida que a idade da criança e o número de ocupantes do veículo aumentam⁷, levando a um aumento da probabilidade da ocorrência de mortes de crianças por acidentes rodoviários.

Desta forma, torna-se essencial o cumprimento das normas e legislação actualmente em vigor no nosso país com vista a prevenir a ocorrência de acidentes rodoviários que poderão ser fatais para inúmeras crianças.

Portugal: Acidentes rodoviários em números

Em Portugal, nos últimos 12 anos, houve um decréscimo de 73% nas mortes de crianças originadas por acidentes rodoviários.¹⁴

Este número tem vindo a diminuir significativamente desde 1998. Os dados de 1998 a 2000 revelam que morreram 420 crianças até aos 17 anos devido a acidentes rodoviários. Nos últimos três anos (2007 a 2009), este número baixou para os 115.¹⁴

Entre 2007 e 2009, 14 crianças por dia foram vítimas de um acidente rodoviário: 8 como passageiras, 4 como peões e 2 como condutoras.¹⁴

Os dados revelam que, no triénio 2007-2009, em média, faleceram 38 crianças até aos 17 anos, 359 ficaram feridas gravemente e 4630 sofreram ferimentos ligeiros. Das 359 mortes de crianças, quase metade das mesmas tinham mais de 14 anos (45% no total).¹⁴

Apesar da diminuição da mortalidade infantil por acidentes rodoviários, a maior parte das crianças continuam a falecer enquanto passageiras de um automóvel (57% do total das mortes), sendo a maioria das mortes em crianças mais velhas (31% dos 10 aos 14 anos; 42% dos 15 aos 17 anos).¹⁴

No transporte de crianças, em 1996, o uso de sistemas de retenção adequados era na ordem dos 16%, em 2010 esse valor subiu para os 83%, assistindo-se nos últimos três anos a uma estagnação deste parâmetro. Apesar desta evolução, menos de metade dos sistemas de retenção estavam devidamente instalados, o que resulta numa taxa de 40% de

crianças a viajar em segurança. Este valor tem-se mantido inalterado desde 2001.¹⁴

Desde 2005, que a utilização de mecanismos de retenção tem aumentado nas crianças mais velhas. Em 2010, 88% das crianças até aos 3 anos e 81% das crianças dos 3 aos 12 anos usavam sistemas de retenção.¹⁴

A par do aumento da utilização de sistemas de retenção tem, também, diminuído o número de mortes e feridos, o que é elucidativo da importância e eficácia da sua utilização.¹⁴

Sistemas de retenção: fundamentais e indispensáveis

Existe um conjunto de mecanismos essenciais que visam a prevenção e permitem evitar a ocorrência de acidentes rodoviários junto das crianças, entre os quais as cadeiras de retenção.

Existem dois modelos de cadeiras para crianças: as exclusivas para lactentes ou as que podem ser utilizadas por lactentes e crianças.⁷

A criança, até aos 18 meses de idade, deve sempre viajar numa cadeira de retenção voltada para trás, pois numa situação de choque frontal a cabeça, o pescoço e a zona lombar estão mais protegidos. Se assim for, os dados estatísticos demonstram que em caso de acidente 9 em cada 10 crianças estão a salvo.¹⁵

“Os sistemas de retenção são divididos em cinco grupos:

- Grupo 0 inferior a 10kg;
- Grupo 0+ inferior aos 13 kg;
- Grupo I entre os 9 kg e os 18 kg;
- Grupo II entre os 15 kg e os 25 kg;
- Grupo III entre os 22 kg e os 36 kg.”¹⁵

O Grupo 0 corresponde aos sistemas que permitem que a criança viaje em “*semi-fowler*” e por isso são apropriados para os recém-nascidos. Estes sistemas de retenção, aos quais acrescem os sistemas utilizados nos Grupos 0+ e I podem ser colocados no banco traseiro, de preferência, ou no banco dianteiro, num lugar com cinto completo, ou seja, faixa subabdominal e uma faixa na diagonal, e caso os “*airbags*” frontais tenham sido desactivados (**Figura 1** – Sistemas de Retenção do Grupo 0+ e do Grupo I). Crianças com menos de 9 meses não devem viajar em sistema de retenção do Grupo I, pois os mesmos permitem que o bebé viaje sentado o que é inadequado para a idade, peso e altura.¹⁵

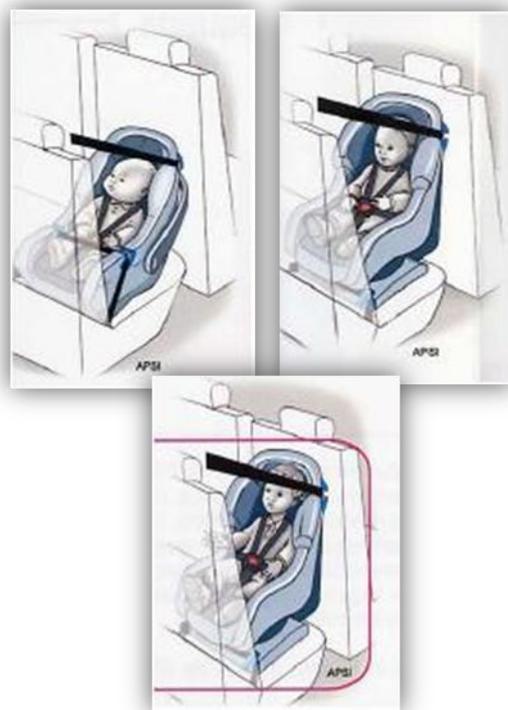


Figura 1 – Sistemas de Retenção do Grupo 0+ e do Grupo I (Adaptado de APSI. 2007)¹⁵

Os sistemas de retenção incluídos nos Grupos II e III (**Figura 2** – Sistemas de Retenção do Grupo II e do Grupo III) possibilitam a adaptação do cinto de segurança ao corpo da criança, “podem ter as costas descartáveis (possibilitando a utilização até ter 12 anos e 1,50 m de altura). Estas cadeiras oferecem apoio lateral e conforto, em caso de a criança adormecer e em caso de colisão lateral.”¹¹ Estas cadeiras de retenção são indicadas para crianças com idade superior a 2/3 anos, dependendo da sua altura e peso.¹⁵



Figura 2 – Sistemas de Retenção do Grupo II e do Grupo III (Adaptado de APSI, 2007)¹⁵

Crianças com idade superior a 7/8 anos podem utilizar as cadeiras pertencentes ao Grupo II, que são mais seguras e confortáveis, ou apenas o banco elevatório (Grupo III) se o cinto não lhes magoar o pescoço (**Figura 3** – Bancos elevatórios (Grupo III)).¹⁵



Figura 3 – Bancos elevatórios (Grupo III) (Adaptado de APSI, 2007)¹⁵

A cadeira de retenção deverá ter um mecanismo de atrelagem para prender a criança que deve estar contida ao veículo através do cinto de segurança. Alguns mecanismos de atrelagem usam um grampo para manter as faixas passadas sobre os ombros correctamente posicionadas. Os veículos posteriores a 1999 têm faixas âncoras presas ao assento do carro, minimizando o movimento para a frente num possível acidente.

O sistema LATCH (“*Lower Anchors and Tethers for Children*”) inclui âncoras entre o acolchoamento frontal e o apoio para as costas, para que não seja necessário usar o cinto de segurança.

Já existem, inclusive, automóveis com âncoras que permitem a atrelagem da cadeira para lactentes voltada para trás.⁷ Existem, ainda, veículos sem banco traseiro e nesta situação a melhor opção é afastar o banco dianteiro do painel e utilizar um sistema de retenção apropriado para a criança.⁷

Naturalmente que todos estes mecanismos e opções de restrição só serão eficazes se outras condicionantes estiverem cumpridas. Por

exemplo, é importante trancar sempre as portas numa viagem automóvel, vestir as crianças com roupas com mangas e pernas para prendê-las com mais segurança aos cintos dos equipamentos; deve colocar-se um pequeno cobertor ou toalha enrolada ao lado da cabeça para minimizar o movimento e manter o quadril do lactente de encontro ao assento.⁷

Também o acolchoamento entre as pernas do bebé e a virilha é importante para prender melhor a criança. Não se deve colocar um acolchoamento grosso por trás da criança, pois no momento de um impacto, este irá comprimir-se, deixando o cinto frouxo. *"Lactentes pré-termo após terem recebido alta hospitalar devem ser colocados num assento para carros apropriado e a saturação de oxigénio do bebé deve ser monitorizada por um breve período de tempo para detectar qualquer problema potencial com a oclusão das vias aéreas."*⁷

Situação actual em Portugal: O que fazer?

De acordo com o *"Relatório de Avaliação sobre a Segurança Infantil em Portugal"*, a segurança rodoviária é uma área de intervenção que carece de alterações no nosso país.¹⁶ Desta forma, é importante que Portugal introduza medidas nesta área, entre as quais:

-Promoção do transporte de crianças voltadas para trás até aos 4 anos. Para tal, deverá haver mais acções de sensibilização e formação junto dos pais e profissionais do sector, mais fiscalização e mais oferta de sistemas de retenção;

-Maior regulamentação sobre redução da velocidade nas zonas residenciais e sobre o uso de capacete para ciclistas;

-Criação de legislação que, em caso de acidentes com crianças e adolescentes, coloque o ónus da prova no condutor do veículo;

-Inclusão de objectivos, estratégias e metas específicas relacionadas com as crianças e adolescentes passageiros, peões, ciclistas, motociclistas/ciclomotoristas na *"Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária"*.¹⁶

Algumas das recomendações internacionais sugerem ainda que Portugal deve reforçar a legislação sobre a carta provisória dos novos encartados e cumprir, de forma mais rigorosa, a legislação que impede as crianças de conduzir ou serem transportadas em veículos todo-o-terreno.¹⁷

É decisivo para reduzir a mortalidade, a incapacidade e as doenças originadas por acidentes rodoviários, a adopção de uma estratégia nacional para prevenir os acidentes, com directrizes próprias para a segurança das crianças.¹⁶

Alguns passos decisivos já foram dados em Portugal nesta matéria.

O Alto Comissariado da Saúde comprometeu-se, perante a *"Aliança Europeia de Segurança Infantil"*, a iniciar o projecto CSAP (*"Child Safety Action Plan"*), e garantiu a coordenação do *"Plano de Acção de Segurança Infantil em Portugal"* (PASI), criado com o propósito de definir estratégias preventivas de acidentes nas crianças e adolescentes dos 0 aos 18 anos.

Foi também lançado o *"Programa Nacional de Prevenção de Acidentes"*, da responsabilidade da Direcção Geral de Saúde, incluído no PASI, e que pretende prevenir os acidentes nas crianças e jovens.¹⁶

O Papel do Enfermeiro na Segurança Rodoviária

O Enfermeiro tem um papel importante no que concerne à prevenção de lesões nas crianças. Nas consultas pré-natais, o Enfermeiro deve realizar demonstrações sobre os mecanismos de segurança no transporte de crianças, para familiarizar os pais com estes equipamentos e criar condições temporais para que os pais, de acordo com a sua situação financeira, possam adquirir os mesmos.⁷

Ao realizar entrevistas a crianças em idade escolar e aos seus pais, o Enfermeiro deve compreender os seguintes aspectos:

-Se tanto a criança como os pais seguem, com frequência, determinadas linhas orientadoras de segurança, como a utilização do cinto de segurança no carro por parte das crianças;

-Se as crianças conseguem ter auto-controlo, não distraindo o condutor e mantendo os braços e a cabeça dentro do veículo;

-Alertar as crianças para a utilização de elementos de protecção quando andam de bicicletas e/ou patins;

-Alertar as crianças para a utilização destes equipamentos nos locais apropriados, tendo atenção ao trânsito rodoviário nestas ocasiões e sempre que andem a pé.¹¹

Se as crianças, sobretudo em idade escolar, não seguirem nenhuma das indicações anteriores, o Enfermeiro deve alertá-las e aos pais para os perigos que acarreta o desrespeito destas normas básicas de segurança. São crianças já com uma determinada idade, com a capacidade de dialogar e, por isso, normalmente, são capazes de respeitar regras e manter um ambiente seguro se tiverem consciência dos riscos inerentes.¹¹

O Enfermeiro deve também alertar os pais para a obrigatoriedade do transporte de crianças no automóvel, como já foi referido, ser realizado de forma correcta, através de um sistema de retenção homologado e apropriado ao seu tamanho e peso, devendo estar de acordo com a norma R 44/03 e com o Código da Estrada.¹⁵

Muitas vezes quando o Enfermeiro dá indicações sobre a adequada utilização dos mecanismos de retenção, os pais perguntam "como vemos o bebé?". Para resolver este problema, o Enfermeiro pode dar como solução a aquisição de um espelho que permite ao condutor e à criança visualizarem-se mutuamente. Mesmo que a criança comece, na brincadeira, a bater com os pés no banco traseiro ou tenha as pernas um pouco encolhidas, deverá sempre, até aos 2/3 anos viajar voltada para trás, pois estará sempre mais confortável e segura.¹⁵

O Enfermeiro deve também, junto dos pais, realçar a importância da implementação de boas práticas pelos progenitores. Os adolescentes e adultos devem ter consciência que são figuras modelo que as crianças imitam e, por isso, o uso do cinto de segurança é indispensável, pois pode funcionar como um exemplo e um incentivo para eles não retirarem os cintos.

*"Como os acidentes são a principal causa de morte durante a lactação, os pais devem ser alertados sobre a aspiração de objectos estranhos, sufocamento, quedas, envenenamento, queimaduras, acidentes rodoviários e danos corporais, bem como sobre as acções preventivas necessárias para tornar o ambiente seguro para as crianças."*⁷ Cabe ao Enfermeiro, enquanto agente de mudança, desenvolver a sua acção e o seu importante

papel de forma a que essas acções preventivas sejam transmitidas às famílias e contribuindo para a diminuição do número de mortes de crianças em Portugal por acidentes rodoviários.

Referências Bibliográficas

⁷HOCKENBERRY, M.; WILSON, D.; WINKELSTEIN, M. **Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 7ª Edição. Rio de Janeiro: Mosby (Elsevier), 2006. ISBN: 978-85-352-1918-0. p. 4-6 e p. 346-357;

¹¹OPPERMAN, C.; CASSANDRA, K. **Enfermagem Pediátrica Contemporânea**. Loures: Lusociência, 2001. ISBN: 972-8383-19-3.

Referências Electrónicas

⁸PROTECÇÃO CIVIL (PROCIV). **Glossário de Protecção Civil**, 2009. http://www.prociv.pt/GLOSSARIO/Documents/GLOSSARIO-31_Mar_09.pdf. p. 3. (Consultado em 30 de Novembro de 2010 às 10:56);

⁹DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS). **Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2009-2016**, 2009. <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2009/5/prevencao+acidentes.htm> (Consultado em 1 de Dezembro de 2010 às 14:33);

¹⁰AUTORIDADE NACIONAL DE SEGURANÇA RODOVIÁRIA (ANSR). **Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária 2008-2015**, Março de 2009. <http://www.ansr.pt/Default.aspx?tabid=220> (Consultado em 1 de Dezembro de 2010 às 15:32);

¹²MARTINS, S., et al. **Transporte automóvel de lactentes e crianças. Conhecimentos e atitudes de mães portuguesas**, 2007. http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/1/20090424180056_Art%20Orig_Martins%20S_38%286%29.pdf. p. 246. (Consultado em 1 de Dezembro de 2010 às 15:56);

¹³AUTORIDADE NACIONAL DE SEGURANÇA RODOVIÁRIA (ANSR). **Código da Estrada: Artigo 55º**, Março de 2010.

<http://www.ansr.pt/Default.aspx?tabid=256> (Consultado em 30 de Novembro de 2010 às 21:34);

¹⁴ASSOCIAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA INFANTIL (APSI). **Evolução dos Acidentes com Crianças em Portugal nos últimos 12 anos**, Outubro de 2010. http://www.apsi.org.pt/24/comunicado_de_impressao_-_13_de_outubro_2010__2_.pdf (Consultado em 30 de Novembro de 2010 às 21:22);

¹⁵ASSOCIAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA INFANTIL (APSI). **Crianças no Automóvel: A escolha da cadeirinha adequada**, Setembro de 2007. http://www.apsi.org.pt/24/cadeirinhas_folheto_.pdf (Consultado em 5 de Dezembro de 2010 às 9:54);

¹⁶ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE (ACS), DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS) & ASSOCIAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA INFANTIL (APSI). **Estratégia para a Prevenção dos Acidentes em Portugal**, Maio de 2009. http://www.dgidc.min-edu.pt/saude/Documents/seguranca_infantil/resumo-report-card-2009-final-issimo-_3_.pdf (Consultado em 30 de Novembro de 2010 às 22:07);

¹⁷CHILD SAFETY ACTION PLAN (CSAP). **Relatório de Avaliação sobre Segurança Infantil**, Abril de 2009. http://www.apsi.org.pt/24/portugal_brochura_16pgs.pdf (Consultado em 30 de Novembro de 2010 às 22:45).



Anorexia Nervosa: O outro lado do espelho...

Ana Pereira - Bruno Mendes - Joana Sezões -
Susana Esteves - Tânia Mestre - Telma
Machado - Lino Ramos

RESUMO

Com o intuito de alcançarem o corpo ideal, muitos jovens adoptam comportamentos alimentares inadequados. As pessoas com anorexia nervosa têm como principal objectivo a perda de peso, chegando a adoptar estratégias pouco ortodoxas para o conseguir. Numa perturbação alimentar como a anorexia nervosa, ocorrem diversas alterações a nível psicológico, físico e metabólico.

Torna-se importante a intervenção do enfermeiro junto das pessoas com esta perturbação alimentar, de modo a poderem ultrapassar os seus problemas de perda de apetite e de diminuição de auto-estima.

Palavras – chave: anorexia nervosa; auto-estima diminuída; perda de apetite; perturbações alimentares.

ABSTRACT

In order to achieve the ideal body, many young people engage in inappropriate eating behaviors. People with anorexia nervosa have the primary aim of weight loss, coming to

adopt unorthodox strategies to achieve their goal. In an eating disorder like anorexia nervosa, there are psychological, physical and metabolic changes.

It is important to nurses intervention with people with this eating disorder, so that they can overcome their problems of loss of appetite and diminished self-esteem.

Key - Words: anorexia nervosa nervous anorexy; low self-esteem; loss of appetite; eating disorders.

ANOREXIA NERVOSA

Considerações iniciais

Com as exigências estéticas da sociedade actual e um ideal de beleza que não contempla o excesso de peso, muitas pessoas acabam por adoptar comportamentos menos correctos no que toca à alimentação, surgindo assim muitas vezes perturbações alimentares.

As perturbações alimentares mais comuns são a anorexia nervosa e a bulimia. Neste artigo iremos focar-nos na anorexia nervosa, embora seja também feita uma breve referência aos dois outros termos de modo a compreender-se as diferenças entre os mesmos.

A anorexia nervosa é uma perturbação alimentar que afecta em maioria as mulheres e que se caracteriza pelo medo de ganhar peso e o desejo de emagrecer. Estes factores acabam por levar a pessoa a adoptar estratégias de forma a perder peso, acabando por ter padrões de alimentação desadequados e prejudiciais à sua saúde ⁽¹⁾ ⁽²⁾.

Inerente a estes comportamentos desadequados, surgem complicações metabólicas, principalmente no sistema

gastrointestinal, cardiovascular e hematológico (3).

Geralmente existe por parte da pessoa com anorexia nervosa a tendência a negar ou a ignorar a patologia (3). Esta negação é um dos primeiros problemas a confrontar, visto que sem que a pessoa admita que está doente e precisa de ajuda, o processo de cura torna-se mais problemático e menos eficaz (4). Cabe ao enfermeiro criar as condições para que se estabeleça uma relação de confiança entre ele e a pessoa com anorexia, visto que isso será facilitador do tratamento (4). A longo prazo, a auto-estima diminuída e a perda de apetite são dois dos principais focos em que o enfermeiro vai intervir numa tentativa de devolver à pessoa maior controlo sobre o seu corpo, sobre a alimentação, e no fim, sobre a sua vida (5).

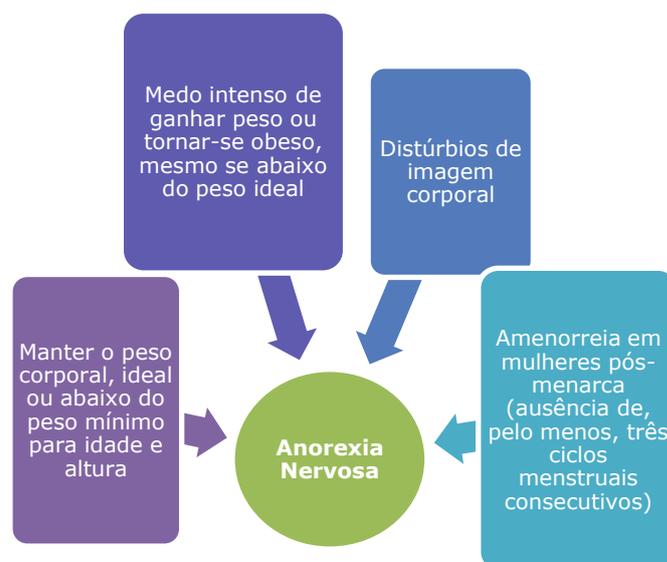
O papel do enfermeiro é relevante, não só junto da pessoa com anorexia nervosa mas também da família desta, visto que isto também contribui para o sucesso do tratamento e ainda ajuda a fortalecer as relações familiares.

Definição e critério de diagnóstico

O termo anorexia deriva do grego *orexis* (apetite) acrescido do prefixo *an* (ausência, privação). A anorexia nervosa pode ser definida como uma perturbação alimentar que se caracteriza pelo medo patológico de ganhar peso, levando a restrições alimentares auto-impostas e padrões bizarros de alimentação que a pessoa adopta para reduzir o peso (1) (2).

Como problema de saúde relevante está associado a morbilidade biológica, psicológica e social, podendo em casos mais extremos e a longo prazo, conduzir à própria morte (6).

Os critérios de diagnóstico para a Anorexia Nervosa (AN) segundo o DSM IV – *American Psychiatric Association* – APA (1994), compreendem os seguintes aspectos (1):



Conceitos – Chave

Torna-se importante distinguir anorexia de anorexia nervosa, pela confusão que por vezes se gera em torno destes dois conceitos. Deste modo, segundo Davis *et al* (2004) cit. por Silva (2005), anorexia consiste na perda de apetite, saciedade precoce, combinação de ambas ou alteração das preferências alimentares.

Deste modo, anorexia é apenas uma mera falta de apetite, enquanto a anorexia nervosa está associada a um desejo de perder peso.

Por outro lado é importante também referenciar o conceito de bulimia, .

Segundo Cordás (2004), "a bulimia nervosa caracteriza-se por grande ingestão de

alimentos com sensação de perda de controlo, os chamados episódios bulímicos. A preocupação excessiva com o peso e a imagem corporal levam o paciente a métodos compensatórios inadequados para o controlo de peso como vômitos auto-induzidos, uso de medicamentos (diuréticos, inibidores de apetite, laxantes), dietas e exercícios físicos”.

Estes métodos compensatórios reduzem o medo de ganhar peso e o desconforto subjacente à ingestão excessiva de alimentos, e ocorrem normalmente, às escondidas ⁽⁶⁾.

Assim sendo, a grande semelhança entre a anorexia nervosa e a bulimia nervosa é o desejo de emagrecer, sendo que o que as diferencia é a forma adoptada para atingir esse objectivo. Enquanto na primeira existe privação de ingestão de alimentos, na segunda há uma ingestão excessiva seguida de vômito auto-induzido.

Epidemiologia

De acordo com o DSM-IV (APA, 1994) estima-se a existência a nível mundial de uma prevalência da anorexia nervosa entre 0,5 a 1% para as mulheres no final da adolescência e jovens adultas.

No que respeita ao panorama nacional, Machado *et al* (2004) refere que os estudos epidemiológicos são ainda escassos para se poder ter uma perspectiva real da extensão do problema, só com esses estudos é que se pode planear a adequação dos serviços às verdadeiras necessidades da população.

Borges *et al* (2006) afirma que essa escassez se deve à dificuldade de diagnóstico das perturbações alimentares, visto as pessoas não admitirem que estão doentes ou que têm um

problema, ou então que se conseguem tratar sozinhas, não procurando assim ajuda profissional. Todavia apresentamos os mais recentes estudos de prevalência da AN em Portugal, que apontam para valores entre 0% e aproximadamente 0,3%, estando assim inferiores aos que se observam noutros países da Europa ⁽⁸⁾.

Etiologia

No que concerne aos aspectos etiológicos das perturbações alimentares, não existe uma verdade imutável que possa ser tomada como certa. Assim sendo, a anorexia nervosa é caracterizada por uma etiologia multidimensional, composta de predisposições genéticas, socioculturais e vulnerabilidades biológicas e psicológicas.

A literatura cita como principais factores etiológicos da anorexia nervosa: sexo, sendo nove vezes mais comum em mulheres do que em homens, e idade, sendo o início geralmente na adolescência ⁽⁹⁾.

Em suma, essa pluralidade de factores etiológicos pressupõe que as abordagens terapêuticas também sejam multidisciplinares, como pode ser observado seguidamente neste artigo, no subcapítulo “*papel do Enfermeiro*”.

Complicações Metabólicas

Por ser uma doença que influencia diversos domínios da vida da pessoa com anorexia e dos que a rodeiam, bem como para concretização do objectivo de melhor adaptação dos cuidados aos mesmos, torna-se importante abordar as complicações metabólicas relacionadas com esta perturbação.

À anorexia nervosa associam-se assim, diversas complicações nos diversos aparelhos, tais como ⁽³⁾:

Contributo do Enfermeiro

O tratamento da anorexia nervosa consiste num processo longo e complexo. Alguns

autores referem que a recuperação completa pode ser atingida em apenas 25% dos casos, que são obtidas melhoras consideráveis em 50% mas que regridem em momentos de stress, ou ainda que em 25% dos casos não existe recuperação apesar de terem recebido tratamento adequado ⁽¹¹⁾.

Assim, torna-se importante ressaltar que, devido à natureza lenta e morosa deste processo de recuperação, cada resultado positivo representa por si só uma grande vitória.

Pele e Anexos – Pele seca com aspecto amarelado pela hipercarotenemia, lanugo, cabelos finos, unhas quebradiças, perda de cabelo;

Sistema Gastrointestinal – Pancreatite, alteração de enzimas hepáticas, diminuição do peristaltismo intestinal, retardamento no esvaziamento gástrico;

Sistema Cardiovascular – Bradicardia, hipotensão, arritmias, insuficiência cardíaca, alterações no ECG (electrocardiograma), entre outras;

Sistema Renal – Edema, cálculos renais, aumento das concentrações de ureia devido à desidratação ou ao catabolismo proteico.

Sistema Hematológico – Anemia, leucopénia, trombocitopénia;

Sistema Reprodutivo – Infertilidade, amenorreia, recém-nascido com baixo peso;

Sistema metabólico – hipocalémia, hiponatrémia, hipoglicémia, desidratação;

Sistema Endocrinológico – Amenorreia, diminuição da produção de gonadotrofina e estrogénio, aumento da hormona de crescimento (somatotrofina) e do cortisol, hipercolesterolémia, entre outros;

Outras alterações – Hipotermia, convulsões, alterações inespecíficas no electroencefalograma.

A pessoa com anorexia nervosa poderá encontrar no enfermeiro a ajuda especializada de que necessita. Este desempenha um papel fundamental em diversas áreas do processo de tratamento: a educação alimentar da pessoa e respectiva família; a supervisão comportamental e o ensino familiar para a sua realização no domicílio; o acompanhamento e desenvolvimento de estratégias de *coping*; a intervenção na recuperação da auto-estima e na desconstrução da auto-imagem alterada; o acompanhamento familiar; o encaminhamento para outros profissionais e recursos da comunidade; a prevenção da doença e educação para saúde na comunidade; e a identificação de situações de risco ^{(4) (5) (11)}.

A primeira área de intervenção do enfermeiro passa pela prevenção primária, existindo consenso relativamente a todos os autores consultados ^{(4) (5) (11)}. O conhecimento sobre factores de risco, sintomatologia e processos de manutenção e ocultação da doença exige grande amplitude, de forma a maximizar a capacidade de diagnóstico precoce ⁽¹¹⁾.

Através de sessões de educação para a saúde, dirigidas tanto a adolescentes (em contexto escolar, por exemplo) como às suas famílias, é possível sensibilizar a comunidade para a identificação precoce desta patologia, procurando impedir a sua progressão ⁽¹¹⁾. A principal vantagem da educação comunitária relativa aos factores de risco relaciona-se com o facto das pessoas com anorexia nervosa, na sua maioria, serem obrigadas a aderir ao tratamento por imposição de familiares ⁽¹¹⁾. As sessões de educação para a saúde permitem igualmente iniciar a desconstrução da idealização do corpo perfeito, bem como

desmistificar conceitos errados ligados à doença, como é o caso de ser muitas vezes associada à depressão, facto que se comprova errado, uma vez que o início da doença pode ser concomitante com períodos de sucesso profissional ⁽¹¹⁾.

Neste artigo, serão explorados dois focos principais de actuação de enfermagem na prestação de cuidados a esta população, nomeadamente **a auto-estima diminuída**, secundária à perturbação da auto-imagem corporal, e a **perda de apetite**. As respectivas intervenções ambicionam abranger todos os elementos sensíveis aos cuidados do enfermeiro no que considera esta patologia, de forma a garantir uma abordagem holística da pessoa e uma recuperação integral da sua saúde e do seu bem-estar, assegurando a sua qualidade de vida e de todos os que a rodeiam.

O papel do enfermeiro assume uma acção relevante no campo do tratamento da doença. O processo de cura em si é complexo e envolve a determinação de objectivos a curto e a longo prazo, cujo sucesso depende essencialmente da relação de confiança estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa a seu cuidado ⁽¹¹⁾.

Os objectivos a *curto prazo* passam pelo aumento ponderal e pela implementação de psicofármacos, sendo que só após a sua consecução se torna possível passar para uma abordagem mais demorada, como a psicanálise ou a terapia familiar ⁽¹¹⁾. Nesta fase, as intervenções centram-se no tratamento das patologias decorrentes da privação alimentar, bem como no desenvolvimento da relação terapêutica e de estratégias de gestão do medo de recaída ^{(5) (11)}.

A discussão com a pessoa sobre a sua auto-imagem deve ser dirigida aos seus problemas, mantendo uma atitude empática e contemplando a dimensão familiar, sociocultural e biológica deste transtorno ⁽¹¹⁾. A identificação da seriedade da distorção da imagem corporal e de potenciais relações familiares problemáticas permite planificar os cuidados a *longo prazo*, permitindo a manutenção dos novos comportamentos adquiridos e garantindo um acompanhamento familiar eficaz ⁽¹¹⁾.

A negação da patologia é um dos primeiros problemas a confrontar, sendo que sem que a pessoa admita que está doente e precisa de ajuda, o processo de cura torna-se mais difícil e menos eficaz, uma vez que o seu sucesso requer a participação activa da pessoa e conta com a sua motivação e desejo em melhorar ⁽¹¹⁾. Numa abordagem inicial, o internamento com alimentação por sonda e reforço de psicofármacos pode ser benéfico para a sua estabilização física e psicológica, contudo tal só indicado quando a pessoa com anorexia nervosa não se encontra metabolicamente estável ou quando não tem um bom suporte social ^{(7) (11)}.

No que respeita o foco da **auto-estima diminuída**, são sugeridas intervenções para a sua recuperação, uma vez que o seu sucesso se torna fulcral para a adesão às medidas de recuperação de peso. É estabelecida a relação entre a auto-estima diminuída, um sentido crítico da auto-imagem com perturbação da percepção da realidade, e a diminuição da ingestão de alimentos. A capacidade de olhar a pessoa de forma holística, respeitando as suas condições e limitações, é a base da relação

terapêutica para o tratamento desta perturbação alimentar.

Recuperar a auto-estima é um processo complexo, envolvendo duas abordagens separadas: por um lado, não devem existir jogos de poder entre a pessoa e o prestador de cuidados¹; por outro, são realizadas tentativas de *empowerment*, com o objectivo de devolver à pessoa a capacidade de tomada de decisão e controlo sobre a sua vida.

Antes de ser iniciada a construção do contrato terapêutico e serem tomadas medidas para a alteração dos comportamentos alimentares, é necessário estabelecer com a pessoa um clima de confiança, de forma que esta se sinta segura para, a pouco e pouco, abdicar do controlo extremo que tem sobre a alimentação e encontrar novas formas de recuperar o controlo sobre a sua vida ⁽⁴⁾. Conforme explorado anteriormente, a alimentação é vista pelas pessoas com anorexia nervosa como um dos últimos redutos da sua vida que conseguem controlar. Assim, as intervenções para a sua recuperação têm como objectivo capacitar a pessoa para ter maior controlo sobre o seu corpo, sobre a sua alimentação, e por fim, sobre todas as suas actividades de vida ⁽⁵⁾.

A família constitui um recurso indispensável no processo de tratamento desta perturbação alimentar. Apesar da presença de um membro com esta patologia no núcleo familiar constituir um factor de stress, um processo de cura que

¹ Por jogos de poder, Townsend entende como as acções de desafio ou incumprimento, tomadas pela cliente após estabelecidas intervenções, no sentido de em momentos marcados por sentimentos de revolta ou aumento do stress, desencadeiam a resposta psicossomática característica da anorexia, numa intensidade angustiante, especialmente nas primeiras semanas de recuperação (TOWNSEND, 2006: 657 - 672).

envolva o apoio familiar acaba por actuar como um veículo fortalecedor das relações familiares.

A educação da família passa pelo ensino relativo aos sintomas da anorexia nervosa, problemas de saúde associados, princípios para uma alimentação equilibrada e adequada, promoção de estilos de vida saudáveis, formas de controlo do corpo e de vida, mecanismos de *coping*, estratégias de verbalização de sentimentos e emoções, administração de terapêutica e respectivos cuidados associados e efeitos secundários ⁽⁵⁾.

Uma acção de enfermagem primordial é o sucesso da adesão, por parte da pessoa, ao seu regime terapêutico, aliada à capacitação familiar para o seu incentivo e posterior supervisão ⁽¹¹⁾.

A *longo prazo*, o objectivo do enfermeiro é melhorar a qualidade de vida da pessoa, quer pela promoção da sua autonomia, quer pela adesão a estilos de vida saudáveis ⁽¹¹⁾.

Apesar do foco da auto-estima diminuída ser trabalhado desde o início do processo terapêutico, devido à alteração da percepção da imagem corporal, a desconstrução do conceito de beleza e de perfeição envolve um processo contínuo que aborde igualmente a exigência de beleza dos *media*, as dietas hipocalóricas, os medicamentos para diminuição ponderal e os perigos de exercício excessivo ⁽¹¹⁾.

Outro foco de actuação de enfermagem que resolvemos abordar é a **perda de apetite**, cujas intervenções iniciais devem ter como resultado esperado que a pessoa recupere 80% do peso corporal normal, de forma a normalizar os sinais vitais (particularmente a

tensão arterial), rehidratar-se e recuperar o equilíbrio homeostático, consequentemente alterado pelo deficiente aporte energético e nutricional prolongado ⁽⁵⁾.

A família assume novamente um papel essencial neste processo, nomeadamente na promoção da adesão, por parte da pessoa, aos regimes alimentares propostos, e na supervisão da ingestão alimentar, garantindo que os alimentos não sejam ocultados. A pessoa deve ser acompanhada durante a refeição e uma hora após a mesma, para evitar a regurgitação voluntária dos alimentos ingeridos ⁽¹¹⁾.

A actuação do enfermeiro neste foco prende-se ainda com a colaboração em equipas multidisciplinares, nomeadamente recorrendo a nutricionistas para a elaboração de uma dieta adequada à recuperação progressiva, que seja atractiva (uma vez que os alimentos ricos em lípidos e glícidos são particularmente repulsivos para pessoas com anorexia nervosa) e tolerável a nível cultural e económico ⁽⁵⁾.

O ensino alimentar constitui uma das principais intervenções de enfermagem, no sentido de apresentar alimentos que possam constituir uma nova base alimentar para o período de recuperação e, posteriormente, para toda a vida. Contudo, este ensino não deve focar directamente o aumento da ingestão de alimentos ou o ganho de peso, mas antes centrar-se na recuperação gradual de um estilo de vida saudável e na apresentação de restrições e recompensas pela adesão à dieta ⁽⁵⁾.

Esta ideia centra-se num contrato terapêutico em que são combinadas as condições do

processo de cura, apresentando não só os benefícios em manter o plano traçado, mas também as consequências do seu incumprimento, que devem ser apresentadas não como punição, mas apenas como causa directa da quebra do contrato ⁽⁵⁾.

A pesagem diária, utilizando a mesma balança, é uma das medidas de controlo mais importantes, uma vez que permite não só acompanhar o aumento de peso (1Kg a 1.5Kg por semana), mas também identificar situações em que a pessoa compense com excesso de exercício físico a impossibilidade de regurgitar as refeições, devido à supervisão a que está a ser sujeita nesses momentos.

Cabe ainda ao enfermeiro conhecer e encaminhar a pessoa e sua família para outros recursos existentes na comunidade, sempre que identificar a necessidade de auxílio ou aconselhamento adicionais. Assim, importa referir que existem organizações dispostas a proporcionar este apoio e a colaborar no processo de tratamento.

A nível nacional, é o caso da *Associação dos Familiares e Amigos dos Anoréticos e Bulímicos*, criada em 1998 com o apoio da Comunidade Médica e Científica, e composta pelos familiares e amigos das pessoas com perturbações alimentares. Esta associação dedica-se à defesa dos direitos destas pessoas, exigindo as condições necessárias para um tratamento bem sucedido, a apoiar as suas famílias, e à prevenção da doença, colaborando no seu estudo e investigação ⁽¹⁰⁾. Proporciona a partilha de experiências e encontros regulares entre os seus membros, contribuindo para diminuir sentimentos de solidão e isolamento nestas situações. Actualmente, existem

também diversos núcleos de apoio hospitalar especializados nestes casos, sendo exemplos as Consultas de Doenças do Comportamento Alimentar dos Serviços de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, em Lisboa, do Hospital de S. João, no Porto, ou do Hospital de S. Marcos, em Braga.

Considerações finais

Apesar das perturbações alimentares serem uma realidade no Mundo em que vivemos, actualmente são um problema que já pode ser tratado.

A anorexia nervosa é uma doença frequente nos dias que correm, embora poucas pessoas recorram aos serviços de saúde em busca de ajuda, devido ao facto de negarem o problema ou considerar que o podem resolver por si próprias.

A equipa de Saúde Mental, em conjunto com profissionais de saúde de outras áreas consegue chegar junto das pessoas com este tipo de distúrbio e capacitá-las de modo a tornarem-se pessoas mais saudáveis e capazes de reflectir sobre a origem dos seus problemas.

No seio dessa mesma equipa, o enfermeiro tem um papel de extrema relevância, visto que cabe a este estabelecer uma relação de confiança com a pessoa com anorexia nervosa e fazê-la compreender a dimensão e consequências do seu problema. Esta relação de confiança permitirá também que a pessoa com anorexia compreenda que tem uma doença e que esta deve ser tratada, sendo que essa atitude será facilitadora durante todo o tratamento.

O papel do Enfermeiro é também bastante importante no que concerne à família da

pessoa com anorexia nervosa. A realização de sessões de educação para a saúde, explicando assim aos familiares a natureza do problema e como estes podem ajudar ao longo do tratamento é um aspecto de importância fundamental.

Referências Bibliográficas e Electrónicas

- (1) BIGHETTI, Felícia. Tradução e Validação do Eating Attitudes test em adolescentes do sexo feminino na cidade de ribeirão preto. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2003. Dissertação de Mestrado. Disponível em URL: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-12042004-234230/pt-br.php>
- (2) OLIVEIRA, Letícia. Padrões Disfuncionais de Interação em Famílias de Adolescentes com Anorexia Nervosa. Porto Alegre: Unidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004. Dissertação de Mestrado. Disponível em URL: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/13412/000648831.pdf?sequence=1>
- (3) BORGES, Nádia J.B.G; SICCHIERI, Juliana M.F; RIBEIRO, Rosane P.P; MARCHINI, Júlio S; SANTOS, José E. Transtornos Alimentares: Quadro Clínico. Ribeirão Preto: Simpósio sobre Transtornos Alimentares – Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa, 2006. pp. 344 -345. Pode ser consultado na íntegra através do URL: http://www.fmrp.usp.br/revista/2006/vol39n3/4_t_ranstornos_alimentares_quadro_clinico.pdf
- (4) O'BRIEN, Patricia; KENNEDY, Winifred; BALLARD, Karen. Enfermagem em saúde mental – uma integração de teoria e prática. McGraw Hill. Lisboa. 2002. ISBN: 972-773-071-X
- (5) TOWNSEND, Mary. Psychiatric Mental Health Nursing – Concepts of care in evidence based practice. 5ª edição. F.A. Davis Company. Philladelphia. 2006. ISBN: 0-8036-1451-9
- (6) TORRES, Sandra; GUERRA, Marina. A construção de um instrumento de avaliação: das emoções para a anorexia nervosa. Porto: PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS, 2003. [consultado a 28 de Novembro de 2010 – 14:49]. Disponível em URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/5524/2/A%20constru%20c%27a%20de%20um%20instrumento%20de%20avalia%20c%27a%20das%20emo%20c%27a%20b5es%20para%20a%20anorexia%20nervosa.pdf>
- (7) APPOLINÁRIO, José Carlos; CLAUDINO, Angélica. Transtornos Alimentares. Brasil: Revista Brasileira de Psiquiatria, 2000. Vol.22. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600008
- (8) TORRES *et al.* Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa da Entrevista de Diagnóstico das Perturbações do Comportamento Alimentar-IV (IDED-IV) Específica para a Anorexia Nervosa. FPCEUP - Artigo em Revista Nacional. ISSN 0871-3413. 22 (4/5): 113-9 (2008). Disponível em URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9188>
- (9) DUNKER, Karin Louise Lenz; PHILIPP, Sonia Tucunduva. Hábitos e Comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia Nervosa. Artigo na Revista de Nutrição de Campinas. 16(1): 51-60 (2003). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/pdf/m/v16n1/a05v16n1.pdf>
- (10) ASSOCIAÇÃO DE FAMILIARES E AMIGOS DOS ANORÉTICOS E BULÍMICOS. Quem somos? Matosinhos: AFAAB, 2007. Disponível em URL: <http://afaab.org/index.php?secid=3>
- (11) RODRIGUES, Luana S. Papel do Enfermeiro na saúde do adolescente com anorexia nervosa. Brasília: [s.l.], 2009. Disponível em URL: <http://www.monografias.brasilecola.com/enfermagem/papel-enfermeiro-na-saude-adolescente-com-anorexia.htm>



Fonte: <http://www.apcpequisa.com/anorexia.jpg>

Aleitamento Materno

Porque é importante a saúde do seu bebé

Andreia Cordeiro - Catarina Guerreiro - Gláucia Pereira - Nisa Cordeiro - Ana Lúcia Ramos

Resumo

Atualmente, o aleitamento materno é considerado uma prioridade da saúde pública (ANA; ROCHA, 2008; p. 1), não devendo ser encarado apenas sob ponto de vista fisiológico, mas também psicológico e cultural (ARAÚJO *et al*, 2008; p. 489).

Neste âmbito, surge o artigo de revisão bibliográfica, com o objetivo de esclarecer as diferenças entre o aleitamento materno e o artificial; informar sobre os benefícios do aleitamento materno, o processo de amamentação e como este influencia a vivência da sexualidade do casal. Desta forma, a intervenção do enfermeiro torna-se fundamental, na promoção da saúde.

As bases de dados utilizadas para a realização do presente artigo foram as seguintes: b-on, SciELO e RCAAP.

Palavras-chave: *aleitamento materno, enfermeiro, sexualidade.*

Abstract

Nowadays, breastfeeding is considered a public health priority (ANA; ROCHA, 2008; p. 1), so it shouldn't be seen only from physiological point

of view, but also from psychological and cultural (ARAÚJO *et al*, 2008; p. 489).

In this context, arises the article of literature review, which aims to clarify the difference between breastfeeding and artificial feeding, emphasizing the benefits of breastfeeding, also this process, and how this influences the couple sexuality. Thus, the nursing intervention becomes essential on health promotion.

The databases used were the following: b-on, SciELO and RCAAP.

Keywords: *Breastfeeding, Nurse, Sexuality.*

Introdução

Ao longo dos tempos tem-se vindo cada vez mais a repensar a qualidade dos cuidados de saúde em Portugal. De acordo com o Plano Nacional de Saúde Materna e Neonatal (2006; p. 2), a Saúde Materna e Infantil é uma das áreas que mais tem evoluído nos últimos anos e investido na promoção do aleitamento materno.

Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) recomendam o aleitamento materno exclusivo até aos primeiros seis meses de vida do lactente (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2002; p. 4). No entanto, *nos países desenvolvidos, a maioria das mães começa a administrar o biberão, ou outros alimentos artificiais, antes dos quatro meses* (CARDOSO, 2006; p. 51), pelo que se torna relevante elaborar um artigo sobre esta temática.

Aleitamento Materno ou Artificial?

O aleitamento materno é o processo pelo qual o bebé recebe o leite materno, diretamente da mama ou depois de extraído da mesma, dado

por biberão (PINTO, 2008; p. 58), sendo considerado *critério de qualidade dos cuidados de saúde perinatais*, de acordo com o Plano Nacional de Saúde 2004/2010 (2004; p. 28).

O aleitamento materno subdivide-se em quatro categorias (WHO, 1991; p. 3), sendo estas:

- ❖ Aleitamento materno exclusivo, no qual o bebé recebe apenas leite materno, não recebendo outro líquido ou sólido à exceção de suplementos vitamínicos ou medicamentos, se necessário;
- ❖ Aleitamento materno predominante, o bebé recebe leite materno, mas também pode receber água, chá, sumos de fruta;
- ❖ Aleitamento materno total, sendo a junção do aleitamento materno exclusivo e predominante;
- ❖ Aleitamento complementado, o bebé recebe leite materno e outros alimentos líquidos, sólidos e semissólidos, (WHO, 1991; p. 3).

Por outro lado, o aleitamento artificial constitui-se como alternativa ao leite humano. É *nutricionalmente modificado*, de forma a satisfazer as necessidades do bebé, na impossibilidade deste amamentar (OPPERMAN; CASSANDRA, 2001; pp. 84; 85).

Porque se deve optar pelo aleitamento materno?

O aleitamento materno é considerado um dos pilares fundamentais para a promoção e proteção da saúde das crianças em todo o mundo (KUMMER *et al*, 2000; p. 144). Isto porque, se encontra a uma temperatura adequada, é esterilizado e possui propriedades nutricionais, anti-infecciosas e imunológicas (CARDOSO, 2006; pp. 39; 40). O aleitamento materno não só fornece nutrientes para um

crescimento e desenvolvimento saudáveis do lactente, como também propicia um estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho (LUTTER *et al*, 2002; p. 12 cit. por CARDOSO, 2006; p. 47), sendo considerado um ato que *simboliza o amor incondicional* (DALAI-LAMA, 2003; p. 57 cit. por CARDOSO, 2006; p. 44).

Para além das vantagens socioeconómicas (leite materno económico, prático, disponível a qualquer hora), existem ainda vantagens para a mãe, nomeadamente, através da amamentação, mais facilmente recupera o seu peso anterior e o risco de ocorrerem depressões pós-parto, cancro do ovário e da mama é mais reduzido (CORDERO *et al*, 2005 cit. por CARDOSO, 2006; p. 47).

Desta forma, desde que não existam contra-indicações para amamentar, o aleitamento materno é considerado a melhor opção de alimentação dos lactentes.

Neste sentido, compete ao enfermeiro informar a grávida sobre as vantagens e desvantagens do aleitamento materno e artificial, bem como esclarecer todas as suas dúvidas e fornecer os recursos necessários, para que a mulher possa ponderar e decidir a opção que melhor se adequa a si própria. Assim, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) 2.0 (2011), considera-se pertinente o seguinte diagnóstico de enfermagem:

Diagnóstico de Enfermagem: **Risco de angústia moral**

Intervenções:

- # Incentivar a Sr.^a a exprimir as suas dúvidas, perceções e sentimentos, relativamente à amamentação;
- # Escutar ativamente;

Assistir a Sr.^a na identificação de fatores positivos e negativos, no que respeita à amamentação;

Aconselhar a Sr.^a no âmbito do seu processo de decisão, reforçando que esta deve ser ponderada e nunca tomada sob stress ou pressões externas (MCCLOSKEY, 2004; p. 191).

Resultado de Enfermagem: **Angústia moral ausente.**

O processo da amamentação

De acordo com Seeley (2003; p. 1102), a lactação consiste na produção de leite pela mama, ocorrendo na puberdade o desenvolvimento das glândulas mamárias, devido à ação do estrogénio, progesterona, prolactina, hormona de crescimento, entre outras (FIGUEIREDO, 2005; pp. 275-276).

Durante a gravidez existe um crescimento da glândula mamária, isto é, uma alteração hormonal causada pela elevada concentração de estrogénio e progesterona, sendo o estrogénio, o principal responsável por este aumento (SEELEY, 2003; pp. 1102). Por sua vez, a prolactina – hormona responsável pela produção de leite, que é produzida durante o primeiro trimestre da gravidez, irá aumentar a sua concentração à medida que aumenta o tempo de gestação. No entanto, o efeito de secreção de leite está inibido devido à ação do estrogénio e da progesterona (FIGUEIREDO, 2005; p. 279).

Após o nascimento do bebé, e com a dequitação da placenta, dá-se uma diminuição de estrogénio e de progesterona, iniciando-se o processo de produção de leite – lactogénese, definido pela ação da prolactina (FIGUEIREDO, 2005; p. 279). Nos primeiros dias após o parto, as glândulas mamárias segregam

colostro – líquido que contém menos lactose que o leite e tem menos gordura, fornecendo ao bebé, anticorpos e nutrientes (SEELEY, 2003; p. 1102).

Ao terceiro dia após o nascimento dá-se a chamada *descida do leite*, que causa um aumento da consistência mamária, tornando as mamas mais pesadas e dolorosas (FIGUEIREDO, 2005; p. 281). O bebé, ao realizar a sucção, desencadeia uma resposta reflexa, por estimulação do mamilo levando à produção de leite. Concomitantemente, é libertada oxitocina, uma hormona que irá estimular a libertação de leite pela mama (SEELEY, 2003; p. 1103).

Durante este processo podem ocorrer algumas complicações, tais como:

Ingurgitamento mamário

Congestão do sistema vascular e/ou linfático a nível mamário, provocada por obstruções dos ductos lacteos ou malformações mamilares. Usualmente, manifesta-se por um aumento do volume das mamas e por dor (ABRÃO, 2006; pp. 231-232);

Macerações mamilares

Caracterizam-se pela destruição da pele e/ou mucosa dos mamilos, sendo causadas por sucção não eficiente; redução da proteção natural mamária ou pelo consumo de determinados fármacos. Na maioria dos casos causam dor e ardor (ABRÃO, 2006; pp. 231-232);

Mastite

Segundo a OMS (2000; p. 7), caracteriza-se por um processo inflamatório do tecido mamário, que pode ou não ser acompanhado por uma infeção. De um modo geral, é

desencadeado por uma obstrução dos ductos lácteos ou pela presença de portas de entrada para os microrganismos nos mamilos – tais como feridas e fissuras. Manifesta-se sobretudo por calor, rubor e edema (PORTO *et al*, 2005; p. 294).

Neste âmbito, é importante que a mulher compreenda as alterações fisiológicas que se dão no seu corpo, para que melhor se possa adaptar ao processo de amamentação. Desta forma, o enfermeiro deve promover o conhecimento da mulher acerca de todo este processo e clarificar o mesmo, pelo que se torna importante o seguinte diagnóstico de Enfermagem:

Diagnóstico de Enfermagem:

Conhecimento [sobre o processo de amamentação] diminuído

Intervenções:

- # Validar os conhecimentos da Sr.^a sobre o processo de amamentação e sobre os diferentes tipos de aleitamento existentes;
- # Explicar à Sr.^a como decorre o processo de amamentação;
- # Incentivar a Sr.^a a exprimir as suas dúvidas, medos, mitos e crenças relativamente ao processo de amamentação, escutando-a ativamente;
- # Reforçar a importância do aleitamento materno exclusivo, pelo menos até ao sexto mês de vida do bebé, bem como o seu relevante contributo para o processo de vinculação;
- # Explicar que a amamentação tem horário livre;
- # Ensinar a mulher a lubrificar com leite materno a região mamilo-areolar, após cada mamada;

Explicar à mulher a importância de alternar a primeira mama que oferece ao bebé, em cada mamada (ABRÃO, 2006; pp. 229-231).

Resultado de Enfermagem:

Conhecimento [sobre o processo de amamentação] melhorado.

E de que forma é influenciada a sexualidade, perante a amamentação?

A OMS define sexualidade como a *energia que nos motiva para procurar o amor, contacto, ternura e intimidade (...) integra-se no modo como nos sentimos, nos movemos, tocamos e somos tocados (...) influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental* (CAETANO, 2003 cit. por MAGALHÃES, 2006; p. 16). Durante o período de amamentação, ocorrem alterações físicas e psicológicas na mulher, que influenciam os seus sentimentos *relativamente a si própria e na relação com o companheiro* (FERNANDES, 2010; p. 317). Segundo Figueiredo; Silva (2005; p. 23), esta prática promove o aumento dos níveis de prolactina e a redução dos níveis de estrogénio, inibindo a libido e a lubrificação vaginal. A amamentação pode também despertar sensações eróticas na mulher, satisfazendo-a sexualmente (GRAÇA, 2010; p. 35). Para além disso, as mamas assumem um duplo papel – materno e sexual – que se pode refletir na autoimagem da mulher e na forma como o seu companheiro a reconhece (CARDOSO, 2006; p. 82).

De acordo com Figueiredo; Silva (2005; p. 21) a disponibilidade física e mental da mulher para a intimidade com o seu companheiro está associada aos fatores supracitados, o que *vai repercutir-se na sexualidade do casal*

(CARDOSO, 2006; p. 82). Torna-se, portanto, evidente que a adaptação ao papel parental, e a conciliação deste com o papel conjugal, são essenciais para que a amamentação seja uma experiência gratificante (CARDOSO, 2006; p. 96). Assim, também é importante o envolvimento do companheiro neste processo, devendo assumir uma atitude positiva e de incentivo à amamentação, promovendo a autoestima e confiança da mulher (LOWDERMILK; PERRY, 2008 cit. por ALVES *et al*, 2007; p. 34).

Neste sentido, o enfermeiro deve esclarecer e preparar a mulher e o seu companheiro para esta fase de mudança, bem como acompanhar a sua adaptação e promover a comunicação entre ambos. Desta forma, será possível gerirem adequadamente a sua relação, enquanto pais e casal (PINTO, 2008; p. 59).

Diagnóstico de Enfermagem:

Risco de autoimagem negativa

Intervenções:

- # Interpretar as percepções da Sr.^a em relação à sua autoimagem;
- # Validar os conhecimentos da Sr.^a sobre as alterações que poderão decorrer do processo da amamentação;
- # Incentivar a Sr.^a a exprimir as suas dúvidas, medos e crenças, escutando-a ativamente;
- # Promover a comunicação entre o casal;
- # Incentivar o companheiro a apoiar e elogiar a Sr.^a, bem como reforçar positivamente a amamentação (ALVES *et al*, 2007; p. 36).

Resultado de enfermagem: Autoimagem negativa ausente

A importância do Enfermeiro

O contributo do Enfermeiro no sentido da promoção do aleitamento materno é bastante

relevante, nomeadamente no que concerne ao apoio à mãe e pai/companheiro, *forneendo (...) ajuda clara, objetiva e coerente sobre a prática da amamentação* e a sua importância (PORTO *et al*, 2005; p. 270). Deste modo, compete ao Enfermeiro esclarecer, informar, aconselhar, encorajar e ensinar os futuros pais, permitindo a capacitação dos mesmos não só para a prática da amamentação, mas também para a adaptação à parentalidade (LOWDERMILK; PERRY, 2006; p. 431). Não obstante, o Enfermeiro deve tomar sempre em consideração os conhecimentos, crenças, mitos e experiências da mulher relativamente ao processo de amamentação (ABRÃO, 2006; p. 227).

Lowdermilk; Perry (2006; p. 434) e Abrão (2006; p. 223) defendem que as intervenções supracitadas devem ter início desde o primeiro trimestre de gestação, durante o qual o Enfermeiro é também responsável pela realização do exame físico da grávida. Através do mesmo, é possível despistar modificações que possam influenciar a amamentação, como é o caso dos mamilos invertidos (ABRÃO, 2006; p. 227). Note-se ainda, que o Enfermeiro deve desenvolver capacidades de comunicação verbal e não verbal, bem como estabelecer uma relação empática e de confiança com a mulher, tal como Porto *et al* (2005; p. 270) e Abrão (2006; p. 228) enfatizam.

Finalmente, torna-se importante referir que estão a ser tomadas iniciativas no âmbito da promoção do aleitamento materno e sensibilização dos profissionais de saúde para a defesa do mesmo. Entre estas, destaca-se a Semana Mundial do Aleitamento Materno e a expansão da Rede de Cantinhos da Amamentação – integrada na Rede de

Cuidados de Saúde Primários, na qual os Enfermeiros implementam diversas intervenções, tendo *disponibilidade diária para o acompanhamento presencial de dificuldades na amamentação* (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2011).

Desta forma, os Enfermeiros poderão prestar cuidados personalizados e adequados a cada mulher que está ou irá amamentar, e só assim, ela se sentirá apoiada e compreendida no seu papel de mãe.

Considerações Finais

O aleitamento materno é hoje em dia, considerado um tema de grande enfoque na prestação de cuidados materno-fetais, pelo que o enfermeiro deve incentivar à adesão do mesmo, quer nos serviços de puerpério, quer nos cuidados de saúde primários.

Assim, o enfermeiro deve promover a adesão ao aleitamento materno, do qual advêm várias vantagens para a saúde da mãe e do bebé, permitindo por conseguinte que o recém-nascido adquira maior imunidade, pelo facto do leite materno ser rico em fatores nutricionais. Para além disso, existem também benefícios a nível económico e ambiental, sendo a não adesão deste, uma problemática da saúde pública.

Neste sentido, torna-se importante reforçar que a comunicação entre o casal é um fator determinante para a adaptação do mesmo a esta nova fase, pelo que o apoio do companheiro contribui para o sucesso da amamentação.

Em suma, tornou-se relevante a elaboração do artigo, o qual permitiu a reflexão sobre a importância do aleitamento materno e das competências do enfermeiro neste âmbito.

Assim, considera-se que os objetivos inicialmente definidos foram alcançados, com base nas diversas fontes analisadas.

Referências

- ANA, Isabel Leal; ROCHA, Margarida. *A amamentação: uma revisão teórica e empírica*. Atas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Porto: Universidade do Porto, 2008. Disponível em URL: http://www.isabel-leal.com/portals/1/pdfs/livros_atas/a%20amamentacao%20uma%20revisao%20teorica%20e%20empirica.pdf [04-12-2011; 22:21];
- ABRÃO, Ana Cristina Freitas. *In Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal*. Sónia Maria Barros. São Paulo: Manole, 2006. ISBN: 85-204-2206-3;
- ALVES et al. *A representação do papel do pai no aleitamento materno*. Revista Percursos. Nº 18. Setúbal: Departamento de Enfermagem – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, 2010. ISSN: 1646-5067. Disponível em URL: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n18.pdf [08-12-2011; 21:47];
- ARAÚJO et al. *Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce*. Brasília: Revista Brasileira de Enfermagem, 2008. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n4/15.pdf> [04-12-2011; 22:37];
- CARDOSO, Lídia. *Aleitamento Materno – Uma Prática de Educação para a Saúde no âmbito da Enfermagem Obstétrica*. Minho: Instituto de Educação e Psicologia – Universidade do Minho, 2006. Disponível em URL: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6680/1/L%25C3%25ADdiaCardoso%2520-%2520Vers%25C3%25A3o%2520Final.pdf> [08-12-2011; 16:39];
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. *Plano Nacional de Saúde Reprodutiva*. Disponível em URL: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/> [05-10-2011; 12:39];
- FERNANDES et al. *Sexualidade e Amamentação: que implicações para o casal? In Vulnerabilidades na gravidez e no pós-parto Contributos*. Corrente dinâmica, 2010. ISBN: 978-989-966-17-0-7. Disponível em URL: www.correntedinamica.com/lvrcongrabril2010.pdf [05-12-2011; 21:53];
- FIGUEIREDO, Bárbara; SILVA, Ana I. *Sexualidade na Gravidez e após o Parto*. In *Psiquiatria Clínica*. Coimbra, 2005. Vol. 25, nº 3;
- FIGUEIREDO, Nélia. *Práticas de Enfermagem: Ensinando a Cuidar da Mulher, do Homem e do Recém-nascido*. 1ª ed. Brasil: Yendis Editora S.A., 2005. ISBN: 85-98859-05-2;
- GRAÇA, Luís Carvalho. *Contributos da intervenção de Enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno – Um estudo quasi-experimental*. Tese de Doutoramento em

Enfermagem. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa e Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010;

[INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES.](#) *Cipe 2.O.: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 2.* 2011. ISBN: 978-92-95094-35-2. Disponível em URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowseCIPE.aspx> [02-11-2011; 23:54].

KUMMER, Suzane C *et al.* *Evolução do padrão de aleitamento materno.* Rev. Saúde Pública [online]. Vol. 34, nº 2. São Paulo: Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública, 2000. ISSN 0034-8910. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1949.pdf> [08-12-2011; 17:11];

LOWDERMILK, Deitra; PERRY, Shannon. *Enfermagem na Maternidade.* 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-16-1;

MAGALHÃES, Raquel Sofia Moutinho. *Promoção da Saúde em Instituição de Apoio a Prostitutas/as: Perspetivas de Técnicos e Utentes.* Minho: Universidade do Minho – Instituto de Estudos da Criança, 2006. Disponível em URL: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6212/3/corpo%20da%20tese.pdf> [26-11-2011; 11:43];

MCCLOSKEY, Joanne; BULECHEK, Gloria. *Classificação das Intervenções de Enfermagem.* 3ª ed. São Paulo: Artmed Editora, 2004. ISBN: 85-7307-819-7;

OPPERMAN, Cathleen S.; CASSANDRA, Kathleen A.. *Enfermagem Pediátrica Contemporânea.* Loures: Lusociência, 2001. ISBN: 972-8383-19-3;

PINTO, Tiago Vieira. *Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno na Comunidade – Revisão das Estratégias no Período Pré-natal e Após a Alta.* Porto: Centro de Saúde de Aldoar – Unidade de Saúde Familiar Serpa Pinto, 2008. ISSN: 0871-3413. Disponível em URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/am/v22n2-3/22n2-3a05.pdf> [08-12-2011; 23:38];

PORTO *et al.* *In Ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido.* Nébia Maria Figueiredo. São Paulo: Yendis, 2005. ISBN: 85-98859-05-2;

SEELEY *et al.* *Anatomia & Fisiologia.* 6ª ed. Loures: Lusodidacta, 2003. ISBN 972-8930-07-0;

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Indicators for Assessing Breastfeeding practices.* Genebra: Division Child Health and Development, 1991. Disponível em URL:

http://whqlibdoc.who.int/hq/1991/WHO_CDD_SER_9_1.14.pdf [03-12-2011; 20:58];

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding – A Systematic Review.* Genebra: Department of Nutrition for Health and Development Department of Child and Adolescent Health and Development, 2002. Disponível em URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NHD_01.08.pdf [03-12-2011; 21:14].

O Papel do Enfermeiro Perante a Família da Pessoa com Toxicodependência

A. Filipa Cândido; A. Rita Silva; A. Salomé Antunes; Inês Costa; Magda Folgado; Nádía Ferreira, Rui Sequeira

Resumo: Na elaboração deste artigo pretende-se dar importância à família no contexto da toxicodependência. Desta forma, através de diversas fontes, aclaramos os conceitos chave do artigo – família e toxicodependência; bem como o impacto da toxicodependência na família e alguns modelos de intervenção na família. Finalizamos este artigo com as intervenções do enfermeiro face a família do toxicodependente e o mesmo.

Palavras-chave: Toxicodependência, família, enfermeiro, intervenção

Abstract: the preparation of this article is to give importance to family in the context of drug abuse. Thus, through various sources, clarifying the key concepts of the article - family and drug abuse and the impact of drug abuse in the family and some models of family intervention. We terminate this article with assistance of nurses face the family of the addict and the same.

Key-words: Addiction, family, nurse, intervention

Nota Introdutória

A toxicod dependência representa um problema de saúde pública em todo o Mundo, sendo que 222 mil pessoas já injectaram drogas na Ásia Central, cerca de 2 milhões na América do Norte, 650 mil pessoas na América Latina, cerca de 3 milhões na Ásia de Este, cerca de 500 mil na Ásia do sul, cerca de 500 mil em África e cerca de 300 na Austrália. A maior prevalência verifica-se entre os 14 e os 35 anos, apesar de existirem estudos até aos 64 anos (EMRO, 2010).

Na Europa, segundo o boletim de estatística de 2010 da "European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction", cerca de 75 milhões de pessoas consumiram cannabis, 12 milhões consumiram anfetaminas e ecstasy e 14 milhões consumiram cocaína, ao longo da vida (EMCDDA, 2008).

Segundo o Plano Nacional contra as Drogas e Toxicod dependências, o consumo de drogas tem vindo a aumentar nos últimos anos, nomeadamente devido à quantidade de drogas existentes. Neste sentido, existe uma preocupação crescente acerca desta problemática. Podemos observar através da prevalência de consumo ao longo da vida que os números são grandiosos.

Actualmente, existe uma prevalência de consumo ao longo da vida de 12%² (dados de 2007) em Portugal do consumo de qualquer droga - cocaína, heroína, cannabis, LSD, ecstasy, anfetaminas, cogumelos alucinógenos, ...). Segundo o estudo nacional realizado em 2007, as drogas preferidas dos portugueses (entre os 15 e os 64 anos) são a Cannabis

(11,7%), Cocaína (1,9%) e Ecstasy (1,3%), e apesar do aumento da prevalência ao longo da vida de inúmeras substâncias ilícitas, houve uma diminuição nas taxas de continuação do seu uso (OEDT, 2008). A toxicod dependência deve ser vista de uma forma holística, sendo que o ser humano interage em diversas dimensões, como a família, grupo e comunidade.

Perspectivando os cuidados de Enfermagem de uma forma holística, pareceu-nos importante perante toda esta problemática a elaboração de um artigo acerca do papel do enfermeiro perante a família do toxicod dependente.

Assim sendo, dividimos o nosso artigo em 4 partes: contextualização da toxicod dependência, família e impacto da toxicod dependência, modelos de intervenção na família e por fim a família como intervenção.

Relativamente aos objectivos gerais deste artigo, pretende-se:

- Compreender a toxicod dependência e o seu impacto a nível mundial, europeu e nacional;
- Explicar no que consiste a toxicod dependência;
- Referenciar o impacto que a família tem no toxicod dependente;
- Descrever os modelos de intervenção na família;
- Expor a intervenção do enfermeiro junto da família do toxicod dependente.

Contextualização

As drogas que aumentavam desde 1990 diminuíram pela primeira vez em 2006. Entre 2001 e 2006 foi verificada uma diminuição

² Relatório Anual 2008 – A situação do País em Matéria de Drogas e Toxicod dependências. Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I.P. 2009. ISSN 1645-5630

generalizada do uso de substâncias ilícitas no 3º ciclo e Ensino Secundário (OEDT, 2008). Resultados de 2006 indicam uma diminuição da prevalência ao longo da vida de todas as substâncias ilícitas usadas entre alunos do 6º, 8º e 10º ano (com idades compreendidas entre 12 e 19 anos) com a excepção de inalantes e solventes (OEDT, 2008).

Resultados sobre o uso de drogas problemáticas em Portugal indicam que existem entre 6,2 e 7,4 utilizadores de drogas problemáticas por cada 1000 habitantes entre os 16 e os 64 anos e entre 1,5 e 3,0 para utilizadores de drogas injectáveis (OEDT, 2008). De acordo com a mesma fonte, a cannabis, cocaína e heroína são as substâncias com maior prevalência de uso nestas populações, assim como nos contextos anterior à prisão e na prisão (OEDT, 2008). Entre 2001 e 2007 houve uma diminuição generalizada na prevalência de drogas em ambos os contextos (OEDT, 2008). Uma redução importante foi verificada nas drogas intravenosas em comparação com 2001 (OEDT, 2008).

A Cannabis continua a ser a droga mais usada em Portugal e a sua visibilidade continua a aumentar em vários indicadores, sozinha ou em combinação com outras substâncias (OEDT, 2008). Não obstante, a heroína continua a ser a principal substância associada a consequências em saúde e especificamente na subpopulação de utilizadores de droga que procuram acesso a diferentes estruturas de tratamentos, mas as referências à cocaína, cannabis e álcool neste campo continuam a aumentar (OEDT, 2008). A presença da cocaína está cada vez mais a ser referenciada em alguns indicadores, nomeadamente relacionada com ambientes recreativos,

tratamentos e caracterização de mercados (OEDT, 2008).

Estudos recentes em contextos recreativos de Coimbra revelam que os utilizadores de drogas psico-activas com comportamentos sexuais de risco indicam que as substâncias mais usadas são o álcool, tabaco e cannabis, e a média de parceiros sexuais por pessoa sexualmente activa foi de 2,6% nos quais 64,5% experienciaram sexo sob o efeito de drogas³.

As populações marginais e socialmente desfavorecidas são as mais afectadas e numa altura em que a *"Europa está a entrar num período de austeridade económica, com níveis crescentes de desemprego entre os jovens, receia-se que esta situação se possa fazer acompanhar de um aumento das formas problemáticas de consumo de droga"*⁴.

A definição de toxicoddependência foi sofrendo evoluções ao longo dos anos e do avanço dos conhecimentos acerca deste tema. Na década de 80 e segundo os critérios de dependência do DSM III a toxicoddependência era definida como *"dependência física que se traduzia na tolerância e síndrome de privação (...) em que as alterações no funcionamento do indivíduo, tinham um papel secundário"* (GODINHO, 2008). Segundo os critérios do DSM IV TR, a toxicoddependência é hoje vista como um fenómeno comportamental, sendo definida como *"uma doença primária, crónica, neurobiológica, com factores genéticos, psicossociais e do ambiente que influenciam o seu desenvolvimento e manifestações;*

³ Ibidem

⁴ <http://net.invirtus.net/?p=3532> (Consultado no dia 26.12.2010 às 19:29)

caracteriza-se por comportamentos que incluem um ou mais dos seguintes sintomas: perda de controlo sobre o uso da substância, uso compulsivo, continuação da utilização apesar dos prejuízos causados e "craving" (GODINHO, 2006). Estes sintomas condicionam a vontade e capacidade de decisão do utilizador e são muito semelhantes noutras situações em que não existe uso de substâncias, como o jogo patológico, e ambos conduzem "a neuroadaptações nas vias da recompensa e a uma disfunção deste sistema" (GODINHO, 2008).

Hoje em dia considera-se que "o conceito de toxicodependência é independente das consequências físicas imediatas, como a intoxicação, a tolerância ou a síndrome de privação" (GODINHO, 2008) e só existe toxicodependência "quando há uma inversão da hierarquia das motivações, tornando-se o estímulo, substância ou não, o principal objectivo de vida do indivíduo, conduzindo a um marcado descontrolo comportamental e a uma significativa disfunção no funcionamento global da pessoa" (GODINHO, 2008).

A OMS não diverge na sua definição considerando-a "um estado psíquico, e por vezes também físico, resultante da interacção entre um organismo vivo e um produto tóxico, caracterizando-se por modificações do comportamento, e por reacções, que incluem sempre a compulsão para tomar drogas dum modo contínuo ou periódico, a fim de experimentar efeitos específicos ou de evitar o mal-estar da privação" (FONTE, [s.d])

Para muitos autores, incluindo Nuno Miguel, a "toxicodependência é o resultado do encontro numa pessoa com uma substância num

determinado momento e contexto" (MIGUEL, 1997) (MATOS, 2005) e, no desenvolvimento da toxicodependência todos estes factores são importantes." Segundo o mesmo autor, quanto mais uma pessoa é capaz de encontrar prazer de uma forma elaborada, mediatizada, mais protegida está em relação à tentação de procurar o prazer automático, imediato e manipulado das substâncias ou à possibilidade de ficar dele dependente quando o experimenta. Sendo a toxicodependência uma "doença integral que destrói a pessoa na vida física, mas sobretudo, na vida psicológica, afectiva e social" (PINTO, 1995) é considerado "um fenómeno social de contornos ilimitados, mas que acaba por atingir toda a sociedade" (PINTO, 1995) e "quando há um toxicodependente, toda a sua família fica doente, todos os amigos se preocupam, a própria sociedade tende a excluí-lo" (PINTO, 1995).

"O fenómeno da dependência é social, tem repercussões profundas nos comportamentos do grupo humano por onde o toxicodependente se move. Trata-se de um processo de degradação que vai poluindo todo o meio ambiente, tornando-o inabitável" (PINTO, 1995). "Somos todos, na sociedade, que temos de aprender e ensinar a viver. É que o problema é de todos" (PINTO, 1995). Neste sentido a toxicodependência deve ser alvo de integração na história familiar, perspectivada enquanto um período do seu percurso passado e futuro.

A capacidade de antecipar o futuro, pela pessoa (toxicodependente) e pela família, poderá pôr o tempo vivido de novo a rodar, dando espaço à evolução para uma vida

independente, também, das drogas (MARTINS, 2002).

Em suma, a toxicodependência é um fenómeno multi-determinado cujos factores familiares desempenham um papel crucial no seu surgimento, desenvolvimento e manutenção (BARROCAS, 2005), (MATOS, 2005).

Família e o Impacto do Toxicodependente

Primeiramente é necessário esclarecer o que significa família. Sendo que família pode ser definida como um grupo de pessoas que vivem juntas e partilham o mesmo espaço físico para dormir, comer, crescer, unidas por critérios espaciais, funcionais, como a realização sexual (reprodução), socialização das crianças, por graus de parentesco (laços de sangue ou afinidade) em que cada um tem responsabilidades sociais, como por exemplo os adultos criarem as crianças de modo a inseri-las no contexto de que fazem parte, ou seja, a sociedade.⁵ Segundo Adolphi (2008), a família é considerada, como sendo um *"sistema de interacção que supera e articula dentro dela os vários componentes individuais (...), um sistema entre sistemas e que é essencial a exploração das relações interpessoais e das normas que regulam a vida dos grupos significativos a que o indivíduo pertence, para uma compreensão do comportamento dos membros e para a formulação de intervenções eficazes"*.⁶

A família é tida como referência para qualquer indivíduo, formando parte do nosso desenvolvimento cognitivo, emocional, cultural

e relacional, sendo que o comportamento do toxicodependente resulta num contexto de incompatibilidades entre o indivíduo e a sua rede familiar.⁷ Existem alguns factores que contribuem para a predisposição para o abuso de drogas, tais como factores biológicos, psicológicos e ambientais (TOWNSEND, 2002). As famílias das pessoas dependentes de substâncias são de uma estrutura confusa, onde os membros que a compõem não apresentam relacionamentos e papéis definidos.

Todas as famílias se regem por regras que determinam tanto o funcionamento intrínseco da família bem como com o meio envolvente. Sharon Wegscheider identifica como importantes três regras da família de dependentes de substâncias tóxicas: desumana, rígida e fechada. Na primeira normalmente as regras são difíceis e irrealistas de serem cumpridas, havendo assim um estímulo para a manipulação dos outros e para a desonestidade, de modo a evitar-se castigos, sentimentos de culpa e rejeição. Na segunda, as regras desencorajam a mudança, não permitindo diferenças entre as pessoas e as situações. Na terceira e última característica, existem certos temas, sentimentos e informações que não podem ser abordados, e que deverão ser mantidos em família e lidos por cada pessoa individualmente (TOWNSEND, 2002).

Nas famílias com toxicodependentes prevalecem determinadas características, não se podendo generalizar para uma determinada tipologia, embora existam correlações que tenham de ser evidenciadas. A

⁵<http://repositorio-iul.iscte.pt/bitstream/10071/1275/6/Tese%20Revista.pdf> (Consultado no dia 24.11.2010 às 22:15)

⁶Idem

⁷ Ibidem

toxicodependência é transversal a toda a sociedade, abrangendo famílias de todos os estratos sociais. Nestas famílias, encontra-se presente grande dependência a nível psicológico do indivíduo à família, resultado dos processos de separação-individuação que ou não existem ou ocorrem de forma repentina. Existe assim um sentimento de dependência face às pessoas significativas generalizado, disfarçado por dependência ou consumo de uma substância psico-activa. É frequente nestas famílias terem acontecido situações de morte, ausência por abandono ou separação física, de um dos progenitores, sendo vivenciadas stressadamente pelos indivíduos.

As relações intra-familiares dos consumidores são ao nível da coesão familiar muito fracas, denotando falta de proximidade afectiva e quase perda de identidade própria. Na relação parental identifica-se uma enorme dependência mútua, sendo que esta surge antes da dependência de substâncias psicoactivas, não conseguindo o toxicodependente tornar-se autónomo por si só. Posto isto, o processo de autonomia, é muitas das vezes alcançado através da ruptura, não havendo uma separação saudável, mas sim uma separação carregada de sentimentos de culpa, traição, rejeição e abandono. A droga apesar de aumentar a dependência do consumidor à família cria uma sensação de pseudo-individuação e autonomia.⁸

Os estilos educativos existentes nestas famílias excepcionalmente são democráticos, verificando-se ou um estilo educativo baseado

na rigidez e autoridade ou num estilo pobre em regras, podendo também verificar-se uma combinação dos dois estilos. É também frequente que os pais, muitas das vezes, adoptem posturas distintas, facilitando a perturbação gerada. Estabelecem-se assim alianças negativas entre dois elementos (normalmente entre mãe e filho, onde existe um comportamento semelhante) contra outro elemento (normalmente o pai). Esta separação encontra-se relacionada com a necessidade que o consumidor tem de corresponder ao papel paterno, podendo o consumo de drogas ser entendido como um sinal da dificuldade de não correspondência. Se por um lado o consumidor tem o desejo de se assemelhar ao referencial paterno, por outro rejeita a masculinidade dominante do mesmo, rejeitando a ideia de indivíduo distanciado da vida familiar, pouco expressivo, dedicado excessivamente ao trabalho e vida social. A mãe vê na família e no filho a sua existência, não estando disposta de abdicar disso (sentimento de solidão, frustração, inutilidade), fazendo com que o indivíduo não se consiga libertar dessa relação, vivenciando um conflito intrínseco, pois sente-se zangado com o pai pela sua ausência mas também com a mãe, culpando-a implicitamente por não o deixar individuar-se como um ser autónomo.

A falha de comunicação, nestas famílias é enorme, existindo mensagens que se contradizem, o segredo, mitos familiares e utilização de alguns elementos da família como meios para comunicarem com os outros. Há que destacar o segredo e o mito familiar, que funcionam como protectores da organização da família, embora se baseiam em distorções da

⁸ Ibidem

realidade.⁹ A família aponta como culpados para o problema da toxicod dependência do consumidor, todos aqueles que pertencem ao meio envolvente mas que não estão directamente ligados ao seio familiar, particularmente os amigos. Esta culpabilização leva as famílias a fecharem-se sobre elas mesmas, dificultando a comunicação com os outros.¹⁰

A cada dia que passa, durante o tratamento, estas famílias funcionam não como um "porto-de-abrigo" (segurança, afecto), mas sim como "um espaço de histórias de vida marcadas pelo sofrimento, pela violência, pelo abuso sexual, pela desprotecção, pelo medo, pela doença, pela dependência, pela morte, pelas vivências traumáticas".¹¹

Contudo, a família quando procura as unidades de tratamento, já tentou solucionar o problema pelos seus próprios meios, sentindo-se impotente para o fazer. É habitual, as famílias durante o tratamento terem intervenções contraditórias, pois por um lado querem que o seu familiar se trate, embora por outro ponha em causa a competência dos técnicos na mudança do indivíduo.¹²

Modelos de Intervenção – Intervir com a família e toxicod dependente

A intervenção junto do toxicod dependente e da sua família é feita através de uma equipa multidisciplinar, constituída por médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos de serviço

social, entre outros, e tem como base uma intervenção no próprio indivíduo, a nível psicológico e social (biopsicosociocultural)¹³.

O enfermeiro deve intervir junto do toxicod dependente e família utilizando diferentes abordagens e modelos. Na nossa opinião, é de referir o Modelo de Avaliação Familiar de Calgary e Intervenção na Família e das intervenções Psico-educativas.

O Modelo de Calgary de intervenção na família (MCIF) está ligado ao Modelo de Calgary de avaliação na família (MCAF) e surge após adaptação do modelo de avaliação da família de *Tomm e Sanders* (1983). Este Modelo, por um lado, salienta e enfatiza as regras familiares, as teorias da vinculação, maneiras de controlo, crenças próprias, unidade, estrutura e o diagrama familiar e por outro baseia-se na "cibernética, comunicação e mudança"¹⁴ (*WRIGHT, 2002*).

O MCAF é um modelo teórico que aborda diversas dimensões na família e baseia-se em três grandes categorias; "a estrutural, a de desenvolvimento e a funcional".¹⁵ Posteriormente este modelo foi adaptado por Wright e Leahey (2000) em que associa a enfermagem e os conceitos familiares à teoria de sistemas, da cibernética (ciência da comunicação e da teoria do controlo) e da comunicação (modo como os indivíduos interagem uns com os outros), tal como o

⁹<http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicoddependencias/Paginas/ArtigoDetalhe.aspx?id=358> (Consultado no dia 11.12.2010 às 15:56)

¹⁰<http://repositorio-iul.iscte.pt/bitstream/10071/1275/6/Tese%20Revista.pdf> (Consultado no dia 20.11.2010 às 22:15)

¹¹ Idem

¹² Ibidem

¹³<http://www.arrisca.pt/DocsPDF/clit.pdf> (Consultado no dia 13.12.2010 às 11:43)

¹⁴ <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Familia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf> (Consultado no dia 23.11.2010 às 14:13)

¹⁵ Idem

modelo anteriormente citado. Este modelo diferencia um conjunto de conceitos a partir do anterior, tais como: sistema familiar; integra-se num sistema familiar maior e divide-se em sistemas mais pequenos, a família no seu todo é mais do que a soma de todas as suas partes individualmente, ao se afectar um membro é afectada toda a família, ser uma família significa ser capaz de criar um equilíbrio entre a mudança que surge e o seu novo equilíbrio, pois a mudança é um conceito importante neste modelo e os comportamentos dos indivíduos são melhor entendidos no contexto familiar do que individualmente (WRIGHT, 2002).

As famílias desempenham um papel importante no dia-a-dia da maioria das pessoas com problemas de toxicod dependência, vários estudos têm vindo a demonstrar a eficácia das intervenções psico-educativas nas famílias de doentes com patologia mental, como complemento do tratamento, contribuindo para a prevenção das recaídas e para o processo de recuperação, e também o bem-estar da família como um todo. (SEQUEIRA, 2010)

Segundo a OMS (2002) as intervenções psico-educativas são uma importante forma de abordagem ao próprio indivíduo e da sua situação. Goldman (1988) define-a como "a educação e a formação de uma pessoa que sofre de um distúrbio psiquiátrico, nos domínios do tratamento e da recuperação, com a aceitação da doença, cooperação activa no tratamento e aquisição de habilidades" (SEQUEIRA, 2010).

Neste sentido o papel do enfermeiro é ajudar o toxicod dependente e os seus familiares, quer

seja em sessões individuais ou em grupo, a aprenderem a detectar quais as necessidades relativamente à sua situação de dependência e quais as formas de lidar com os problemas que surgem no seu quotidiano. Na abordagem à família o objectivo principal é diminuir a ansiedade e fazer ensinamentos no sentido de aumentar a adesão ao tratamento.

Perante a intervenção à pessoa toxicod dependente é importante referenciar que os profissionais envolvidos no processo colaboram entre si em intervenções sistemáticas para com a família e o toxicod dependente, sendo a recuperação do problema um trabalho em conjunto, não pertencendo somente a um ou outro profissional, sendo que todos os profissionais que colaboram neste tratamento não estão dispensados de, para além da sua formação académica básica possuírem ainda uma formação específica no início do seu trabalho e ao longo do mesmo (SANCHES, 1996).

A pessoa toxicod dependente experiencia diversas alterações a nível do seu comportamento e, frequentemente essas alterações são sofridas por aqueles que estão mais próximos de si, disto a intervenção do enfermeiro não deve apenas passar pelo toxicod dependente mas sim por toda a família envolvente do mesmo (KIRBY, 1999).

A família e as pessoas significativas devem ser incluídos na sessão, sendo que numa primeira intervenção deve ser questionada a disponibilidade dos elementos da família para próximas sessões pois serão estes mesmos elementos que irão conseguir desempenhar um

papel de terapeutas de si mesmos, fazendo com que o sistema terapêutico seja eficaz, indo resolver e compreender melhor as contradições sentidas, indo explorar e transformar a sua própria estrutura (SANCHES, 1996).

Os consumidores substâncias tóxicas, frequentemente experienciam momentos não positivos, tais como a perda de todo o seu dinheiro, abandono escolar ou desemprego, entre outros. A família deve estar sensibilizada para promover a procura de ajuda nesses momentos (KIRBY, 1999).

Uma das intervenções do enfermeiro poderá ser: reforçar positivamente todos os esforços que o toxicodependente tem para se manter abstémio de drogas, promovendo uma relação de não julgamento perante o consumidor e uma escuta activa de todos os seus problemas (KIRBY, 1999).

Considerações Finais

A realização deste artigo foi resultado de um complexo processo de trabalho em equipa, onde destacamos o papel do enfermeiro junto da família do toxicodependente. Parte essencial deste processo deve-se ao professor Rui Sequeira que contribuiu bastante para a estruturação e evolução deste artigo.

Sumariamente, torna-se importante referir que a toxicodependência tem um grande impacto em todo o mundo, contribuindo assim, para um problema de saúde pública. Esta problemática é vista de uma forma holística e a família parte integrante deste processo, sendo que a toxicodependência, resulta num contexto de incompatibilidades do indivíduo e a sua rede familiar, achámos necessário abordar o papel do enfermeiro junto da família deste, através,

quer do Modelo de Avaliação Familiar de Calgary, quer da intervenção psico-educativa. Por conseguinte, julgamos ter atingido os objectivos propostos neste artigo.

Na elaboração deste artigo, aprofundámos o nosso saber teórico na Unidade Curricular de enfermagem de saúde mental que a posteriori vai-nos ser imprescindível no contexto de ensino clínico. No que toca a este tema, irá proporcionar-nos uma melhor prestação de cuidados de enfermagem personalizados e fundamentados bem como uma maior disponibilidade para incluir a família neste tratamento.

Referências Bibliográficas

- BARROCAS, João; PAIXÃO Rui - *Teoria Gounded, Relações Fraternais e Toxicodependência*. Revista Toxicodependências. Vol. 12 Nº3. Edição IDT. 2006. Pp. 49-63
- GODINHO, José - *Discurso Directo: Toxicodependências* Revista Toxicodependências. Edição IDT. Vol.14. Nº1. 2008. pp. 85-87
- GODINHO, José - *Reflexões sobre as terapêuticas e manutenção opióide - Discurso Directo*. Revista Toxicodependências. Edição IDT, volume 12, número 3. 2006. Pp. 83-86
- KIRBY C. Kimberly, et al; *Community reinforcement training for family and significant others of drug abusers: an unilateral intervention to increase treatment entry of drug users*; 17 February 1999.
- MARTINS, Ana Cristina - *Famílias: O tempo parado na (tóxico)dependência*. Revista

- Toxicodependências. Vol. 8 Nº2. Edição SPTT. 2002. Pp. 63-70
- MATOS, Ana – *Algumas considerações sobre o jogo relacional entre o toxicodependente e a sua família*. Revista Toxicodependências. Vol. 11. Nº3. 2005. Edição IDT. Pp.53-62
- MIGUEL, Nuno – *Toxicodependência: Uma perspectiva*. Revista Toxicodependências. Nº1. 1997. Pp. 25-30
- Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência (OEDT) 2008
- PINTO, Victor Feytor – *Perante a Toxicodependência. Uma atitude ética*. Revista Toxicodependências. Nº1. 1995
- Relatório Anual 2008 – *A situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. 2009. ISSN 1645-5630
- SANCHES, M. Carmo & PEIXOTO Manuel - *O todo não é a soma das partes*. 1996
- WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M.; *Enfermeiras e Famílias. Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. Terceira Edição. 2002. ISBN: 85-7241-346-4.
- FIGUEIREDO, Maria – *Enfermagem de família: um contexto do cuidar*. Porto, 2009. Disponível em URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Familia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf> (Consultado no dia 23.11.2010 às 14:13)
- RELVAS, Ana – *Histórias de famílias, história familiar e toxicodependência. Da compreensão à intervenção*. Revista Toxicodependências Edição SPTT: 1998. Disponível em URL: <http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Paginas/ArtigoDetalhe.aspx?id=358> (Consultado no dia 11.12.2010 às 15:56)
- Regional Office for the Eastern Mediterranean (EMRO). Disponível em URL: http://www.emro.who.int/asd/PDF/2010un_GROUPSTATEMENT.PDF (Consultado no dia 12.12.2010, às 16.06)
- [Http://repositorio-iul.iscte.pt/bitstream/10071/1275/6/Tese%20Revista.pdf](http://repositorio-iul.iscte.pt/bitstream/10071/1275/6/Tese%20Revista.pdf) (Consultado no dia 24.11.2010 às 15:19)
- [Http://www.arrisca.pt/DocsPDF/clit.pdf](http://www.arrisca.pt/DocsPDF/clit.pdf) (Consultado no dia 13.12.2010 às 11:43)
- [Http://net.invirtus.net/?p=3532](http://net.invirtus.net/?p=3532) (consultado no dia 26.12.2010 às 19:29)

Referências Electrónicas

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Disponível em URL:

<http://www.emcdda.europa.eu/stats10/gps> (Consultado no dia 12.12.2010, às 15.43)

FONTE, Carla – *Comportamentos aditivos: Conceito de droga, Classificações de drogas e tipos de consumo*. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – UFP. [s.d.]. Disponível em URL: <http://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/533/1/104-112FCS2006-10.pdf> (Consultado no dia 22.11.2010 às 14:19)

