



26ª Edição

outubro - dezembro 2012

Percursos

Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem
da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

NUMERO TEMÁTICO
INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

FICHA TÉCNICA

Publicação Periódica
com periodicidade trimestral

Ano 7, Nº 26
ISSN 1646-5067

Editor
António Freitas
antonio.freitas@ess.ips.pt

Coordenação Científica
Lucília Nunes
lucilia.nunes@ess.ips.pt

Os artigos, aprovados para esta
edição são da exclusiva
responsabilidade dos seus autores.

Sumário

Editorial.....	2
Promovendo uma Infância Melhor	3
Plano Nacional para a Prevenção da Delinquência Juvenil”: Contributos da Enfermagem	16
Quotidiano Digital: a influência da internet na saúde das crianças e dos adolescentes	23
Os pais e a hospitalização do recém-nascido prematuro	30
Passo a passo caminhamos para o sucesso: a problemática dos acidentes em ambiente doméstico/ familiar nas crianças	41
Brincar...essencial ao desenvolvimento: os olhares atentos dos Enfermeiros	49



Por: Ana Lucia Ramos

Este número da Revista Percursos, pela natureza dos artigos publicados, assume uma tendência temática, por isso designado infância e adolescência.

Engloba artigos que, na sua maioria, foram elaborados pelos estudantes do 3.º ano, nos anos letivos 2010/2011 e 2012/2013, no âmbito da Unidade Curricular de Enfermagem VII – Criança e Adolescente e da Unidade Curricular Opcional de Sociologia da Infância e do Adolescer.

O presente número temático inicia com o artigo **Promovendo uma infância melhor**, que pretende sensibilizar os leitores para a adoção de estilos de vida mais saudáveis desde cedo, uma vez que só desta forma será possível promover o desenvolvimento adequado da criança e jovem, envolvendo a família e combatendo as desigualdades sociais em saúde existentes.

As alterações que ocorrem na nossa sociedade têm efeitos a vários níveis. Atualmente, a temática da delinquência juvenil vem sendo cada vez mais abordada em diferentes palcos da sociedade. O artigo **Plano Nacional para a Prevenção da Delinquência Juvenil”: Contributos da Enfermagem**, procura contextualizar a problemática e identificar possíveis contributos que os enfermeiros poderão ter no plano de prevenção.

Um dos objetivos da adolescência constitui a aquisição da autonomia psicossocial, para a qual é fundamental o desenvolvimento da identidade de si próprio. À medida que o adolescente vai adquirindo melhor conhecimento de si, vai sentir-se cada vez mais seguro o que permite a ponte para estabelecer contactos e relacionamentos com outras pessoas.

Tradicionalmente, o adolescente inicia estes contactos face-a-face. No entanto, vários estudos indicam-nos que parte desses contactos passou agora a ser iniciada pela internet.

Mas por que razão a comunicação *online* é tão atraente para os adolescentes? Quais os riscos e oportunidades associados a este comportamento? O artigo **Quotidiano Digital: a influência da internet na saúde das crianças e dos adolescentes** pretende responder a estas e a outras tantas questões.

O nascimento de uma criança encontra-se, na maioria das vezes, associado a sentimentos positivos de emoção e alegria. Contudo, quando o momento do nascimento não ocorre como planeado, são despoletados na recente família sentimentos negativos e angústia que podem interferir na promoção da parentalidade, como os leitores poderão constatar no artigo **Os pais e a hospitalização do recém-nascido prematuro**.

Apesar de todo o avanço das sociedades, os acidentes surgem nas principais causas de morte, constituindo uma realidade com efeitos preocupantes a diferentes níveis, quer estatisticamente, como também a nível das comunidades, família e pessoa afetada.

Em Portugal, os acidentes constituem a principal causa de morte desde o primeiro ano de vida da criança até à fase adulta, merecendo destaque no artigo **Passo a passo caminhamos para o sucesso: a problemática dos acidentes em ambiente doméstico/ familiar nas crianças**, que contextualiza o problema, os fatores que nele intervêm e evidencia o contributo da intervenção dos enfermeiros.

Por fim, o artigo **Brincar...essencial ao desenvolvimento: O olhar atento dos Enfermeiros** conduz os leitores à importância que a brincadeira tem na infância e no contributo fundamental da mesma quer no crescimento e desenvolvimento da criança, quer no estreitamento de ligações e comunicação familiares, bem como recurso importante a ser utilizado na abordagem à criança.

Boas leituras!

Promovendo uma Infância Melhor

Ana Serafim¹, Ana Jacinto¹, Maria Franco¹,
Mariana Reis¹, Francisco Vaz²

Resumo

Atualmente, a comunidade portuguesa depara-se com a problemática de adoção de estilos de vida pouco saudáveis pelos seus membros, que se refletem negativamente na sua saúde. De forma a minimizar o seu impacto, o enfermeiro assume um papel importante na promoção da saúde desde a infância, para incutir comportamentos promotores de saúde desde cedo.

Palavras-chave: criança, família, papel do enfermeiro, comunidade, desenvolvimento, promoção da saúde, determinantes de saúde, desigualdades, educação para a saúde, direitos da criança.

Promoção da Saúde e seus Determinantes

Após a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1945 a saúde passou a ser considerada “um dos direitos fundamentais de todo o ser humano sem distinção de raça, religião, opiniões políticas e condições económicas e sociais” e foi aceite o princípio da ajuda mútua entre os países (MARTINS, 2005:5). Daí para a frente, as preocupações com a saúde foram sendo cada vez mais sentidas, reunindo progressivamente os responsáveis pela saúde dos vários países, com o intuito de se refletir acerca dos fatores que a determinam e a forma de os controlar (MARTINS, 2005). Neste sentido,

pode considerar-se que um dos objetivos da promoção da saúde, é “permitir ao indivíduo adquirir maior domínio sobre os fatores determinantes da sua própria saúde” (MARTINS, 2005:7). Estes englobam: as condições socioeconómicas, culturais e ambientais gerais, as redes sociais e comunitárias, o estilo de vida dos indivíduos, a idade, o sexo e os fatores hereditários (SANT’ANNA, [et al.], 2010). Com a noção particular que estes determinantes de saúde diferem de país para país, sendo que existem diferenças significativas não só entre o nível socioeconómico e o próprio desenvolvimento do país mas também as suas diferenças dentro do próprio (ALVES, [et al.], 2010). Atualmente é

¹ Estudantes do 11º CLE

² Enfº Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica; Enfº Chefe Serviço de Pediatria do CHS – H. S. Bernardo, Prof. na ESS|IPS

possível constatar que, a saúde e a sua promoção ocupam um lugar preponderante em múltiplos sectores da vida social, sobretudo nos da educação e da própria saúde, sendo que em nenhum outro momento se falou tanto desta necessidade de promoção como na década atual (MARTINS, 2005). Como marcos históricos relevantes para este conceito é importante referenciar a Declaração de Alma-Ata em 1977, que reconheceu a saúde como um objectivo social de primeira importância, instituindo uma nova orientação para a política de saúde e dando especial ênfase ao envolvimento das pessoas, à cooperação entre os vários sectores da sociedade, entre outros e, a Carta de promoção da saúde, adotada em Ottawa, em 1986 que introduziu a educação para a saúde e definiu a promoção de saúde como “... o processo que permite capacitar as pessoas a melhorar e a aumentar o controle sobre a sua saúde e consequentemente sobre os seus determinantes – sobretudo, comportamentais, psicossociais e ambientais” (OLIVEIRA, 2010:29 e MARTINS,2011). Foi a partir deste momento que a promoção da saúde começou “teoricamente a ser equacionada, debatida e verdadeiramente valorizada” (BARBOSA, 2011:13).

Ao longo do tempo foram-se construindo igualmente teorias e modelos relativos a esta estratégia, contribuindo significativamente para o seu desenvolvimento, assim no contexto da

promoção da saúde, considera-se relevante destacar: o Modelo de Promoção da Saúde por Nola Pender (1987), baseado na Teoria de Aprendizagem Social, na Teoria Cognitiva Social e no Expectancy-value Model of Human Motivation (TOMEY & ALLIGOOD, 2004).

Promoção da Saúde Infantil

Seguindo os mesmos princípios e conceitos defendidos na promoção da saúde abordada anteriormente, a promoção da saúde no período infantil é fundamental na adoção dos ensinamentos e práticas respeitantes para um desenvolvimento mais salutogénico. Desta forma, garante-se através destes ensinamentos e a promoção da sua prática, que não devem incidir apenas nas crianças e jovens mas também nas suas famílias e comunidade, a sua influência no desenvolvimento, ao longo do seu ciclo de vida (INÁCIO, 2011). A Direção-Geral de Saúde (DGS) (2006) reconhece igualmente esta importância: do desenvolvimento saudável nas populações mais jovens constituir o desenvolvimento de qualquer comunidade, bem como a promoção da saúde enquanto objetivo prioritário das políticas de saúde (INÁCIO, 2011).

A Ordem dos Enfermeiros determina que a saúde da criança e do jovem deve ser “dirigida aos projetos de saúde da criança e do jovem a vivenciar processos de saúde / doença com vista à promoção da saúde, prevenção e

tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida” (ORDEM ENFERMEIROS, 2009:7), pelo que em seu detrimento conclui-se que, de modo a assegurar o correto desenvolvimento da criança é necessário que a promoção da saúde se inicie numa fase precoce primeiramente através da família e através da orientação preventiva aos pais (por exemplo: cuidados ao recém nascido) bem como à medida que a criança e o jovem se vai desenvolvendo, incidir os ensinamentos no próprio não descurando igualmente os seus familiares de forma a dar continuidade à orientação preventiva (HOCKENBERRY e WILSON, 2011). Os ensinamentos à própria criança podem igualmente mudar ou incentivar a mudança de comportamentos no seio familiar (INÁCIO, 2011 e HOCKENBERRY e WILSON, 2011).

Direitos da Criança e do Jovem

Face aos acontecimentos históricos relativos à infância e à sua não protecção especial e diferenciada dos outros cidadãos, foi encarada a necessidade de garantir uma protecção especial da criança, primeiramente enunciada na Declaração de Genebra em 1924 relativamente aos direitos da criança, seguida pelo reconhecimento da sua protecção especial na Declaração Universal dos Direitos do Homem em 1948 bem como defendida na Declaração Universal dos Direitos da Criança adotada nas Nações Unidas em 1959 e pelos Pactos

Internacionais sobre os direitos Cívicos e Políticos e sobre os direitos Económicos, Sociais e Culturais e “pelos estatutos e instrumentos pertinentes das agências especializadas e organizações internacionais que se dedicam ao bem-estar da criança” (UNICEF, 1989:4).

A convenção dos direitos da criança que se seguiu em 1989 adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, define “criança como todo o ser humano com menos de dezoito anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo” e identifica, à semelhança das outras declarações, a necessidade de protecção e cuidados especiais à criança face à sua imaturidade física e intelectual e que, como tal, esta necessita de uma protecção jurídica adequada tanto antes como depois do seu nascimento (UNICEF, 1989:3). Esta convenção é constituída por cinquenta e quatro artigos e assenta em quatro pilares fundamentalmente relacionados entre si com todos os direitos atribuídos às crianças, sendo estes: o direito à não discriminação, o direito ao interesse superior da criança, o direito à sobrevivência e desenvolvimento e o direito à opinião da criança (UNICEF, 1989). Deste modo, e de encontro a estes próprios pilares a serem tidos sempre em conta, a convenção atribui igualmente uma protecção e direito à assistência à família da criança, reconhecendo que esta tem um papel

fundamental no seu desenvolvimento e bem-estar (UNICEF, 1989).

Devido à vulnerabilidade da criança existe atualmente programas destinados a protege-las dos quais gostaríamos de dar enfoque ao sistema nacional da intervenção precoce (destinado a crianças com risco grave de atraso de desenvolvimento e ainda crianças expostas a fatores de risco ambientais), a comissão nacional de proteção de crianças e jovens em risco (rede nacional de várias instituições oficiais não judiciárias com autonomia funcional cujo objetivo é promover os direitos da criança e do jovem e pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral) e a carta dos direitos da criança hospitalizada (que resume a revoga os direitos da criança aquando o seu internamento em hospital de modo a diminuir o seu stress e contribuir para a promoção e estimulação do seu desenvolvimento) (SISTEMA NACIONAL DE INTERVENÇÃO PRECOCE, 2010, COMISSÃO NACIONAL DE PROTEÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO, 2012 e CARTA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA, 2009).

Desenvolvimento da Criança e do Jovem e Desigualdades Sociais em Saúde

A maior parte dos especialistas e teóricos que se debruçaram no entendimento do desenvolvimento infantil, categorizam o

crescimento e o comportamento da criança em estágios etários aproximados ou no agrupamento de características esperadas a serem desenvolvidas nesse mesmo grupo etário (HOCKENBERRY e WILSON, 2011). Esta categorização, permite descrever características associadas às crianças nos períodos onde existem alterações nítidas e significativas de desenvolvimento e onde é esperado que seja realizado e desenvolvido um conjunto de tarefas específicas (HOCKENBERRY e WILSON, 2011). Desta forma, considera-se que o desenvolvimento infantil pode ser dividido em vários períodos etários do desenvolvimento: começando pelo período pré-natal (que compreende o período de tempo desde a concepção até ao nascimento); o período do latente (que se inicia no nascimento e termina aos doze meses de idade); a fase inicial da infância (que contém o período desde o primeiro ano de vida até aos seis anos de idade, podendo ainda este período ser subdividido em dois subperíodos: o primeiro entre o primeiro e o terceiro ano de vida - período do infante - e o segundo entre o terceiro e o sexto ano de vida - fase pré-escolar); a fase intermédia da infância (da qual se inclui crianças desde os seis aos onze anos de idade e identifica-se como a idade escolar) e por último o período tardio da infância (respeitante a crianças com idades compreendidas entre os onze e os dezanove anos de idade que igualmente subdivide-se e

identifica-se a fase pré-púbere, entre os dez e os treze anos, e a adolescência, desde os treze aos dezoito anos (HOCKENBERRY e WILSON, 2011)). Face à compreensão desta divisão em diferentes fases da infância e distinção a nível de faixa etária é necessário compreender os vários componentes que se relacionam entre si, nomeadamente o crescimento biológico e desenvolvimento físico, o desenvolvimento da personalidade e da função mental e o desenvolvimento do autoconceito (HOCKENBERRY e WILSON, 2011). Entende-se por crescimento biológico e desenvolvimento físico as proporções externas da criança, os determinantes biológicos do crescimento e do desenvolvimento (altura, peso, idade óssea e dentição), crescimento e maturação esqueléticos, maturação neurológica, evolução dos tecidos linfoides e desenvolvimento de sistemas orgânicos (HOCKENBERRY e WILSON, 2011). Importante ainda considerar as alterações fisiológicas nas funções básicas do organismo, mais concretamente, no metabolismo, na regulação da temperatura e nos padrões de sono e repouso (HOCKENBERRY e WILSON, 2011).

O desenvolvimento da personalidade pode ser encarado consoante dois grandes teóricos: Freud e a teoria do desenvolvimento psicosssexual, onde este considera que são os estímulos sexuais que regulam e determinam o desenvolvimento da criança nas suas várias

fases ou estágios e Erikson e a teoria do desenvolvimento psicossocial, em que determina o desenvolvimento da criança nas diferentes fases ou estágios consoante a sua interação com o meio que a rodeia (HOCKENBERRY e WILSON, 2011). No que concerne ao desenvolvimento mental, podemos destacar o desenvolvimento cognitivo defendido pelo teórico Piaget, que defende que é a inteligência que possibilita os indivíduos a fazerem adaptações em relação ao meio ambiente, aumentando a sua sobrevivência e estabelecendo e mantendo o equilíbrio com o ambiente através dos seus comportamentos (HOCKENBERRY e WILSON, 2011). Ainda dentro do desenvolvimento mental é importante considerar o desenvolvimento da linguagem (que defende que a criança apesar de nascer com o mecanismo e a capacidade de desenvolver as habilidades da linguagem e da fala, ela não o consegue fazer de forma espontânea e como tal o ambiente deve fornecer um meio que promova o desenvolvimento destas habilidades, determinando ainda que a velocidade do desenvolvimento da fala varia de criança para criança dependendo igualmente da sua competência neurológica e desenvolvimento cognitivo), o desenvolvimento moral de Kohlberg (que defende que a criança adquire raciocínio moral ao longo da sua infância e o seu desenvolvimento cognitivo) e o

desenvolvimento espiritual, que liga-se intimamente com a moral e a ética do autoconceito da criança (que defende que a criança necessita de ter significado, propósito e esperança na sua vida) (HOCKENBERRY e WILSON, 2011). Finalmente, inclui-se no desenvolvimento infantil o desenvolvimento do autoconceito, que compreende todas as noções, crenças e convicções que constituem um autoconhecimento individual e que influenciam as relações do indivíduo com outras pessoas e dos quais podemos destacar a imagem corporal e a auto-estima (HOCKENBERRY e WILSON, 2011).

Existem vários fatores que podem influenciar o desenvolvimento da criança nomeadamente a hereditariedade, o ambiente externo e a maturação do corpo bem como o nível socioeconómico (dos quais achamos pertinente e essencial falar no acesso a materiais de leitura, televisão, cinema, computador), a etnia e a cultura, a nutrição, os relacionamentos interpessoais (dos quais se inclui a relação com os pais, familiares e outros indivíduos que não pertencem ao seio familiar) a doença, riscos ambientais e stresse na infância (PAPALIA, 2001 e HOCKENBERRY e WILSON, 2011).

Analisando mais em concreto a influência do nível socioeconómico e ligando-o à justiça social podemos considerar que a justiça social afeta “a forma como a população vive, a consequente probabilidade de doença e o seu risco de morte

prematura” sendo que dentro do próprio país é ainda “ possível encontrar diferenças dramáticas no campo da saúde, que estão intimamente relacionados com os diferentes graus de desfavorecimento a nível social” ao contrário do que se possa pensar. (COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE, 2010, in prefácio). Deste modo, pode-se verificar o impacto que as políticas sociais e económicas parecem ter no crescimento e desenvolvimento da criança e contributo para uma infância e vida futura em alguns casos de forma plena.

A importância da família

A família pode ser definida como um grupo de pessoas que vivem juntas ou em contato íntimo, que têm como função cuidar-se mutuamente e providenciar orientação aos seus membros dependentes (HOCKENBERRY e WILSON, 2011). Dentro de uma família torna-se fundamental ter em conta as suas várias estruturas que com o tempo e consoante as determinadas culturas e religiões vão se alterando, sendo que podemos falar atualmente de família nuclear, família binuclear, família reconstituída, família estendida, família de pai/mãe solteiro (a) e família alternativa (família homossexual) (HOCKENBERRY e WILSON, 2011). Existem algumas teorias que são importantes em ter em conta para a percepção do impacto da família

na vida e desenvolvimento das crianças nomeadamente: a teoria sobre os sistemas da família (onde existe interação entre os membros da família e o ambiente de forma contínua e que uma alteração num destes membros repercute-se em todos os outros), a teoria sobre o stresse da família (que determina a forma com as famílias reagem às situações geradoras de stress) e a teoria do desenvolvimento (onde é abordada a modificação da família ao longo do tempo através do uso dos estágios de ciclo de vida familiar) (HOCKENBERRY e WILSON, 2011).

Educação para a Saúde

Deu-se a introdução do conceito de educação para saúde, em 1986 na Conferência realizada em Ottawa pela OMS (FEIO, 2011). Vários autores construíram as suas definições de educação para a saúde, das quais se destaca a de Araújo (2006) cit. por Inácio (2011): “(...) processo fomentador do desenvolvimento do indivíduo, orientando-o para a apropriação voluntária de comportamentos saudáveis e encarando-o como um ser ativo, participativo e responsável pelo processo educativo.” (INÁCIO, 2011:15). Enquanto conceito não consensual, sofreu uma evolução na sua abordagem (FEIO, 2011). Atualmente a educação para a saúde é “De cariz mais promocional de saúde, (...) preocupada com os processos de interação entre o indivíduo e o meio, procurou relacionar

a morbi-mortalidade com as condições sócio-económicas, propondo mudanças sociais que promovessem a igualdade e a equidade e potenciassem o desenvolvimento individual e a participação comunitária (...), responsabilizando também o poder político (...)”. (FEIO, 2011:19-20). A consciencialização da importância da educação para a saúde no desenvolvimento saudável da sociedade e, mais particularmente, do indivíduo, advém dos resultados obtidos da sua implementação; sendo que compreende a aquisição de conhecimentos e competências que caracterizem um estilo de vida promotor da manutenção da saúde (INÁCIO, 2011). A educação para a saúde é adaptativa ao público-alvo, o que se traduz nas suas intervenções. Consideram-se as necessidades reais e as aspirações deste público, para que estas tenham como resultado atingido a sua satisfação. Realçando-se a importância do diagnóstico antes do desenvolvimento da educação para a saúde junto de cada público (INÁCIO, 2011). Considerando a infância, observa-se o momento-chave na adoção de estilos de vida saudáveis que acompanharão a criança para o resto da sua vida (INÁCIO, 2011). Atualmente as escolas, as creches e os jardins-de-infância são locais onde as crianças passam a maioria do seu tempo após os seus primeiros anos de vida. As atividades desenvolvidas em contexto de educação para a saúde de crianças assumem um cariz lúdico e criativo, captando a

atenção e o interesse da criança para que se facilite a apropriação de um conjunto de comportamentos promotores de um estilo de vida saudável. A longo prazo, traduz-se em comunidades ou sociedades progressivamente mais saudáveis, conforme se enraízam os estilos de vida saudáveis (ANASTÁCIO & ESTEVES, 2011). O sucesso da educação para a saúde nas crianças traduz-se na aquisição efetiva de comportamentos promotores de saúde; que é influenciada por fatores como as suas necessidades individuais, as das suas famílias e o nível de desenvolvimento, as capacidades cognitivas e o meio em que se insere (INÁCIO, 2011).

Papel do Enfermeiro

Segundo o artigo 4º do Decreto-Lei nº161/96 de 4 de Setembro a respeito do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros a enfermagem pode e deve ser entendida com “a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2012:15). Estes cuidados de enfermagem baseiam-se em intervenções autónomas e interdependentes que visam

sempre a “preocupação para com a defesa da liberdade e da dignidade da pessoa” como enunciado na norma 1 do artigo 78º do Código Deontológico do Enfermeiro, e da própria família envolvente à pessoa e por vezes a comunidade a quem prestam cuidados holísticos, e da qual o enfermeiro, mediante o seu papel e actividade profissional e a própria autonomia que lhe é conferida, assume a responsabilidade pelas suas intervenções no âmbito das suas qualificações profissionais (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2012 e NUNES, AMARAL E GONÇALVES, 2005:59). Deste modo, o enfermeiro deve de ir de encontro aos deveres e direitos das pessoas a quem prestam cuidados independentemente da sua condição, sendo que, a criança, entendida em todas as suas faixas etárias, usufrui desses mesmos deveres e direitos, com a noção particular de que esta face à sua falta de maturidade a nível físico e intelectual necessita de uma proteção e determinados cuidados especiais que visem e promovem o seu desenvolvimento (UNICEF, 1989). Este desenvolvimento deve ser entendido e conhecido pelo profissional de saúde de modo a compreender melhor a criança consoante o seu estágio e, desta forma, interagir de uma forma mais adequada de encontro às necessidades demonstradas (HOCKENBERRY e WILSON, 2011).

Importante conhecer também, o papel do jogo e da brincadeira para o desenvolvimento da

criança, uma vez que esta é a forma que ela aprende a agir e a se relacionar com coisas e/ou situações bem como adaptar-se face às novas realidades que se vai confrontando, ou seja, permite “as crianças a compreender o mundo em que vivem e distinguir a fantasia da realidade” e ao mesmo tempo desenvolver a socialização, a criatividade, a autoconsciência bem como o treino dos valores morais ao interagirem com outros indivíduos com características diferentes e a expressão das suas emoções e libertação da tensão e do stresse que poderão estar a vivenciar (TAVARES, 2008 e HOCKENBERRY e WILSON, 2011:88). Para que o enfermeiro possa intervir de uma forma adequada e individualizar os seus cuidados, além do conhecimento do seu desenvolvimento anteriormente falado, é fundamental o conhecimento dos fatores que influenciam e poderão influenciar esse mesmo desenvolvimento nomeadamente os determinantes de saúde, bem como as desigualdades sociais existentes e que determinadas crianças vivenciam (HOCKENBERRY e WILSON, 2011). Desta forma, o enfermeiro individualiza os seus cuidados tendo em conta o carácter multidimensional da criança entendido como um ser igualmente biopsicossocial e espiritual e defendendo os quatro pilares fundamentais descritos na Convenção dos Direitos da Criança, 1989: “a não discriminação”, “o interesse superior da

Criança”, “a sobrevivência e o desenvolvimento” e a “opinião da criança”, dando destaque a esta última que por muitos anos e quiçá ainda é descurada por alguns profissionais (UNICEF, 1989:6,7 e 10). Tendo em conta os pontos já abordados, este conhecimento pelo enfermeiro e atualização constante mediante as novas investigações efectuadas e novas orientações e leis de proteção que vão surgindo, bem como as novas estatísticas respeitantes ao seu país face às necessidades apresentadas, permite que este delimite estratégias e estabeleça prioridades não só a nível da prevenção da doença e no seu tratamento mas também, mais importante que isso, na implementação de cuidados à criança e sua família e intervenções na comunidade que visam a promoção da saúde (NSW DEPARTMENT OF HEALTH, 2011). A implementação destas estratégias de promoção da saúde pode contribuir significativamente para a redução das desigualdades em saúde, garantir os direitos humanos e desta forma criar um ambiente propício onde a pessoa pode fazer as suas escolhas com base na informação que lhe é dada como suporte (NSW DEPARTMENT OF HEALTH, 2011 e PLANO NACIONAL DA SAÚDE, 2012). Além disso, a promoção da saúde na infância é imprescindível uma vez que é mais fácil educar para a adopção de hábitos e comportamentos saudáveis nesta altura do que alterar comportamentos já adquiridos e como

que enraizados numa idade mais tardia (INÁCIO, 2011).

Como competências do enfermeiro em saúde infantil, do qual gostaríamos desde já direccionar não apenas para os enfermeiros especialistas mas para todos aqueles que interagem e cuidam da criança/jovem, além dos conhecimentos que deverá ter já indicados é importante que ao prestar cuidados à criança este tenha em conta três conceitos: cuidados centrados na família, cuidados atraumáticos e educação para a saúde (HOCKENBERRY, e WILSON, 2011).

É fundamental reconhecer a família como uma constante na vida da criança ou do jovem sendo esta um dos principais fatores influentes no seu desenvolvimento, o que significa que se apenas nos centrarmos unicamente na criança de muito não estamos a contribuir para o desenvolvimento das suas potencialidades, sendo que devemos englobar a família de forma a “apoiar, respeitar, encorajar e enfatizar as potencialidades e competências da família” (JOHNSON, MCGONIGEL e KAUFMANN, 1989 cit por HOCKENBERRY, e WILSON, 2011:11). Desta forma, o enfermeiro deverá trabalhar em parceria com a criança e família ou pessoa significativa em qualquer contexto que esta se encontre, quer seja em hospital, centro de saúde, cuidados continuados, na escola ou mesmo em casa, nunca esquecendo que este apenas auxilia as crianças e seus familiares a

consciencializarem-se e agirem de acordo com o interesse da criança, pelo que depreende-se igualmente a importância do conhecimento por parte do enfermeiro dos tipos de família existentes e as suas características, bem como as teorias relativas à família para que possa individualizar os seus cuidados (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010 e HOCKENBERRY, e WILSON, 2011 e MENDES e MARTINS, 2012). A educação para a saúde nos familiares e principalmente nos pais, constitui um dos pilares na parceria dos cuidados, pelo que é necessária a educação destes para os cuidados a serem prestados e promoção de um ganho maior da sua autonomia, e adaptação às necessidades ou problemas vivenciados pela criança consoante a sua faixa etária e estágio de desenvolvimento. Desta forma contribui-se para o próprio desenvolvimento da criança e um ganho maior das suas competências e futuras potencialidades bem como se promove a participação dos familiares no processo de tomada de decisão (RODRIGUES, 2010 e INÁCIO, 2011).

De uma forma geral, cuidados atraumáticos podem ser definidos como o próprio nome indica, como cuidados à criança e à família que não impliquem trauma, sendo que este trauma pode ser encarado não só como físico mas também como psicológico. Como tal o enfermeiro deverá planear e prestar os seus cuidados com vista o bem-estar físico e

psicológico sendo que pode consegui-lo através do seguimento de três princípios: “(1) evitar ou minimizar a separação da criança da sua família”, “(2) promover uma sensação de controle” e “(3) evitar ou minimizar lesões e dores”. (HOCKENBERRY e WILSON, 2011:12).

Visto que cada vez mais as crianças passam o seu tempo nos infantários, escolas e em atividades extraletivas, é também necessário que o enfermeiro assuma um papel de educador nestes locais uma vez que estes estabelecimentos e respectivas pessoas com que interagem influenciam igualmente o seu desenvolvimento (INÁCIO, 2011). A delimitação de públicos-alvo e a implementação e participação em programas e projectos que promovam o desenvolvimento da criança, visando sempre a sua proteção, constitui igualmente um fundamento prioritário na promoção da saúde das crianças e jovens apelando e trabalhando em conjunto com a comunidade e auto responsabilizando-a para o desenvolvimento das suas competências pessoais e interpessoais (INÁCIO, 2011).

Conclusão

A revisão sistemática desenvolvida neste artigo dá especial enfoque à necessidade de proteção e cuidados especiais da criança, bem como de proteção jurídica adequada, pois a mesma possui imaturidade física e intelectual. Neste sentido, a promoção da sua saúde permite-lhe a

adoção de comportamentos promotores de saúde. Esta promoção é conseguida através da educação para a saúde, que atualmente adota um cariz mais promocional e preocupa-se com a interação entre o indivíduo e o meio. Neste contexto, surge o papel do enfermeiro, que deve ter em conta os fatores que influenciam o desenvolvimento infantil, como os determinantes de saúde e as desigualdades sociais que as crianças vivenciam. Este deve aconselhar as crianças e suas famílias nas suas escolhas para que sejam no melhor interesse das mesmas; assim deve considerar os tipos de famílias existentes e as teorias a elas respeitantes. Considerando os objetivos delimitados alcançados, a revisão sistemática da literatura permitiu-nos compreender a importância da promoção de saúde na criança e como é que esta se processa face ao desenvolvimento da mesma, bem como a importância do papel do enfermeiro e dos seus conhecimentos enquanto promotor de saúde da criança, em parceria com a sua família.

Referências:

- ALLIGOOD, Martha raile; TOMEY, Ann marriner - Teóricas de Enfermagem e a sua Obra. 5ª edição. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-74-699-709.
- HOCKENBERRY, Marilyn J.; WILSON, David – Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Elsevier: 8ª Edição, 2011. ISBN: 9788535234473
- NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. 456p. ISBN 972-99646-0-2.

PAPALIA, Diane [et al] – O mundo da Criança. 8ª Ed. Amadora: Editora McGraw-Hill, 2001. ISBN 972-773-069-8.

ALVES, Ana Alexandra Marinho – Determinantes Sociais e Económicos da Saúde Mental – Revista Portuguesa de Saúde Pública. [em linha]. Portugal (2010) [Consult. 5/11/12 pelas 19h00]. Disponível em: URL <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpsp/v28n2/v28n2a03.pdf>

ANASTÁCIO, Zélia; ESTEVES, Isabel – Promoção da Saúde entre crianças de jardim-de-infância. Universidade do Minho. [em linha]. Portugal (Julho, 2011). [Consult. 02/11/12 pelas 14h30]. Disponível em: URL http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/15533/1/Artigo_%20SEFLS_%20Isabel%20Esteves%20%26%20Z%20C%20A9lia%20Anast%20%26%20C%20A1cio.pdf

BARBOSA, Raquel Maria Barreto - Prevalência de cárie dentária e comportamentos de saúde oral numa amostra de pacientes da clínica universitária da UCP-Viseu [em linha]. Portugal (Setembro, 2011). Dissertação de mestrado [Consult. 30/10/12, pelas 22h00]. Disponível em: URL: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/7530/1/Tese%20-%20Raquel%20Barbosa.pdf>

COMISSÃO NACIONAL DE PROTEÇÃO DAS CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO – Comissões de Proteção das Crianças e Jovens. 2012 [em linha] [Consult. 01/11/12, pelas 15h00] Disponível em: URL: <http://www.cnpccjr.pt/left.asp?14.01>

DIÁRIO DA REPÚBLICA - Decreto de Lei nº281/2009 de 6 de Outubro do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância in Diário da República I Série nº193 [Em linha]. [Consult. 24/10/12 pelas 22h20] Disponível em: URL <http://dre.pt/pdfgratis/2009/10/19300.pdf>

FEIO, Ana Goreti Oliveira – O futuro no presente: contributos do pensamento de Hans Jonas em Educação para a Saúde. Dissertação de Mestrado de Ciências de Educação na área de especialização em Educação para a Saúde na Universidade do Minho [em linha]. Portugal (Setembro, 2011). [Consult. 02/11/12 pelas 14h00]. Disponível em: URL <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19144/1/Ana%20Goreti%20Oliveira%20Feio.pdf>

INÁCIO, Ana Teresa Cascais – Educação para a Saúde da criança e família. Relatório apresentado ao Instituto de Ciência da Saúde da Universidade

Católica Portuguesa para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. [em linha]. Portugal (Maio, 2011). [Consult. 02/11/12 pelas 15h00]. Disponível em: URL <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9236>.

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA – Carta da Criança Hospitalizada. 1988. [em linha] [Consult. em 01/11/12 pelas 15h15] ISBN: 972-8003-14-5. Disponível em: URL: <http://www.iacrianca.pt/pt/carta-da-crianca-hospitalizada>

MARTINS, Maria do Céu Antunes – A promoção da saúde: percursos e paradigma. [em linha]. Portugal (Dezembro, 2005). [Consult. 26/10/12 pelas 16h30]. Disponível em: URL <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/93/1/A%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde.pdf>

MENDES, Maria Goreti Silva Ramos; MARTINS, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva – Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à acção dos enfermeiros [em linha] Artigo de Investigação, Portugal (Março, 2012). [Consult. 19/10/12, pelas 19h30] Disponível em: URL <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19941/3/Parceria%20nos%20cuidados%20de%20enfermagem%20em%20pediatria.pdf>

NEVES, Tatiana Pereira – Reflexões sobre a promoção da saúde. Revista Espaço Académico nº62. [em linha]. Brasil (2006) ISSN 1519-6186. [Consult. 27/10/12 pelas 22h15]. Disponível em: URL <http://www.espacoacademico.com.br/062/62neves.htm>

NSW DEPARTMENT OF HEALTH – Child and Family Health Nursing: Professional Practice Framework 2011-2016. [em linha] North Sydney, 2011. ISBN 978-1-74187-624-6. [Consult. 29/10/12, pelas 23h15] Disponível em: URL http://www0.health.nsw.gov.au/pubs/2011/pdf/cfh_n_report_web.pdf

OLIVEIRA, Ana Sofia Matos Rodrigues - Um Olhar sobre a Comunidade na perspectiva do Centro de Saúde e Hospital. Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde [em linha]. Portugal (Julho, 2010) [Consult. 26/10/12 pelas 20h30]. Disponível em: URL <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/7532/>

1/Relat%C3%B3rio%20de%20Especialidade%20_%20final-PDF.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE), Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem e Perfil de Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista. Conselho de Enfermagem [em linha] Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Portugal (Dezembro, 2009). [Consult. 29/10/12, pelas 19h40] Disponível em: URL <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. [em linha] Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Portugal (2001). [Consult. 31/10/12, pelas 21h55] Disponível em: URL <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. [em linha] Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Portugal (Outubro, 2010). [Consult. 30/10/12, pelas 20h15] Disponível em: URL http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS – REPE Estatuto [em linha] Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Portugal (2012). [Consult. 19/10/12, pelas 12h55] Disponível em: URL http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - The Ottawa Charter for Health Promotion. [em linha] Canadá (Novembro, 1986) [Consult. 18/10/12, pelas 21h15] Disponível em: URL <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>

PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2012-2016 – 4.2 Objectivo para o Sistema de Saúde: Promover

contextos favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida. . [em linha] Portugal (Janeiro, 2012). [Consult. 18/10/12, pelas 21h20] Disponível em: URL <http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Contextos-saud%C3%A1veis-ao-longo-da-vida.pdf>

RODRIGUES, Sandra Patrícia Faustino – Supervisão em Enfermagem Neonatal: pais e enfermeiros como parceiros no desenvolvimento de competências. [em linha] Dissertação para Obtenção do grau de Mestre na Universidade de Aveiro, Portugal 2010. [Consult. 20/10/12, pelas 20h55] Disponível em: URL <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/1416/1/2010000487.pdf>

SANT'ANNA, Cynthia Fontella [et al.] – Determinantes sociais de saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família. Dissertação de mestrado [em linha]. Brasil (Março, 2010) [Consult. 26/10/12 pelas 19h05]. Disponível em: URL <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v31n1/a13v31n1.pdf>

SISTEMA NACIONAL DE INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA – Critério de Elegibilidade. 2010. [em linha] [Consult. 01/11/12 pelas 15h20] Disponível em: URL <http://www.dgs.pt/ms/12/default.aspx?pl=&id=5525&access=0>

TAVARES, Patrícia Pombo Sousa – Acolher Brincando: A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada. [em linha] Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem na Universidade do Porto, Portugal (2008). [Consult. 21/10/12, pelas 22h45] Disponível em: URL <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7177>

UNICEF – A Convenção sobre os Direitos da Criança. 1989. [em linha] [Consult. 01/11/12, pelas 14h00] Disponível em: URL http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

Plano Nacional para a Prevenção da Delinquência Juvenil”: Contributos da Enfermagem

*Adriana Dias¹, Ana Raquel Ramos¹,
Cheila Lourador¹, João Pedro David¹,
Vanessa Saraiva¹, Francisco Vaz²*

Resumo

A dimensão dos fenómenos comportamentais dos jovens de hoje e os seus itinerários evolutivos confrontam a sociedade com novos padrões da agressividade e violência, onde os contextos específicos apenas representam espaços sociais, onde os vetores potenciadores dos comportamentos desviantes se tornam facilmente precursores do desvio, num equilíbrio social bastante débil.

Estas características tornam imprescindível a ação de proximidade como base da formação educativa que o Enfermeiro pode e deve ter nos quadros formativos dos jovens.

Importa inverter os itinerários juvenis quer através da ação repressiva direta do foco criminal, que em termos jurídicos se enquadra na Lei Tutelar Educativa, quer através da ação formativa e educativa estratégica, de efeito a médio e longo prazo.

Palavras-chave: Adolescência, Delinquência, Enfermeiro, Lei Tutelar Educativa.

INTRODUÇÃO

O presente artigo, tem por base uma análise crítica da literatura, e uma prática reflexiva dos contributos da Enfermagem relativos à prevenção, no que respeita ao “Plano Nacional de Prevenção da Delinquência Juvenil”, proposto em 2010 pelo Observatório Permanente da Justiça Portuguesa.

AS DIMENSÕES DO PROBLEMA: ADOLESCÊNCIA E DELINQUÊNCIA

A compreensão ideal da temática aqui presente implica contextualizar a adolescência enquanto etapa do ciclo vital que engloba fenómenos

comportamentais específicos e que pode ser equiparada a uma balança, suportando num dos pratos as oportunidades e no outro os riscos para o adolescente. Segundo PAPALIA, OLDS e FELDMAN (2001), a adolescência corresponde a “(...) uma transição desenvolvimental entre a infância e a idade adulta, que implica importantes mudanças interrelacionadas ao nível físico, cognitivo e psicossocial”. As teorias do desenvolvimento humano são várias, todavia foi Erickson quem “deu à adolescência uma

¹ Estudantes do 11º CLE

² Enfª Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica; Enfª Chefe Serviço de Pediatria do CHS – H. S. Bernardo, Prof. na ESS|IPS

crise de identidade”, ou seja, considerou a resolução desta crise como a principal tarefa do estadio desenvolvimental da adolescência (SPRINTHALL; COLLINS, 2008: 199). Para Erickson, a construção da identidade implica “(...) em definir quem a pessoa é, quais são os seus valores e quais as direções que deseja seguir pela vida.” (SCHOEN- FERREIRA; AZNAR-FARIAS; SILVARES, 2003: 107). Pelos valores, crenças e metas associadas a este estadio, “(...) a delinquência juvenil tem sido quase sempre um sinónimo de adolescência” (SPRINTHALL; COLLINS, 2008: 457).

Neste sentido, a delinquência juvenil é, por muitos, considerada um comportamento desviante, no entanto continua por esclarecer a definição que melhor se adequa a tal comportamento. Segundo a definição psiquiátrica de NEGREIROS (2008: 12) esta “(...) situa-se para além dos limites do normal.”, tratando-se assim de “(...) comportamentos anti-sociais e de oposição (...)”. Por outro lado, distingue-se ainda a definição jurídico-legal que engloba diversas infrações legalmente sancionadas praticadas por menores (LAGO, 2009) o que é facilmente perceptível, tendo em conta a derivação da palavra delito, que significa “ (...) ação contrária ao direito.” (LUZES, 2010: 2). No entanto, é importante notar a complexidade e controvérsia do conceito pois os comportamentos desviantes podem apresentar-se de diferentes formas, mediante a

origem social, idade e sexo dos infratores (SELOSSE, cit. por LAGO, 2009) e podem ser compreendidos igualmente de diferentes formas, dependendo da época e do contexto sociocultural do momento (CARVALHO, cit. por LAGO, 2009). Em ambas as dimensões existem diferentes teorizações sobre a delinquência e sua génese. WINNICOTT citado por LAGO (2009: 27) por exemplo, deu luz ao conceito de tendência anti-social referindo que na génese desta tendência “ (...) estaria a privação de uma boa experiência da criança, num estágio de desenvolvimento em que esta já tem capacidade para perceber que a causa da perda reside numa falha ambiental. A privação dá-se durante um período de tempo maior do que aquele em que a criança mantém viva a memória da experiência.”. Por outro lado, COIMBRA DE MATOS citado por LAGO (2009) considera que o traço característico da delinquência é a inconstância da relação de objeto, ou seja, não existe no indivíduo um objeto interno suficientemente estável, o que conduz a um sentimento de depressão inconsciente, traduzido em comportamentos instáveis e de fuga e o que leva, igualmente, à intolerância, à frustração e à incapacidade de suporte da ansiedade.

Os comportamentos desviantes agrupam-se ainda em tipologias, sendo estas variáveis, consoante os autores. Assim, distinguem-se as tipologias baseadas no funcionamento

psicológico, as referentes aos ganhos secundários, a tipologia de continuidade e a tipologia de carreira. MORENO e TRINDADE citados por NEDEL (2007) apresentam categorias juvenis no âmbito desta temática, destacando-se os pré-delinquentes, “ (...) aqueles indivíduos que apresentam probabilidades de se converterem em delinquentes declarados, considerando que suas atitudes beiram o limite da delinquência.”.

Relativamente aos fatores de risco, os indicadores de probabilidade de comportamentos desviantes relacionam-se com as características individuais do adolescente e com os subsistemas onde este está inserido. Assim, podemos considerar fatores individuais, inerentes ao próprio indivíduo, como a agressividade, impulsividade ou baixa auto-estima; fatores familiares, relacionados com a parentalidade e vinculação, violência doméstica e desagregação ou rotura familiar; fatores relativos aos pares, associados à rejeição por parte dos pares ou à associação a grupos de pares desviantes; e, por último, fatores escolares e comunitários, relacionados com a escolaridade e a socialização (PRAL, 2007).

Aquando do estudo do fenómeno da delinquência são necessárias ter em conta mais duas correntes explicativas deste fenómeno, para além das dimensões jurídico-legal e psiquiátrica supra referidas. Assim, acrescentam-se os modelos da compreensão da

delinquência, sendo estes as teorias biológicas e psicológicas e as teorias sociais, que envolvem a “ (...) compreensão social do ato desviante praticado ao nível comunitário.” (QUADE, 2011: 33). Rosado (2004), por exemplo, refere que é sobretudo um facto social que está associado a diversos fatores tais como “ (...) perturbações psicológicas, comportamentos de abuso de drogas, abandono do sistema escolar, suicídio e criminalidade.” (NEGREIROS, 2008: 12).

Torna-se fulcral adequar uma postura ativa e dinâmica, incluir e integrar o comportamento desviante e, desta forma, responder aos apelos soltos pelos infratores. De outra forma, é crucial utilizar os conhecimentos das abordagens biológicas e psicológicas no sentido de adotar estratégias adequadas que possam minimizar os efeitos da delinquência no campo social (QUADE, 2011). Porém, neste campo, são várias as influências externas que rotulam o delinquente, nomeadamente os media, pois “ (...) a produção de notícias constitui um acto de construção da realidade e não uma imagem da realidade.” (BRITES, 2010) e, por outro lado, as figuras públicas da autoridade, como polícias e juízes que, conscientemente ou não, ajuízam acerca destes jovens mediante a sua classe social (SPRINTHALL; COLLINS, 2008).

O Relatório Anual de Segurança Interna Nacional referente a 2011 revela que houve um decréscimo significativo do número de ocorrências no que respeita à delinquência

juvenil (-49%). A ideia harmoniosa tocante a este acentuado decréscimo pode ser, no entanto, limitada uma vez que os dados presentes neste relatório referem-se somente aos registos de ocorrências participadas pela GNR e PSP (SISTEMA DE SEGURANÇA INTERNA, 2011).

A ENFERMAGEM NO PLANO DE PREVENÇÃO

O relatório "ENTRE A LEI E A PRÁTICA: Subsídios para uma reforma da Lei Tutelar Educativa", elaborado por uma equipa de investigadores do Observatório Permanente da Justiça Portuguesa (OPJ), foi entregue no ano de 2010 ao Ministério da Justiça para que fosse posto em prática um Plano Nacional de Prevenção da Delinquência Juvenil, com indicação para uma "urgente execução" (OPJ, 2010: 316), não se verificando até à data qualquer conhecimento relativo à operacionalização do mesmo por parte do Governo Português. No entanto, torna-se importante investir num conhecimento apropriado deste relatório e, mais precisamente, do plano preventivo que lhe está implícito, considerando o Enfermeiro como membro fundamental e integrante das equipas multidisciplinares, que intervêm na temática da Delinquência Juvenil. Neste sentido, o relatório faz uma avaliação desta temática a nível nacional, abordando, igualmente, a "Justiça Penal de Crianças e Jovens no Contexto Europeu" (OPJ, 2010:111), dando como

exemplos os casos de Espanha e França. Este identifica, ainda, lacunas no próprio sistema jurídico-legal, concluindo que este último não intervém ao nível da "pré-delinquência", sendo, portanto, considerado pelo OPJ como uma "falha" do sistema (OPJ, 2010: 317).

Relativamente aos estudos efetuados pelo OPJ, aquando da realização do relatório, retiram-se duas principais conclusões: a primeira refere que "(...) mais do que a mudança na lei, o que é necessário é criar as condições para a sua plena e efetiva aplicação prática." (OPJ, 2010: 313), enquanto que a segunda expõe que "(...) a discussão sobre a resposta institucional à delinquência juvenil, que encontra uma das suas dimensões na Lei Tutelar Educativa, é pouco informada (...)" (OPJ, 2010: 314).

Tendo em conta que há um precária ação preventiva no que respeita à temática da Delinquência Juvenil, o OPJ realça a importância da criação de um plano que mobilize de forma efetiva os vários órgãos e competências que possibilitem um olhar holístico da realidade, visto que considera a "prevenção" como o principal alicerce na "(...) intervenção junto da criança e do jovem em desvio e/ou delinquente (...)" (OPJ, 2010: 316), surgindo, assim, o "Plano Nacional para a Prevenção da Delinquência Juvenil", importando referir que a adoção deste plano poderá afastar "(...) o tratamento deste fenómeno de tentações penalistas, designadamente, da tentativa de encontrar na

Lei-Quadro Política Criminal as prioridades no âmbito da justiça tutelar educativa.” (OPJ, 2010: 317). Este plano rege-se, então, por um conjunto de princípios gerais, implementados a curto, médio e longo prazo, que sugerem a criação de um modelo que contemple a diversidade sociocultural da criança e/ou jovem, intervindo de acordo com uma “base piramidal” em que é privilegiada a ação no seio da comunidade onde os jovens se inserem, respeitando “(...) a autonomia e o livre desenvolvimento(...)”(OPJ, 2010: 319) dos mesmos.

O plano supra referido estabelece, ainda, “Linhas Estratégicas da Intervenção”, nas quais a Enfermagem poderá ter especial relevância. Neste sentido, torna-se imprescindível a articulação entre “(...) as equipas especializadas (...)” de enfermeiros que “(...) têm a competência na área da saúde mental infanto-juvenil (...)”, com os enfermeiros de cuidados gerais, muitas vezes inseridos em Unidades de Cuidados de Saúde Primários, como Centros de Saúde que “(...)possuem os recursos necessários a uma intervenção na comunidade, não só pelo conhecimento das famílias e da sua trajectória de vida como pelo conhecimento das necessidades e recursos locais.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009:7), permitindo uma abordagem mais efetiva e coesa, estando esta perspectiva diretamente relacionada com as duas últimas linhas estratégicas deste plano:

“Qualificação dos profissionais” e “Sistema de monitorização e avaliação”. Assim, a primeira linha estratégica “Levantamento de recursos e de boas práticas” remete para todos os intervenientes dos espaços sociais/relacionais dos jovens e, não só, para o enfermeiro, enquanto operacional polivalente nesta corrente preventiva/educativa, pretendendo “(...) uma inventariação das boas práticas e dos recursos existentes na comunidade (...)” (OPJ, 2010:319). A segunda “Prevenção pela integração”, encontra-se particularmente dirigida para a promoção da intervenção nos espaços estruturais onde os jovens se inserem, como “(...) comunidade, redes de sociabilidade social, escola e família (...)” (OPJ, 2010: 320). Neste âmbito, a Saúde Escolar é, dentro da Enfermagem, um potencial educativo a explorar e intensificar, devendo o Enfermeiro ter conhecimento do “Programa Nacional de Saúde Escolar”, do despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série), publicado no Diário da República n.º 110 de 7 de Junho. Assim, a abordagem do Enfermeiro deverá centrar-se numa perspetiva salutogénica, possibilitando “(...) na escola um ambiente estimulante de criatividade e sentido crítico como suporte para a saúde.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006: 16). Em acrescento, o enfoque é colocado na alínea c) desta linha estratégica, estando a “(...) inclusão social de jovens expostos a situações de violência e de especial vulnerabilidade social;”

(OPJ, 2010: 320), diretamente relacionada com o “Programa Nacional de Saúde Escolar”, nomeadamente na “Área de Intervenção do Programa”: “Inclusão Escolar” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006: 11). Por último, a linha estratégica “Envolvimento da comunidade”, baseia-se num dos princípios gerais já referidos, nomeadamente na “Intervenção de base piramidal”, pelo que o Enfermeiro deverá intervir junto da comunidade onde os jovens se inserem, de modo a capacitá-la, e criando, em parceria com mesma, um plano de intervenção para reverter os comportamentos desviantes dos jovens e prevenindo, igualmente, a “pré-delinquência” (OPJ, 2010: 321).

É fulcral que o Enfermeiro atue em determinadas situações, tal como indicado nas “Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários”, do seguinte modo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009: 23):

“- Ter em conta factores desencadeantes e perpetuadores a nível familiar, social ou escolar.

- Apoio e orientação aos pais:*
- Evitar exposição a situações de violência.*
- Motivar a família para a mudança.*
- Desaconselhar punições físicas.*
- Sublinhar a importância da coerência de regras/atitude.*
- Impedir benefícios secundários com o sintoma.*

— Fomentar outras formas de expressão da agressividade.

- Trabalho de articulação com a escola: planear intervenções ao nível da escola que facilitem a integração no grupo de pares e o investimento de actividades lúdicas/desportivas.

- Articulação com a rede de apoio social e com projectos de intervenção sociocultural locais.”.

Posto isto, caso as medidas implementadas “ (...) não levaram à atenuação da sintomatologia (...)”(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009: 23);, deverá ser feita referenciação do jovem em causa para consulta de Pedopsiquiatria, Serviço de Psicologia e Orientação e/ou para Serviços Sociais Locais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

CONCLUSÃO

A temática da Delinquência Juvenil constitui um tema de opinião pública muito em voga nos dias de hoje. Porém, nem sempre é feito o esforço devido no sentido de compreender o que potencia e predispõe o jovem a esta problemática social. Mas é necessário fazê-lo, pois só assim a agenda política consegue concretizar as medidas propostas destinadas a intervir na delinquência e comportamentos desviantes. Estas medidas, desenhadas à luz da Lei Tutelar Educativa, visam, essencialmente, uma adoção de medidas numa etapa final. Compreende-se, assim, que exista a necessidade de reformular as medidas políticas vigentes, surgindo assim o relatório "ENTRE A

LEI E A PRÁTICA: Subsídios para uma reforma da Lei Tutelar Educativa”, que remete para o grande campo que sobeja e que é necessário explorar, o fenómeno da prevenção. Esta prevenção implica o envolvimento de diversas entidades e equipas multidisciplinares que acrescentem um novo olhar à temática da delinquência. Salienta-se, assim, o Enfermeiro enquanto importante e necessário interveniente nos espaços sociais dos jovens, com extremo potencial para a atuação junto dos mesmos.

BIBLIOGRAFIA

BRITES, Maria José – Fontes e seus enquadramentos: as notícias sobre a delinquência juvenil. Universidade Lusófona, 2010. [Em linha]. [Consult. 16 out. 2012] Disponível em: WWW <URL: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/brites-maria-fontes-e-seus-enquadramentos.pdf>>;

QUADE, Mariano - A Implementação de Políticas Públicas de Prevenção da Criminalidade – Estudo de Caso no Centro Educativo da Bela Vista e no Centro Educativo Padre António de Oliveira. Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Gestão e Políticas Públicas. Lisboa, 2011. [Em linha]. [Consult. 13 out. 2012] Disponível em: WWW <URL: http://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/3538/1/Tese_Final3.pdf>;

LAGO, Teresa - Função Paterna e Comportamentos Delinquentes em Rapazes Adolescentes. Mestrado Integrado em Psicologia, 2009. [Em linha]. [Consult. 14 out. 2012] Disponível em: WWW <URL: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/882/1/18740_usl_dep.17729_TERESA_V_LAGO_dissertação.pdf>;

LUZES, Cristiano Araújo – Um Olhar Psicológico Sobre a Delinquência. Portal dos Psicólogos, 2010. [Em linha]. [Consult. 16 out. 2012] Disponível em: WWW <URL: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0520.pdf>>;

NEDEL, Christian - Justiça Instantânea: Uma análise dos Mecanismos de Integração Operacional para o Atendimento Inicial de Adolescentes em Conflito com a

Lei. Porto Alegre, 2007. [Em linha]. [Consult. 16 out 2012]. Disponível em WWW: <URL: http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:MCFS0CWIX-EJ:scholar.google.com/&hl=pt-PT&as_sdt=0,5>>;

NEGREIROS, Jorge – Delinquências Juvenis: Trajectórias, Intervenções e Prevenção. Livpsic Legis Editora: Porto, 2008. ISBN: 978-989-8148-08-7;

OBSERVATÓRIO PERMANENTE DA JUSTIÇA PORTUGUESA – ENTRE A LEI E A PRÁTICA: Subsídios para uma reforma da Lei Tutelar Educativa, 2010. [Em linha]. [Consult. 14 out 2012]. Disponível em WWW: <URL: http://opj.ces.uc.pt/pdf/Relatorio_Entre_a_lei_e_a_pratica_Subsidios_para_uma_reforma_da_LTE.pdf>;

PAPALIA, Diana; OLDS, Sally; Feldman, Ruth – O Mundo da Criança. Editora McGraw-Hill de Portugal, 2001. ISBN: 972-773-069-8;

PORTUGAL, DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE - Programa Nacional de Saúde Escolar, 2006. [Em linha]. [Consult. 16 out 2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435E-B720-0DF22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSa%C3%BadeEscolar.pdf>>;

PORTUGAL, DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Alto Comissariado da Saúde. Coordenação Nacional para a Saúde Mental - Recomendações para a Prática Clínica de Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários, 2009. [Em linha]. [Consult. 18 out 2012]. Disponível em WWW: <URL: http://saudemental.pt/wp-content/uploads/2011/02/recomendacoespraticaclinicasaudemental_csp.pdf>;

PRAL, Catarina – Oportunidades e Risco: Suporte Social e Fatores Psicossociais associados ao fenómeno da delinquência juvenil. Dissertação de Mestrado em Psicologia Legal. Lisboa, 2007. [Em linha]. [Consult. 28 Nov 2011] Disponível em: WWW <URL: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/824/1/DM%20PRAL1.pdf>>;

SCHOEN- FERREIRA, Teresa; AZNAR-FARIAS, Maria; SILVARES, Edwiges – A construção da identidade em adolescentes: um estudo exploratório. Estudos de Psicologia, 2003. [Em linha]. [Consult. 28 Nov 2011] Disponível em: WWW <URL: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/epsic/v8n1/17240.pdf>>;

SISTEMA DE SEGURANÇA INTERNA – Relatório Anual de Segurança Interna 2011. Lisboa e SSI, 2012 - [Em linha]. [Consult. 14 out 2012]. Disponível em WWW: <URL: http://www.portugal.gov.pt/media/555724/2012-0330_relato_rio_anual_seguran_a_interna.pdf>.

SPRINTHALL, Norman A; COLLINS, W Andrew – Psicologia do Adolescente: Uma abordagem Desenvolvimentista. McGraw-Hill Inc, 1988. ISBN: 972-31-0634-5;

Quotidiano Digital: a influência da internet na saúde das crianças e dos adolescentes

Ana Dâmaso¹, Micaela Garcia¹, Filipa Paulas¹,
Iolanda Silva¹, Francisco Vaz²

Resumo

A evolução tecnológica do último século possibilitou aos jovens uma maior facilidade no acesso à informação e entretenimento. Devido à vulnerabilidade dos jovens face aos riscos dos mass media, é essencial desenvolver estratégias de educação no uso destes meios, destacando-se a ação do enfermeiro ao estabelecer a ponte entre os jovens, pais e professores e na promoção da literacia digital.

Palavras-chave: infância; adolescência; mass media; Internet; pais; ação do enfermeiro.

Introdução

Um dos marcos importantes que decorreram ao longo dos séculos XX e XXI foi a disseminação dos mass media no contexto social (GODINHO, 2011), tendo estes passado de novidade a necessidade e a serem indispensáveis no quotidiano da sociedade atual. A Internet é hoje assumida como uma das maiores ferramentas de trabalho, educação e meio de comunicação e entretenimento mas que no extremo, pode conduzir à dependência. (SILVA et al, 2011)

Posto isto, define-se mass media como “conjunto de meios de comunicação que possibilitam a transmissão de informação, em larga escala” - televisão, rádio, imprensa e internet.

Sendo que atualmente uma parte significativa do dia-a-dia das crianças e jovens é vivida no quarto, a navegar na Internet (CARDOSO et al, 2007), considerámos pertinente destacar neste artigo o impacto que este consumo, por vezes excessivo e abusivo, tem na saúde, pois embora este seja um veículo de transmissão de informação e entretenimento privilegiado, expõe os mais novos a riscos e torna-os vulneráveis.

Na abordagem a dois estadios de desenvolvimento diferentes, começamos por definir Infância como uma fase onde ocorrem “mudanças físicas, cognitivas e intelectuais”,

¹ Estudantes do 11º CLE

² Enfª Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica; Enfª Chefe Serviço de Pediatria do CHS – H. S. Bernardo, Prof. na ESS|IPS

mais focadas para o desempenho escolar, estando relacionadas com a aquisição de competências, como “o treino da responsabilidade” que serão vitais para o desenvolvimento futuro da criança, ao contrário da adolescência, onde é finalizada a formação da identidade e é aprimorada a relação relação com os pares. (ERIKSON cit. VERÍSSIMO, 2002). Num olhar retrospectivo, constata-se que já em 1978, Gadlin (citado por LIVINGSTONE, 2008) referia que “os adolescentes de hoje vivem por meio de uma juventude alargada (...), permanecendo jovem por mais tempo em termos de educação e dependência económica, mas tornando-se independente mais cedo a nível de sexualidade, lazer e consumo”. Hoje, considera-se a Adolescência como uma fase de transição entre a infância e a fase adulta, compreendida entre “os 11 e os 19 anos” sendo marcada por mudanças físicas, sociais e comportamentais, sendo expectável que na transição para a fase adulta, o “jovem já terá conseguido concretizar uma série de tarefas, ditas desenvolvimentais, que se expressam no plano intelectual, na socialização, na afetividade e na sexualidade” (FERREIRA et al, 2006).

A Internet e as Redes sociais virtuais

As redes sociais virtuais possibilitam a convergência das atividades até então desenvolvidas isoladamente, como a comunicação entre vários círculos de contactos

– amigos, familiares, profissionais –, correio eletrónico, mensagens, página pessoal, blogs e diários, partilha de fotografias, músicas e vídeos.

Estima-se que, em toda a Europa, 32% dos jovens entre os 16-24 anos utilizam redes sociais, pelo menos mensalmente (EIAA, 2006 cit. LIVINGSTONE, 2008). No Reino Unido, em maio de 2007, o MySpace era a rede social mais utilizada, com 6,5 milhões de visitantes, seguido por 4,0 milhões da Bebo e 3,2 milhões no Facebook, sendo os jovens com menos de 18 anos os maiores utilizadores, com 31% para o MySpace e 54% para a Bebo. (NIELSEN, 2006 cit. LIVINGSTONE, 2008). Nos Estados Unidos, em maio de 2006, o MySpace contava com 38,4 milhões de visitantes únicos, sendo que 6,6 milhões destes

tinham idades entre os 12 e os 17 anos. (COMSCORE, 2006 cit. LIVINGSTONE, 2008).

Em Portugal, embora o acesso doméstico à internet não seja uma realidade generalizada, este é o país em que a posse de computador portátil pelas crianças e jovens e a presença e uso do computador com internet no quarto é mais comum (LIVINGSTONE, HAD-DON, GÖRZIG & ÓLAFSSON, 2011 cit. CARDOSO et al). Num estudo efetuado por CARDOSO (2007), as crianças referiram aprender a usar o computador e a navegar na internet sem ajuda, realizando esta atividade maioritariamente sozinhas e no quarto. No entanto, foram visíveis

lacunas a nível do conhecimento técnico que não interferem na navegação.

Riscos vs Benefícios

Deve-se ter em atenção que se a utilização da Internet for exagerada, interferindo no trabalho, nas relações sociais e passar a estar presente nos hábitos de vida diária da pessoa (SILVA et al, 2011) torna-se prejudicial, sendo que os comportamentos derivados desta utilização excessiva, estão associados a sinais e sinto-mas encontrados noutros tipos de vício (YELLOWLEES e MARKS; TEIXEIRA, R. cit. SILVA et al, 2011). Embora não se tenha conhecimento dos efeitos futuros da sua utilização constata-se que “o seu uso pode estar presente em diversas patologias psíquicas e ou aparecendo como condição secundárias a essas patologias” (BALLONE e MOURA, 2003 cit. SILVA et al, 2011), sendo que alguns utilizadores apresentam maior vulnerabilidade, historial de impulsividade e perturbações face às atividades online. (SILVA et al, 2011)

Os media amplificam as ansiedades públicas associadas às redes sociais, afirmando que a “geração MySpace” não tem noções de privacidade ou vergonha, e que os jovens de hoje “estão prontos para descobrir os seus corpos de uma maneira que os seus pais nunca puderam”. (NUSSBAUM, 2007 cit. LIVINGSTONE, 2008). Além disto, LIVINGSTONE (2008) refere que as redes sociais são também

consideradas narcisistas, promotoras do isolamento social e um desperdício de tempo, que permite que os pedófilos contactem com os jovens, ou que estes sejam atraídos para pactos de suicídio, muitas vezes no seu próprio quarto enquanto os seus pais pensam que estes estão a realizar os trabalhos da escola, e acrescenta que as opções de media tomadas pelos adolescentes são muitas vezes utilizadas como marcadores de maturidade, identidade e posição sociais. E os adolescentes estão cientes dessas diferenças. Enquanto as gerações anteriores, incluindo as dos seus pais tinham como privadas algumas características pessoais – como a idade, politica, religião e orientação sexual -, as redes sociais possibilitam aos jovens de hoje partilhar esta informação sem qualquer tipo de restrição.

Num estudo realizado por CARDOSO (2007), as crianças reconheceram como riscos: “o contacto com estranhos, a criação de falsas amizades online, a ofensa por pedófilos, o envolvimento em experiências de fragilização psicológica resultantes em suicídio e viciação na internet”, ainda que estas se encontrassem relacionadas a casos noticiados na televisão e não com vivências das próprias crianças.

Os participantes do estudo reportaram ainda sinais que vão de encontro ao “vício da internet”, ao descreverem dificuldade em não estar online, recusa de alimentação e isolamento, mas também algumas estratégias

de segurança online, tais como: “o fornecimento ou falseamento de dados pessoais, a recusa do contacto com estranhos e a navegação em sites conhecidos”. No entanto, foram evidenciadas discrepâncias entre as estratégias verbalizadas e as práticas realizadas, tendo sido declaradas a interação com estranhos e o reconhecimento da exposição ao risco.

Trabalho ou Entretenimento?

Sendo a Internet considerada como local para aprendizagem e informação pelo vasto domínio que abrange, e que os políticos acreditem que a literacia e as capacidades desenvolvidas através das redes sociais fomentam a aprendizagem dos riscos e a proteção e participação dos mais jovens, esta é, simultaneamente, um local de lazer onde é possível comunicar de modo fácil, prático e descontraído, assim como encontrar oportunidades de autoexpressão e criatividade, sendo que para muitos, fazer parte de uma rede social online é considerado como um meio de gestão da sua identidade, do seu estilo de vida e das suas relações sociais (GÓMEZ e ESPARREL, 2004; LIVINGSTONE, 2008).

As crianças designam, no topo das suas atividades online, os jogos, os vídeos, as músicas e o contacto com os amigos, tendo sido igualmente destacado o uso da internet como

ferramenta para o trabalho escolar (CARDOSO et.al, 2007).

Pais, educadores e a sociedade

A Educação é aberta a todas as pessoas no sentido em que esta não se centra numa única pessoa, como também a educação pertence a todos pelo fato de não se centrar num único lugar. Assim, MEDRADO (2010) afirma que “o habitat da educação é a vida social, e por isto, é a partir dos grupos sociais que ela é criada e recriada (...), pelo que quem define o que é importante na educação não é nem o professor nem a escola, é sim a sociedade e seu jogo de forças”. Já Freire (2001) citado por PAULA (2009) afirma que comunicação é educação, portanto é diálogo, pelo que assim é a condição indispensável para a verdadeira educação.

Ainda que os pais tenham um papel fundamental na educação, estes afirmam não conhecer os riscos que as crianças enfrentam online, tais como acesso a sites pornográficos, a comunicação com estranhos e casos de bullying, apresentando, no entanto, a sobrevalorização do peso das aplicações educativas, como a realização dos trabalhos de casa e pesquisas. (LIVINGSTONE et al, 2011; REBELO et al, 2008 cit. MONTEIRO et.al, 2011)

Acrescenta-se ainda que existem diversas educações e cada uma depende da sociedade em que ocorre, assim como a educação que cada pessoa considera como relevante ajuda a

produzir crenças e ideais e também, em manter estruturas sociais. É “neste contexto tipicamente humano de relações de poder, cultura, interações e símbolos que a educação se instala” (MEDRADO, 2010).

Com o avançar dos anos, a introdução das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) na escola tornou-se mais visível. A realidade portuguesa constata que os Ministérios da Ciência, Educação e Tecnologia têm levado a cabo diversos projetos visando a luta contra a infoexclusão, bem como visando uma

melhoria de acesso, principalmente nos meios escolares. Com a finalidade de introdução, manutenção e acessibilidade das TIC nas escolas desenvolveram-se, entre 1985 e 2007, diversos projetos e iniciativas como o Minerva, Nónio, Internet na Escola, Escolas, Professores e Computadores portáteis, e-escola e ainda, o Magalhães.

No entanto, de acordo com TOBIN e DAWSON (1992) citado por FERREIRA et al (2009) a contraposição de alguns professores à adesão das novas tecnologias está relacionada com o receio de deixarem de ser a figura central no processo de ensino aprendizagem.

Além disso, todas as TIC estão associadas a riscos como a “exposição às radiações dos telemóveis, aos conteúdos menos próprios através da televisão, do perigo de comportamentos violentos associados a jogos interativos, dos perigos da Internet, como os

contatos, conteúdos ou questões de privacidade” (FERREIRA et al 2009) e ainda o risco de vício e outros problemas de saúde como o sedentarismo e a consequente obesidade (NETO, 2006. cit. FERREIRA et al, 2009), aos problemas de coluna, articulações e de visão. Face aos riscos sociais evidenciados por estes autores, surge ainda o cyberbullying, como consequência do anonimato da internet, podendo prejudicar a saúde psicológica da pessoa.

Ação do Enfermeiro

As intervenções devem ser centradas nas próprias crianças, indo de encontro às suas expectativas e interesses, valorizando as representações e valores que aquelas atribuem às suas experiências, de modo a estabelecer-se um uso seguro da internet. (CARDOSO et al, 2007)

Deste modo, salientamos como intervenções a “promoção de uma vivência online saudável, geradora de oportunidades e capaz de prevenir e assimilar o risco como experiência natural e até necessária ao crescimento”, considerando que as expressões culturais e identitárias das crianças devem ser valorizadas e respeitadas pelos adultos; o “aprofundar os contornos das apropriações da internet consideradas positivas e negativas pelas crianças” (tipo de conteúdo a que acedem, objetivos do uso da internet, experiências positivas e negativas vivenciadas

pelas próprias crianças); a “avaliação mais precisa da discrepância entre o discurso e prática relativamente a comportamentos de risco e das consequências que advêm da utilização da comunicação social como fonte de informação sobre os riscos”; “saber mais pormenorizadamente que imagem de risco está a ser construída e como isso se reflete no quotidiano da utilização da internet”; Devem-se ainda aumentar as iniciativas de sensibilização sobre segurança na internet; como celebrar o dia europeu da internet segura – 7 de fevereiro -, e realizar observação das práticas de navegação online, em grupos mais reduzidos ou individualmente, em espaços privado e confortáveis, como o lar (CARDOSO et al, 2007).

Considerações Finais

Torna-se importante referir que embora os mass media sejam considerados uma necessidade indispensável no quotidiano atual, é importante perceber as suas condicionantes e as implicações na sociedade. Considerando que o primeiro contacto com a internet estabelece-se cada vez mais cedo, é essencial que as crianças consigam proteger a sua identidade e intimidade. A este contato prévio, junta-se o consumo excessivo e abusivo e ainda os inúmeros riscos a que estes estão expostos, pelo que é indispensável educar e o aumentar a literacia digital entre os jovens, disponibilizando informação acerca das questões da privacidade

e funcionamento das páginas web, tal como desenvolver capacidade de distinção entre amigos reais e virtuais, e trabalhar na proteção da identidade real. Apesar das TIC serem importantes na educação, o seu uso contribui para a fragilidade da segurança e da integridade física e psicológica dos mais novos, pelo que é essencial a sensibilização e consciencialização dos jovens neste âmbito, incutindo responsabilidade na escola, pais e sociedade, de um modo geral. Embora a maioria das crianças possua discernimento acerca dos riscos, do seu papel proactivo e revelar capacidades para o uso da tecnologia, mostram-se preocupados com o facto de poderem ficar viciados. Sugere-se que se desenvolvam mais estudos, envolvendo a ação do enfermeiro, na proteção dos jovens contra o cyberbullying, de modo a serem construídas as noções de self, considerando as relações sociais e valores dos jovens. É, portanto, imprescindível para uma boa educação, que as atitudes da juventude de hoje sejam discutidas e alvo de reflexão.

Referências

- CARDOSO, G.; ESPANHA, R.; LAPA T. – E-Generation: Os usos de Media pelas crianças e jovens em Portugal. Relatório Final. pp.1369-1377. Centro de Investigação e Estudos em Sociologia, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, 2007.[Em linha] Consult. 20.Out. 2012. Disponível em WWW: <URL:<http://http://cies.iscte.pt/destaques/documentos/E-Generation.pdf>>.
- FERREIRA, Manuela; NELAS, Paula Batista – Adolescências...Adolescentes... pp. 141-162. Revista

Millenium, nº32, Fevereiro de 2006. Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, 2006. ISSN (edição eletrónica) – 1647-662X. [Em linha] Consult. 1.Nov.2012. Disponível em WWW: <URL:<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/11.pdf>>.

FERREIRA, Paula; MONTEIRO, Ana Francisca - Riscos de Utilização das TIC. pp. 92-97. Revista Eduser, n.º 1, 2009. Instituto Politécnico de Bragança. Escola Superior de Educação. ISSN (edição eletrónica) - 1645-4774. [Em linha] Consult. 25.Out.2012. Disponível em WWW: <URL:<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/1220/1/Riscos%20de%20Utiliza%C3%A7%C3%A3o%20das%20TIC.pdf>>

GODINHO, José Carlos Costa - Media use and associated characteristics in early and late adolescence. Faculdade de Medicina do Porto, Universidade do Porto. Porto, 2011. [Em linha] Consult. 1.Nov.2012. Disponível em WWW: <URL:<http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/62283>>.

GÓMEZ, M.; ESPARREL, J. – Las socioadicciones: uso desadaptativo de Internet. España: Universidad de Granada, 2004.[Em linha] Consult. 19.Out. 2012. Disponível em WWW: <URL:[http://http://www.ugr.es/~sevimeco/revistaetica/Numero3/Articulos/Formateados/socioadicciones\[1\].pdf](http://http://www.ugr.es/~sevimeco/revistaetica/Numero3/Articulos/Formateados/socioadicciones[1].pdf)>

LIVINGSTONE, Sonia; BOVILL, Moira – Young people, new media: report of the research project Children Young People and the Changing Media Environment. Research report, Department of Media and Communications, London School of Economics and Political Science. Londres, 1999.[Em linha] Consult. 22.Out.2012. Disponível em WWW: <URL:[http://http://eprints.lse.ac.uk/21177/1/Young_people_new_media_\(LSERO\).pdf](http://http://eprints.lse.ac.uk/21177/1/Young_people_new_media_(LSERO).pdf)>.

LIVINGSTONE, Sonia – Taking risky opportunities in youthful content creation: teenagers' use of social networking sites for intimacy, privacy and self-expression. New media & society, 10 (3), pp. 393-411. LSE Research Online - The London School of Economics and Political Science. London, 2008 [Em linha] Consult. 22.Out.2012. Disponível em WWW: <URL:<http://http://eprints.lse.ac.uk/27072/1/Taking>

_risky_opportunities_in_youthful_content_creation_%28LSERO%29.pdf>.

MEDRADO, ADONAI ESTRELA – O que é educação e a quem ela serve? [Em linha] Consultado a 20.Out.2012. Disponível em WWW: <URL:http://www.adonaimedrado.pro.br/documentos/O_que_e_educacao_e_a_quem_ela_serve.pdf>.

MONTEIRO, Ana F., OSÓRIO, António J. – Geração Digital: ouvindo as crianças falar de oportunidades e riscos online. VII Conferência Internacional de TIC na Educação: Challenges 2011, Perspetivas de Inovação. Universidade do Minho, Braga, 2011. ISBN 978-972-98456-9-7 [Em linha] Consult. 20.Out. 2012. Disponível em WWW: <URL:<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/15951>>.

PAULA, Nanci Martins de – Crianças pequenas de dois anos no ciberespaço: interatividade possível? [Em linha] Consult. 20.Out.2012. Disponível em WWW: <URL:<http://repositorio.bce.unb.br/handle/10482/7795>>.

SILVA, Carla et. Al – Conceções sobre os efeitos da internet ao nível da saúde: um projeto em estudo com alunos do 1º ciclo do ensino básico. In B. Pereira & G.S. Carvalho (coord.) – Atas do VII Seminário Internacional da Educação Física, Lazer e Saúde: A atividade física promotora da saúde e desenvolvimento pessoal e social. CIEC, Instituto de Educação, Universidade do Minho. pp. 1351-1362. ISBN: 978-989-8537-00-3.[Em linha] Consult. 17.Out. 2012. Disponível em WWW: <URL:<http://http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/14513>>.

VERÍSSIMO, Ramiro – Desenvolvimento psicossocial (Erik Erikson). Porto: Faculdade de Medicina do Porto, 2002. ISBN: 972-9027-12-9. [Em linha] Consult. 3.Nov.2012. Disponível em WWW: <URL:<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9133/2/1761.pdf>>

World Health Organization (WHO) – Reproductive Health. 2012. [Em linha] Consult.4.Nov.2012. Disponível em WWW: <URL:http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/>.

Os pais e a hospitalização do recém-nascido prematuro

Ana Pereira¹, Joana Sezões¹,
Susana Esteves¹, Tânia Mestre¹,
Telma Machado¹, Natasha Pedro²

RESUMO

A hospitalização de um recém-nascido prematuro constitui uma situação de crise familiar, fonte de stress e sofrimento para os pais, que desde o início da gravidez idealizaram uma realidade diferente para o seu bebé.

Torna-se essencial a intervenção do enfermeiro junto destes pais, de forma a ajudá-los a ultrapassar este momento difícil da sua vida, acolhendo-os, acompanhando-os, minorando as repercussões do internamento a nível emocional e no quotidiano, e contribuindo para o desenvolvimento de estratégias de *coping* para lidarem com esta situação.

Palavras-chave: Hospitalização; Enfermagem; Pais; Recém – nascido prematuro; Sentimentos

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos tem-se vindo a notar um aumento da prevalência de recém-nascidos prematuros em Portugal, contudo essa prevalência é bastante diversa mundialmente. Em Portugal, registaram-se em 2009, 99 491 nados vivos, dos quais 8 657 (8,7%) foram prematuros, tendo-se verificado um aumento de 1,9 % em relação a 2004 ⁽¹⁾.

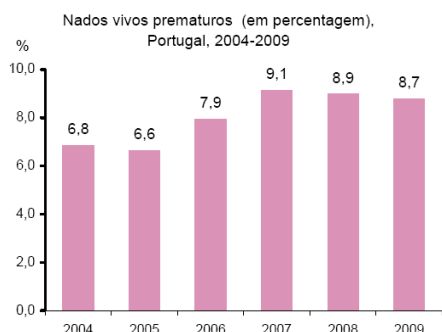


Figura 1: Nados vivos prematuros, Portugal, 2004-2009

A adopção de determinados estilos de vida, o acompanhamento pré-natal inexistente ou tardio, as infeções, a má nutrição por parte da mãe, o consumo de tabaco, de álcool e de drogas, a violência doméstica, as carências sociais e económicas, o stress e o trabalho exagerado, são alguns factores que poderão estar na origem de um parto prematuro, o que leva ao aumento da prevalência da prematuridade acima apresentada ⁽²⁾.

Segundo a OMS (em meados dos anos 90) “os bebés nascidos vivos antes de 37 semanas a contar do primeiro dia do último período menstrual são denominados prematuros” ⁽²⁾, o

¹ Estudantes do 9º CLE

² Enfª Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica; Enfª Serviço de Pediatria do Hospital Cuf Descobertas, Prof. na ESS|IPS

que faz com que seja descartada a definição de prematuro que se baseava no peso, visto certos recém-nascidos de termo pesarem menos de 2500 gramas ⁽³⁾.

A prematuridade etimologicamente deriva do latim *praematurus*, de *prae* (antes) e *maturus* (maduro), podendo assim afirmar que um recém-nascido prematuro encontra-se imaturo, pois nem todos os seus órgãos e sistemas (respiração, controlo da temperatura, digestão, metabolismo, etc.) estão totalmente desenvolvidos, o que o torna mais vulnerável a factores externos necessitando de um cuidado especial ⁽³⁾ ⁽⁴⁾. Por vezes esse cuidado especial implica hospitalização do recém-nascido, o que provoca nos pais uma colectânea de sentimentos e vivências.

Seguindo esta linha de pensamento, este artigo focar-se-á nos pais e na sua vivência da hospitalização do recém-nascido prematuro. Abordaremos os sentimentos despoletados nos pais durante a hospitalização do recém-nascido, de que modo a hospitalização do seu filho influencia o seu dia-a-dia e quais os recursos disponíveis e as formas de apoiar os pais durante este processo não-normativo. Também daremos enfoque à intervenção do enfermeiro junto dos mesmos, nomeadamente no âmbito do compromisso da vinculação com o seu filho recém-nascido, no medo, e no conhecimento comprometido. Finalizaremos com algumas considerações finais sobre a temática.

Os Pais e a Hospitalização do Recém-Nascido Prematuro

Quando um recém-nascido prematuro se encontra hospitalizado, existe uma necessidade dos pais se adaptarem e enfrentarem esta nova situação, uma vez que a idealização do seu filho não corresponde à realidade.

Tal representa uma situação de crise para a família, pois a hospitalização de uma criança provoca desequilíbrio psicológico e físico que exige o recurso a novos meios externos e internos para voltar ao equilíbrio lentamente – *“o hospital é uma ruptura, uma passagem de um mundo familiar para um mundo estranho”* ⁽²⁾ ⁽⁵⁾.

O internamento numa unidade neonatal é um acontecimento inesperado e stressante para os pais e toda a família. Deste modo, torna-se de extrema importância a intervenção dos profissionais de saúde junto destes de modo a ajudá-los a ultrapassar a fase difícil em que se encontram e portanto minimizar as repercussões do internamento nos mesmos ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾.

Sentimentos despoletados

Durante toda a gravidez, o casal constrói sonhos, imagens e esperanças de um filho saudável, com um rosto bonito, gordinho, activo e perfeito ⁽⁶⁾. Todavia com o nascimento de um filho prematuro, pequeno e frágil, todo o

sonho é desfeito, passando o casal a vivenciar uma outra realidade diferente da esperada, podendo despoletar sentimentos negativos como a tristeza, o desespero, a não-aceitação da situação, o medo, a culpa, a ansiedade e a incerteza acerca da sobrevivência do recém-nascido prematuro, principalmente se este tiver um quadro clínico instável ^{(5) (6)}.

Um factor que vai promover estes sentimentos negativos é o ambiente físico no qual o bebé se encontra, sempre rodeado de máquinas e de novas tecnologias.

Para facilitar a aceitação desta situação, é fundamental um bom acolhimento dos pais pelos profissionais de saúde com vista a desenvolver relações terapêuticas de confiança, disponibilidade e comunicação, visto os mesmos, certas vezes, não compreenderem as informações que lhes são fornecidas: doença, gravidade, procedimentos, levando a sentimentos de impotência face à rapidez dos acontecimentos ^{(2) (5) (7)}. Especificando, os profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro deve ter presente o objectivo do modelo de cuidar, que é manter a união dos pais e dos laços familiares com o recém-nascido prematuro, promovendo assim a normalidade da unidade familiar ⁽⁶⁾.

Influência no quotidiano

Para além do impacto emocional que a hospitalização do recém-nascido provoca nos

pais, esta também interfere no seu quotidiano ao provocar alterações bruscas e repentinas ⁽⁵⁾.

A mãe é a principal afectada com o internamento do recém-nascido, uma vez que é frequente um foco de atenção no filho e um descuido no seu auto-cuidado ⁽⁵⁾.

A hospitalização provoca alterações no seu dia-a-dia, abdições e preocupações levando-a a um grande desgaste físico e psicológico ⁽⁵⁾.

Para além do descuido com o auto-cuidado pelo qual a mulher passa, pode existir também uma deterioração da relação com o companheiro e com os outros filhos (se tiver), o que poderá desencadear problemas conjugais e, em casos mais extremos, terminar com a separação do casal ⁽⁵⁾.

Existem também outras esferas familiares afectadas como a financeira, a somática, comportamental e a vida mental consciente ou inconsciente ⁽⁶⁾. Destacamos dentro da comportamental a falta de concentração em algumas actividades diárias associada à alteração do padrão de sono e repouso da família ⁽⁷⁾.

Apoio/Recursos disponíveis

Os pais dos recém-nascidos prematuros hospitalizados têm necessidade de apoio podendo este ser formal, no caso dos profissionais de saúde, mas também pode ser informal como é o caso de amigos, familiares, redes de apoio, religião, vizinhos e/ou

voluntários ⁽⁶⁾. Este apoio é importante pois traz vantagens a curto e a longo prazo não só para os progenitores, mas também para o próprio bebé ⁽⁵⁾.

Algumas famílias durante o processo de hospitalização do recém-nascido prendem-se às suas crenças e fé, estando mesmo comprovado em estudos que a crença em Deus fortalece os pais neste momento difícil, sendo a espiritualidade um grande mecanismo de se adaptarem e enfrentarem a situação ⁽⁵⁾.

Outros estudos também demonstram que nesta situação, o maior apoio é prestado pelos companheiros/pais, às mães, e pelos avós. O apoio dos avós é fulcral no momento da hospitalização, pois estes são uma grande base emocional, mas também representam um grande suporte e ajuda a nível das tarefas do quotidiano, nomeadamente nos cuidados aos outros netos ⁽⁵⁾.

De referir a importância, como fonte de suporte e de *coping*, os outros pais que também têm os seus filhos no internamento. Pode existir um apoio mútuo, pelo facto dos pais estarem a vivenciar uma situação semelhante, e sobressai o sentimento de não serem os únicos a passar por aquela situação e que irá ser superada. Existe uma troca de experiências, pensamentos e sentimentos entre si, onde assuntos como o impacto deste evento sobre o casamento, o stress associado, gastos financeiros e até a própria relação com a criança, são abordados ⁽⁶⁾.

É uma fonte de esperança, energia, força e sentimento que não estão sós, pelo que os pais que chegam recentemente ao serviço de internamento costumam ser bem recebidos pelos que já lá estão há mais tempo, podendo contar com o seu apoio ^{(5) (6)}.

Segundo Viana (2005) cit. por Silva (2009: 43), tanto estes pais como toda a equipa de saúde, e a confiança que esta transmite, são recursos que promovem a esperança dos pais em como esta situação terá um desfecho positivo, constituindo um grande suporte de adaptação. Em particular os enfermeiros, que têm como base a comunicação, facilitam a relação de confiança entre os pais e os profissionais de saúde. Importante referir que, independentemente de quem esteja a prestar apoio aos pais neste momento, o faça com uma conotação positiva ⁽⁵⁾. Segundo Monteiro (2005) cit. por Silva (2009: 42), no momento da hospitalização, os pais tentam evitar conversar sobre assuntos negativos, ou que façam sobressair esses sentimentos, e chegam mesmo a afastar-se de pais com uma sobrecarga emocional negativa.

Neste sentido, é relevante alertar os familiares para a importância de se expressarem positivamente apesar da situação que atravessam ⁽⁵⁾.

Contributos de Enfermagem

Ao longo dos últimos anos, incluindo o transacto, Portugal encontrou-se com uma taxa de nascimento de bebés prematuros superior à média Europeia ⁽¹⁴⁾.

Torna-se assim importante haver um olhar abrangente de todos os profissionais de saúde, principalmente do enfermeiro, para as questões que se encontram subjacentes ao nascimento de um bebé prematuro. Dizemos abrangente, pois não devemos focar-nos apenas nos cuidados a prestar a este novo ser, mas também àqueles que serão os seus cuidadores, e que neste momento vivenciam uma realidade diferente da que esperavam.

O nascimento de uma criança foi, é e será sempre um acontecimento sublime, um cenário envolvente de emoções intensas que ao mesmo tempo assolam e exaltam o ser humano. Por vezes essas emoções são dolorosas e transportam diversos sentimentos e pensamentos confusos, que no caso da prematuridade se manifesta por medo, ansiedade e culpa levando a um compromisso da vinculação.

Torna-se assim muito importante que *“os pais de um bebé prematuro conheçam a patologia própria destes bebés. Para isso é necessário que exista uma boa comunicação entre estes pais e as equipas médicas e de enfermagem que se encontram encarregues de cuidar do bebé. Aos pais deverá ser dada a confiança suficiente,*

para que possam expor livremente as suas dúvidas e preocupações, assim como, deverão ser criadas todas as condições para que os mesmos possam usufruir do seu bebé, desenvolvendo-se, desta forma, laços afectivos fortes, que tão importantes são para ambas as partes.” ⁽⁸⁾.

Focos de Enfermagem

De acordo com tudo o referido anteriormente, e após pesquisa tornou-se relevante para nós abordarmos três focos de enfermagem: compromisso da vinculação, medo e conhecimento comprometido.

Compromisso da vinculação

O contexto da prematuridade causa nos pais, particularmente na mãe, muitas dificuldades na interacção com o recém-nascido prematuro, face às particularidades inerentes à sua condição clínica ⁽⁷⁾. O facto de a díade estar separada pelas restrições clínicas impostas pela prematuridade, dificulta a comunicação e o relacionamento entre ambos, o que é deveras importante para o crescimento e desenvolvimento do próprio recém-nascido ⁽⁷⁾.

Medo

MILES *et al* (1992); ZAVASCHI *et al* (1985) e BOWLBY (1981) relatam os sentimentos de medo, apreensão e culpa como resultantes do receio de terem feito algo errado que levasse à

situação de prematuridade do seu bebé, e ainda um sentimento de frustração face ao nascimento, uma vez que há o *“confronto entre o bebé imaginário e o bebé real e as suas características específicas.”*⁽¹⁰⁾.

O medo surge também face ao recém-nascido hospitalizado, e à incerteza do que lhe pode acontecer, bem como no que diz respeito à prestação de cuidados ao bebé, algumas vezes relacionado com algum deficit de conhecimentos, abordado posteriormente neste artigo.

Estabelece-se assim uma relação culpa – medo, nesta fase de impacto com a realidade de ter um bebé prematuro. Brazelton comenta que *“emocionalmente, qualquer mãe poderá culpar-se por qualquer doença, por prematuridade, por marcas de nascença (...)”*⁽⁸⁾. A culpa surge assim, como a necessidade de encontrar causas racionais para o nascimento do seu filho prematuro.

Conhecimento comprometido

De acordo com as directivas do Programa – tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil, o Enfermeiro deve reconhecer os Pais como principais cuidadores dos seus filhos, pelo que as intervenções devem ser baseadas numa perspectiva de cuidados antecipatórios, partilhando com eles conhecimentos que possam ser facilitadores do desenvolvimento de competências parentais⁽⁹⁾.

Essencial na prestação de cuidados de Enfermagem é a comunicação, considerada por Whaley e Wong (1989) como um processo complexo, que representa a forma mais importante para estabelecer relacionamentos de confiança com pessoas. TOMMLISON (1989) salienta que, sem o estabelecimento de qualquer forma de comunicação, torna-se impossível interagir terapêuticamente, na assistência ao recém – nascido e família⁽⁶⁾.

SNOWDON e KANE (1995) defendem que, quando os pais estão bem informados sobre a condição de saúde e tratamentos inerentes, eles sentem que têm uma função importante nos cuidados dos filhos⁽⁶⁾.

Intervenções de Enfermagem

Como já foi referido anteriormente, o Enfermeiro tem um papel preponderante no acompanhamento dos pais durante a hospitalização do seu filho recém-nascido prematuro.

Segundo Carson citado por Correia e Silva (2006), durante o internamento os pais olham os profissionais na tentativa de ter informação, e clarificação da situação do seu filho^{(6) (10) (11)}.

É importante perceber que, cada família possui características específicas, que lhe imprimem a sua própria identidade, existindo cada elemento de forma individual segundo as suas reacções funcionais, crenças, valores, hábitos e ideias. A cada elemento da família é assim atribuído um

papel. O papel do pai (sustento e poder) e da mãe (figura do lar) têm sofrido alterações ao longo dos tempos, sendo o pai tornado um elemento activo e envolvido nos cuidados à família e criados direitos de igualdade para as mulheres e maior integração no mercado de trabalho ⁽²⁾. Estes aspectos são muito importantes nos cuidados aos bebés prematuros, uma vez que uma maior participação da mulher na vida laboral pode ser geradora de stress, e assim o parceiro, uma vez mais activo nos cuidados à família deve apoiá-la, favorecendo assim o cuidado ao bebé prematuro ^{(2) (6)}.

O enfermeiro, enquanto profissional de saúde deve receber a família e criar um ambiente de conforto, tentando responder às preocupações dos pais, oferecendo explicações simples sobre o estado de saúde da criança e tratamentos e cuidados a serem prestados ao recém-nascido no lar. Este ambiente acaba por ser facilitador da comunicação, uma das intervenções mais importantes da parte do Enfermeiro.

Ao enfatizarmos a comunicação estamos a interagir com os pais de modo a que a troca de informação seja eficaz, clara e concisa, com o fim de os tranquilizar. Esta vai também permitir que seja estabelecida entre os pais e o profissional de saúde, uma relação de confiança que será sempre benéfica no sentido em que os mesmos se sentirão à vontade para colocar

dúvidas, expressar sentimentos, dificuldades e/ou preocupações ⁽²⁾.

O Enfermeiro deve também informar os pais sobre o funcionamento da unidade de internamento e do hospital e orientar os pais durante a hospitalização do recém-nascido, uma vez que o internamento numa unidade neonatal é um acontecimento inesperado e stressante para a família ⁽²⁾. O facto de informar os pais sobre o estado de saúde do seu filho, planos de tratamento, medicação, tempo esperado de hospitalização, objectivo dos cuidados e procedimentos efectuados ao recém-nascido, vai ser fundamental na adaptação dos mesmos à situação em que vivem ^{(2) (5) (6)}.

O Enfermeiro deve conversar com os pais, ou figura cuidadora, de modo a que estes possam expressar os seus receios e medos e a forma como isso influencia a sua vida. É importante admitir perante os pais a normalidade do medo, da dor e até mesmo do desespero, visto que isso permitirá uma partilha mais livre dos sentimentos vivenciados ^{(2) (5)}. Também deve ter em especial atenção a comunicação verbal e não-verbal e compará-las no sentido de detectar possíveis incongruências.

Quanto às intervenções de Enfermagem específicas para o segundo foco levantado o “compromisso da vinculação”, sugerimos as seguintes ^{(2) (7) (9)}:

Compromisso da Vinculação

- Ajudar os pais, particularmente a mãe, a aproximar-se do bebé, a acolhê-lo, dando sentido à experiência de prematuridade vivida por ambos;
- Favorecer o processo de vinculação através do método canguru. Este método traz vantagens a nível da redução da mortalidade severa, evita hipotermia e infecções, favorece o ganho de peso mais rápido, o crescimento e o desenvolvimento do prematuro, contribuindo assim para a humanização do cuidado neonatal e para um melhor vínculo entre a mãe e o seu filho prematuro, possibilitando também a alta hospitalar precoce;
- Incluir os pais nos primeiros nos cuidados prestados ao recém-nascido prematuro, tais como a higiene, a alimentação e outros cuidados específicos, uma vez que tal é benéfico para a tríade, visto que além de tornar os pais participantes e co-responsáveis no processo de tratamento, reforçando o sentimento de serem capazes e úteis ao filho, proporciona um ambiente promotor do desenvolvimento do recém-nascido e facilita o processo de vinculação entre os mesmos;

Compromisso da Vinculação

- Permitir que a mãe segure no recém-nascido, no sentido do colo físico e psicológico, visto este estar associado a uma protecção contra o ambiente externo, ao aquecimento e também à melhoria do contacto físico e emocional da díade;
- Promover a vinculação pai/filho, apresentando o recém-nascido e incentivar ao toque, pois tal ajudará a preservar o ambiente de afecto necessário ao desenvolvimento deste.

Relativamente ao foco “medo” levantado, além da comunicação já referida anteriormente, é também relevante ^{(2) (12)}:

Em relação ao foco “conhecimento comprometido”, as intervenções de enfermagem têm por base quatro eixos: o primeiro compreende a avaliação da prontidão e necessidades de aprendizagem; no segundo determinam-se factores pertinentes ao processo de aprendizagem; já o terceiro prende-se o estabelecimento das prioridades junto dos pais, enquanto que o quarto consiste no ensino propriamente dito, bem como algumas facilidades em relação ao mesmo ^{(2) (12)}:

Conhecimento Comprometido

- Primeiro eixo
 - Conversar com os pais a fim de verificar o nível de conhecimentos / necessidades/ medos;
 - Determinar a capacidade dos pais/cuidadores para aprenderem;
 - Identificar estrutura familiar de apoio, que possam ajudar neste processo;
- Segundo eixo
 - Identificar factores pertinentes ao processo de aprendizagem, através da observação de factores pessoais (idade, sexo, influências sociais/culturais, religião, experiências de vida, escolaridade);
 - Determinar bloqueio à aprendizagem, tais como as barreiras linguísticas (não saber ler, fala/compreende um idioma não dominante), factores físicos (afasia, dislexia, entre outros) e estabilidade física (doença aguda, intolerância à actividade, etc.);
- Terceiro eixo
 - Estabelecer prioridades junto dos pais, determinando as necessidades da mais urgente para a menos, abordando a percepção que os mesmos têm acerca dessa mesma necessidade, no sentido de realizar-se ensino de conteúdo com mais relevância para os pais;

•Quarto eixo

- Proporcionar um ambiente favorável à aprendizagem, começando pela transmissão de informação conhecida pelos pais até aquilo que não conhecem, seguindo o percurso simples até ao complexo;
- Lidar com ansiedade dos pais, oferecendo informações se necessário fora da sequência, no sentido de desmistificar alguns medos;
- Entregar informações escritas/orientações para que os pais possam consultar em casa.

De acordo com a pesquisa feita, podemos concluir que os cuidados em que os pais demonstram maior ansiedade na realização por falta de conhecimento são: Interações/afecto com o recém-nascido; Aleitamento Materno e alimentação do recém – nascido; Vestir o recém – nascido; Higiene e conforto do recém – nascido e transporte em segurança do recém – nascido.

É acerca destas necessidades humanas básicas que deve incidir o papel do enfermeiro.

No que diz respeito às interacções/afecto em tudo relacionado com o processo de vinculação, as intervenções podem ser observadas no primeiro foco de intervenção apresentado neste capítulo.

Relativamente ao aleitamento materno e alimentação, é um desafio, uma vez que os recém-nascidos prematuros apresentam imaturidade fisiológica e neurológica, hipotonia

muscular e hiperactividade aos estímulos ambientais por curtos períodos ⁽¹³⁾.

Torna-se assim importante explicar à mãe a importância do aleitamento materno: propriedades imunológicas da LH, maturação gastrointestinal do bebé, papel importante na vinculação mãe – filho; Encorajar a mãe no processo de amamentação; Explicar que o retirar do leite pode ser realizado de forma manual ou mecânica, sendo importante a massagem para o aumento da produção láctea; Explicar o acondicionamento e manuseio adequados do leite ⁽¹³⁾.

No que diz respeito ao vestir e higiene e conforto do recém – nascido, bem como o transporte e segurança, os ensinamentos devem ser feitos da mesma forma que são feitos a todos os pais de recém-nascidos de termo, não havendo alterações significativas nos recém-nascidos prematuros.

Devemos neste sentido encorajar os pais à satisfação destas necessidades com supervisão, no sentido de dar-lhes mais segurança.

Considerações finais

Como verificado, a hospitalização de um recém-nascido prematuro é uma situação inesperada, caracterizada por um intenso desgaste emocional e físico dos pais, que sonharam durante meses com uma realidade diferente, em que o seu bebé nasceria saudável e não necessitaria de cuidados em meio hospitalar. O

impacto do internamento e os sentimentos despoletados por esta experiência constituem factores indutores de crise familiar.

Desta forma, o papel do enfermeiro neste processo torna-se essencial. Este profissional, ao mostrar-se competente e disponível para acolher e acompanhar as famílias neste caminho, revela-se um elemento-chave na promoção e manutenção dos laços familiares entre os pais, e destes com o recém-nascido, facilitando a recuperação do equilíbrio familiar.

O enfermeiro estende a sua actuação a diversos níveis, incidindo os seus cuidados sobre o compromisso da vinculação familiar, o medo provocado pelo potencial desfecho negativo da situação, e o deficit de conhecimentos sobre o internamento e a realidade hospitalar.

A sua intervenção inicia-se com o acolhimento aos pais e a sua integração na nova realidade, promovendo um ambiente terapêutico que facilite a comunicação e partilha de sentimentos, bem como a desmistificação de certos receios e o esclarecimento de dúvidas, tranquilizando o casal e fortalecendo a relação terapêutica.

O seu papel passa também pelo ensino sobre o funcionamento do serviço de internamento e do meio hospitalar, bem como dos cuidados a prestar ao recém-nascido prematuro, de forma a tornar os pais participantes e co-responsáveis no processo de tratamento, promovendo

sentimentos de utilidade e o desenvolvimento saudável do bebé.

Cabe ainda ao enfermeiro orientar o casal durante a hospitalização, prestando cuidados holísticos e personalizados, com vista à individualidade de cada elemento, mas favorecendo em todos os momentos a união conjugal. A sua atenção incide também sobre outros recursos de suporte familiar, nomeadamente os avós, que representam uma base de apoio de extrema importância, minorando o impacto desta situação no quotidiano dos pais, ou ainda outros pais que estejam a viver em simultâneo a mesma realidade, amenizando sentimentos de solidão. Assim, a actuação de enfermagem passa também pela valorização dos seus papéis, incluindo-os neste processo.

Este artigo pretende constituir um recurso para estudantes e profissionais de enfermagem, fornecendo informações relativas a alguns conceitos e cuidados pertinentes sobre este contexto de saúde. Pretende ainda ser uma fonte de consulta para todos os pais que possam passar por esta situação, de forma a encontrarem estratégias que os ajudem a enfrentar melhor este momento difícil das suas vidas.

Referências Bibliográficas e Electrónicas

- (1) INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. **ESTATÍSTICAS DEMOGRÁFICAS 2009**. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2010. ISBN: 978-989-25-0055-3 Disponível em URL: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=102638621&PUBLICAC_OESmodo=2
- (2) SALVADOR, Ana. **O que é um prematuro?** [s.l.], 2006. Disponível em URL: <http://www.nascerprematuro.org/content/section/3/32/>
- (3) MOREIRA, Ana Maria. **A INTERVENÇÃO PRECOCE EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO: O Posicionamento, a correcção postural e neuromuscular**. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação do Porto, 2004. Dissertação de Mestrado. Disponível em URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/23342/2/A%20intervancao%20precoce%20em%20recem%20nascidos%20pre%20termo.pdf>
- (4) LELLO, Edgar; LELLO, José – **LELLO UNIVERSAL: DICIONÁRIO ENCICLOPÉDICO LUSO-BRASILEIRO EM 2 VOLUMES**. Porto: Lello & Irmão, [1981]. vol. 1.
- (5) SILVA, Maria Adelane Monteiro da - **Experiência de pais com filhos recém-nascidos hospitalizados**. Artigo de Investigação, p. 37-46, 2009. Disponível em URL: http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:SjKJOX_HqDEJ:www.esenfc.pt/rr/admin/conteudos/downloadArtigo.php%3Fid_ficheiro%3D280%26codigo%3D+Experi%C3%AAncia+de+pais+com+filhos+rec%C3%A9m-nascidos+hospitalizados&hl=pt-PT&gl=pt&pid=bl&srcid=ADGEESjr6iVFby2uvAAIutuYVWYUppvolxYoTsSn1jEFWGYaMiNulVYUNdk67BnaPwrVEcQh8dX5-cRsgu2bucvkhPejalOaH7h9bB9SzOE5JeFsgFGJVPIKz_IDKply5F8_rIF5u_&sig=AHIEtbS51PpZq2aYGtQYekd7MOKXjehK0w
- (6) BARRADAS, Alexandra. **Parentalidade na Relação com o Recém-Nascido Prematuro Vivências, Necessidades e Estratégias de Intervenção**. Lisboa: Universidade Aberta, 2008. Dissertação de Mestrado. Disponível em URL: <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/handle/10400.2/735>
- (7) VASCONCELOS, Maria Gorete. **Implantação de um grupo de apoio à mãe acompanhante de recém-nascido pré-termo e de baixo peso em um hospital amigo da criança na cidade de Recife/PE**. Brasil: Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, 2004. Tese de Doutorado. Disponível em URL: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-29092004-160611/es.php>
- (8) FRAGA, Iara Tersinha Gama; PEDRO, Eva Néri Rubim. **Sentimentos das mães de recém-nascidos prematuros: implicações para a Enfermagem**. Porto Alegre: Revista Latino-americana de Enfermagem, 2000. Disponível em URL: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23540/000439971.pdf?sequence=1>
- (9) DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE: DIVISÃO DE SAÚDE MATERNA, INFANTIL E DOS ADOLESCENTES. **Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2002. 2ª ed. ISSN 0871-2786. Disponível em URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008188.pdf>
- (10) ESTEVES, Carolina. **A preocupação materna primária em mães de bebés nascidos pré-termo**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009. Dissertação de Mestrado. Disponível em URL: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/23021>
- (11) MARTÍNEZ, Josefina. **Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipa de saúde de um hospital de San Luís Potosí, México**. Brasil: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2004. Tese de Doutorado. Disponível em URL: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-03052005-090339/pt-br.php>
- (12) DOENGYES, Marilyn E; MOORHOUSE, Mary Frances. **Diagnóstico e Intervenção em Enfermagem**. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. ISBN 85-7307-455-8
- (13) NASCIMENTO, Maria Beatriz; ISSLER, Hugo. **Aleitamento Materno em Prematuros: manejo clínico hospitalar**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2004. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5s0/v80n5s0a08.pdf>
- (14) EURO-PERISTAT Project in collaboration with SCPE, EUROCAT, EURONEOSTAT. **European Perinatal Health Report**. 2008. Disponível em URL: <http://www.europeristat.com/bm.doc/european-perinatal-health-report.pdf>

Passo a passo caminhamos para o sucesso: a problemática dos acidentes em ambiente doméstico/ familiar nas crianças

Ana Ramos¹
Lucília Nunes²

Resumo

Os acidentes constituem uma realidade com efeitos dramáticos, quer estatisticamente, como também a nível da comunidade, família e pessoa afetada; as crianças são muitas vezes as vítimas dos acidentes (World Health Organization, 2008). Apesar deste efeito, o Plano de Ação Europeu Ambiente e Saúde para as Crianças (World Health Organization, 2004) destaca os acidentes como a principal causa de morte evitável e reforça a necessidade de os prevenir.

Com o objetivo de enquadrar o estado atual de conhecimentos acerca dos acidentes em ambiente doméstico/ familiar nas crianças, tendo em vista o contributo do enfermeiro neste domínio, utilizou-se revisão crítica da literatura com recurso às bases de dados B-ON®, EBSCOhost®, Nursing Reference Center®, PUBMED®, motores de busca GOOGLE® e GOOGLE SCHOLAR® e documentos de referência nacionais e internacionais.

Das questões de partida “Qual a dimensão do fenómeno relacionado com a ocorrência de acidentes domésticos em crianças? Qual o contributo que o enfermeiro poderá ter neste âmbito?” Chega-se à conclusão que existe necessidade de intervenção nesta temática, podendo os enfermeiros constituir agentes ativos e facilitadores de mudança, tendo em conta as suas características e competências.

Palavras-chave: acidente em ambiente doméstico/ familiar, criança, empowerment, enfermeiro, prevenção

INTRODUÇÃO

No Mundo, anualmente, morrem cerca de cinco milhões de pessoas devido a acidentes, o que corresponde a uma taxa de mortalidade de 83,7 por 100000 habitantes (WHO, 2002).

Devido à curiosidade, bem como à inerente aquisição e desenvolvimento de competências, as crianças são particularmente vulneráveis aos acidentes. Em todo o Mundo, as crianças até

aos 5 anos de idade representam 25% das mortes por afogamento e cerca de 15% das mortes relacionadas com queimaduras (Direção Geral de Saúde - DGS, 2009).

Na Europa, os acidentes são a quarta causa de morte mais comum (DGS, 2009). Segundo o

¹ Enfª Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica; Mestre em Saúde Pública; Doutoranda em Enfermagem, na Universidade Católica Portuguesa. Prof. Adjunta Equiparada na ESS|IPS

² Enfª Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica; Doutorada em Filosofia; Prof. Coordenadora, ESS|IPS

European Report on Child Injury Prevention (WHO, 2008), em cada ano morrem cerca de 42000 crianças e jovens entre os 0-19 anos, de acidentes não intencionais, na Região Europeia (DGS, 2009). Por “cada criança que morre por acidente, 50 são internadas com traumatismos graves e 800 são tratadas nos serviços de urgência” (DGS, 2009).

Apesar deste panorama, o Plano de Ação Europeu Ambiente e Saúde para as Crianças (WHO, 2004) destaca os acidentes como a principal causa de morte evitável e reforça a necessidade de os prevenir.

É com base neste enquadramento que pensamos ser fundamental analisar qual o contributo que os enfermeiros poderão ter neste domínio, assim como refletir acerca da melhor forma de o fazer.

Primeiro passo: Identificar contextualmente o problema

Em Portugal, tendo em conta os dados referentes ao ano de 2006, morreram 216 crianças e jovens até aos 19 anos de idade devido a acidente (DGS, 2009). De acordo com o Relatório ADELIA referente ao ano de 2006, “num universo de 23079 acidentes, verifica-se que 49% dos acidentes domésticos e de lazer ocorreram no grupo etário até aos 14 anos” (DGS, 2009). Neste grupo, o mecanismo de lesão mais repetido foi a queda (DGS, 2009).

No que respeita ao local de ocorrência mais frequente de acidente é a casa (52%), nomeadamente nas crianças até aos 4 anos (DGS, 2009), destacando-se, para além das quedas, os afogamentos, queimaduras, intoxicações e asfixia (DGS, 2009).

No primeiro ano de vida, a maior parte dos acidentes (80%) são “quedas de sofás, da cama dos pais, do carrinho que ficou com o cinto aberto, de escadas”, entre outros (DGS, 2009).

“Em 2007, o Centro de Informação Antivenenos registou 10673 casos de intoxicação com crianças, das quais, mais de 65% tinham entre 1 e 4 anos de idade, a maioria ocorreu em casa e, em 54%, os medicamentos estiveram na sua origem” (DGS, 2009).

“Quando comparado com os 24 países que participaram nos Relatórios de Segurança Infantil 2009, Portugal ocupa o 18º lugar quanto às taxas de mortalidade por traumatismos e lesões tanto em rapazes como em raparigas, tendo em conta o ano mais recente para o qual há dados disponíveis” (Eurosaf, 2009).

Apesar dos dados pouco otimistas relacionados com a ocorrência de acidentes, são conhecidas intervenções, no âmbito da prevenção, eficazes na redução deste “problema de saúde pública, em grande parte, evitável” (DGS, 2009).

Segundo passo: Conhecer os fatores que influenciam o problema

Em 2008, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a UNICEF publicaram o World Report on Child Injury Prevention (WHO, 2008) 6, que destacou a “magnitude, os fatores de risco e o impacto dos acidentes nas crianças, chamando a atenção para a prevenção e recomendando estratégias eficazes de redução dos acidentes nas crianças com menos de 19 anos” (DGS, 2009).

No que respeita aos acidentes em ambiente doméstico/ familiar, sabemos que as condições da habitação têm influência na saúde individual e coletiva (DGS, 2009). “Mesmo com todo o cuidado, há objetos e situações que representam risco e podem provocar acidentes. Para as crianças, todas as divisões da casa podem representar um enorme risco” (DGS, 2009).

“Em casa, dois fatores são determinantes de acidentes: o comportamento humano, que pode contribuir para uma maior ou menor extensão do acidente; e o projeto/manutenção da casa, pois o desenho inadequado das portas, janelas, escadas, materiais e mobiliário podem aumentar o risco de acidentes” (DGS, 2009), pelo que uma intervenção efetiva deve abranger estes dois focos de atenção.

Os riscos a nível da construção devem ser eliminados ou, pelo menos, reduzidos, exigindo um esforço por parte dos diversos profissionais da construção, para se construírem habitações

onde os “níveis de risco sejam aceitáveis e de fácil perceção pelos adultos” (DGS, 2009).

O Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge realizou, em 2004, um Estudo sobre “Segurança na Habitação: exposição ao risco de acidentes domésticos”, tendo concluído que “mais de metade dos alojamentos ou os seus elementos adotavam comportamentos protetores do risco de acidente doméstico” (DGS, 2009).

De acordo com vários estudos publicados, crianças com menos de 10 anos apresentam o maior risco de acidentes e morte por queda devido à sua curiosidade e desenvolvimento das competências motoras, bem como devido à distração ou falta de supervisão dos pais (Britton, 2005; Murray et al., 2000; Safe Kids Worldwide, 2008; Tarantino, Dowd & Murdock, 1999; Vilke et al., 2004; citados por Hill-Rodriguez, 2009).

Hendrich (2007) citado por Hill-Rodriguez (2009) indica que nas crianças com menos de 10 anos, a maior parte das quedas estão relacionadas com condições do ambiente, tais como: berço, organização do espaço e mobiliário, zonas de jogos, assim como pais que deixam as crianças sem vigilância ou com a grade lateral do berço descida (Hill-Rodriguez, 2009).

Existem alguns fatores de risco comuns a todos os acidentes, dos quais se destacam as condições socioeconómicas e o local de residência numa zona carenciada. Os acidentes

com crianças parecem ser, ainda, influenciados pelo desemprego dos pais (DGS, 2009).

No estudo realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, foi também identificado o nível de escolaridade como fator favorável à ocorrência de acidentes “quanto mais baixo for, maior é a percentagem de acidentes” (DGS, 2009).

Os estudos que existem relacionados com a avaliação dos fatores de risco em países desenvolvidos identificaram o género masculino (Reichenheim & Harpham 1989; Celis et al. 2003; Villalba-Cota et al. 2004, citados por Howe, 2006), as famílias numerosas (Janson et al. 1994; Bang et al. 1997; Ahmed et al. 1999; Rahman et al. 2005, citados por Howe, 2006), o baixo nível de literacia da mãe (Bangdiwala & Anzola-Perez 1990, citados por Howe, 2006), o facto de não ser a mãe a cuidadora principal (Rahman et al. 2005, citados por Howe, 2006), a iliteracia materna (Rahman et al. 2005, citados por Howe, 2006), o facto de a criança ser cuidada por irmãos mais velhos (Janson et al. 1994, citados por Howe, 2006) e a depressão materna (Reichenheim & Harpham 1989, citados por Howe, 2006) como fatores de risco para os acidentes nas crianças. Os acidentes parecem, também, ser mais graves nas áreas rurais (Rahman et al., 2005 citados por Howe et al., 2006).

Tendo em conta o descrito anteriormente, bem como as várias recomendações a nível nacional

e internacional, a prevenção de acidentes em crianças, constitui certamente uma área com trabalho a desenvolver.

Terceiro passo: O contributo dos enfermeiros

O Child Safety Good Practice Guide (2006) enfatiza a importância de ações com enfoque principal na criança, coerentes com o seu estadio de desenvolvimento, características e experiências de vida individuais.

O Plano de Ação para a Segurança Infantil (APSI, 2007) define como uma das suas áreas prioritárias a redução do número e da gravidade dos acidentes com crianças dos 0 aos 4 anos em ambiente doméstico/ familiar.

A temática dos acidentes é complexa e transversal a vários níveis, pelo que a sua efetiva resolução exige uma abordagem multisectorial. No entanto, tendo em conta a forte influência da ação a nível da saúde, poderemos afirmar que os enfermeiros podem constituir agentes facilitadores e ativos de mudança, pois reúnem condições e características únicas (adaptado de Canadian Nurses Association – CNA, 2005):

(1) Estão presentes em todo o sistema de saúde: desempenham funções nos cuidados de saúde primários, onde ocupam um lugar privilegiado de modo a capacitar as crianças/ famílias, aumentando os seus conhecimentos e reduzindo o risco de acidente. Por outro lado, os enfermeiros que trabalham na urgência

pediátrica podem contribuir para aumentar o conhecimento acerca das causas que estão na origem dos acidentes; os enfermeiros que acompanham as crianças durante o internamento hospitalar constituem-se fundamentais para desenvolver todo o processo educativo inerente a esta temática.

(2) Possuem fortes competências para contribuir para a prevenção de acidentes, através da avaliação da existência, ou não, de certos fatores de risco.

(3) São importantes educadores para a saúde, sabem como planear ações visando o aumento do conhecimento e otimizando as capacidades das pessoas/ famílias.

(4) Conhecem a criança e suas características, pelo que sabem adequar a sua intervenção ao estágio de desenvolvimento da criança e às suas necessidades.

(5) Acompanham as crianças/ famílias durante longos períodos, o que facilita o estabelecimento de uma relação de confiança entre ambos, pelo que o ensino é, provavelmente, mais efetivo.

De acordo com o descrito anteriormente, podemos inferir que é incontornável o importante contributo que o enfermeiro pode ter no âmbito da prevenção de acidentes em crianças. No entanto, para que esta ação seja efetiva, são exigidas ao enfermeiro habilidades, competências e conhecimentos, tendo em vista o sucesso da intervenção. Por outro lado, como

referimos, grande parte da intervenção do enfermeiro visa a capacitação das crianças e famílias, procurando aumentar o seu conhecimento, bem como otimizando a sua capacidade em resolver os seus problemas. Estas constatações levam-nos à seguinte questão: Será o empowerment a chave do sucesso na intervenção perante esta problemática?

O conceito de empowerment tem sido largamente utilizado, quer em documentos oficiais de políticas públicas de vários países, quer em estudos de diversos âmbitos, nestes últimos anos.

Adams (2008) define empowerment como a “capacidade de indivíduos, grupos e/ou comunidades assumirem o controlo, exercerem poder e realizarem os seus próprios objetivos, bem como o processo pelo qual, individualmente e coletivamente, são capazes de ajudar-se e ajudar outros a maximizar a qualidade das suas vidas”.

Analisando esta definição, percebemos que trata-se de um conceito positivo, dinâmico, que pressupõe a presença de competências individuais e a aplicação das mesmas perante uma situação-problema, em que seja necessário intervir e tomar uma decisão.

Este conceito pressupõe o acreditar na pessoa e nas suas potencialidades, visando a otimização de certas competências e a criatividade na resolução de problemas, em oposição à

abordagem mais tradicional, em que é o profissional de saúde o detentor do conhecimento e existe uma única solução do problema (Hage e Lorensen, 2005).

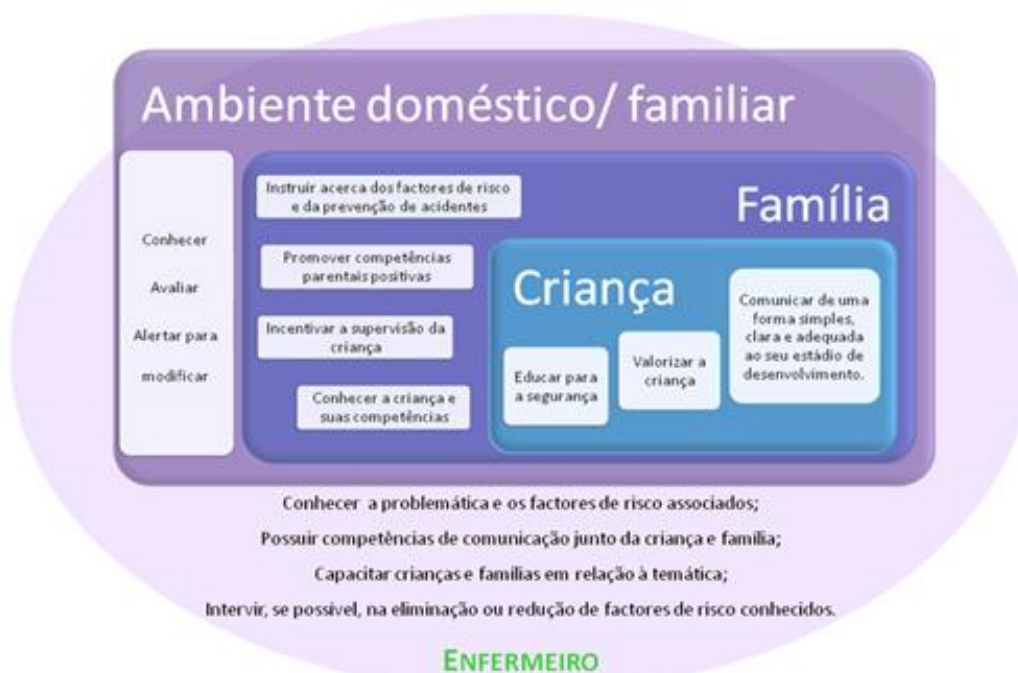
Quarto passo: Implicações para a prática de cuidados de enfermagem

Tendo em conta o percurso que realizámos, facilmente percebemos que os enfermeiros apresentam-se estrategicamente posicionados para contribuir para a redução de acidentes em ambiente doméstico/ familiar nas crianças, e que esta estratégia é tão mais eficaz quanto mais empowerment existir em todos os envolvidos: enfermeiros, crianças e famílias.

Esta opinião é corroborada por outros autores, ao referirem que os efeitos dos programas de

educação atenuam rapidamente com o tempo (Licence, 2004) e os programas unicamente didáticos não parecem ser eficazes (Frederick et al. 2000; Towner et al. 2001, citados por Licence, 2004), privilegiando-se o ensino personalizado (Nansel et al., 2002), tendo em conta as características singulares daquela criança e família e dirigido à otimização das suas competências – empowerment individual e familiar, tal como pretende ilustrar o esquema 1.

Obviamente, que intervir nas pessoas sem conhecer o seu ambiente, não constitui certamente uma boa estratégia, pelo que a intervenção ao nível do ambiente doméstico/ familiar é imprescindível, nomeadamente na sua avaliação no que respeita a existência de fatores de risco relacionados com os acidentes



Esquema 1: Contributo do enfermeiro – alguns focos de intervenção.

nas crianças, naquele contexto, passíveis de ser reduzidos e/ ou eliminados.

CONCLUSÃO

A temática dos acidentes em ambiente doméstico/ familiar nas crianças constitui um tema atual, que necessita de rápida intervenção multidisciplinar, tendo em conta os números apresentados nesta extensa revisão da literatura e que caracterizam o fenómeno.

Apesar de ter sido apresentado um cenário algo dramático, é sabido que muitos dos acidentes são preveníveis, abrindo portas a um vasto campo de intervenção. Os enfermeiros constituem-se fundamentais em todo o processo, quer devido ao facto de intervirem em diferentes contextos, quer pelas suas competências, nomeadamente, de comunicação e intervenção como educadores para a saúde.

Inerente a todo este processo está o conceito de empowerment, que acredita nas pessoas e no seu valor, potencia o desenvolvimento das suas capacidades, otimizando-as. Intervindo na criança e família, o enfermeiro contribuirá não apenas para a melhoria deste problema, como também facilitará a resolução de desafios posteriores por parte das mesmas, que passam a sentir-se ouvidas, valorizadas e envolvidas naquilo que lhes diz respeito, facilitando a tomada de decisão consciente e em sintonia com os seus próprios interesses.

Com este estudo tivemos a oportunidade de reunir contributos importantes de diversos autores a este nível, pelo que sentimo-nos mais confiantes no caminho a seguir. Resta-nos agora, como enfermeiros, aproveitar este vasto campo de intervenção, pelo qual nos devemos ocupar e preocupar, visando uma abordagem mais completa e profícua do que tem sido feito, neste domínio, até então.

REFERÊNCIAS

- ADAMS, Robert - Empowerment, participation and social work. 4.ª edição. Palgrave Macmillan, 2008.
- ASSOCIAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SEGURANÇA INFANTIL - Plano de Acção para a Segurança Infantil em Portugal. Portugal, 2007. [Consult. 2 de Novembro 2009] Disponível em <URL:http://www.apsi.org.pt/24/pasi_sumario_novembro07.pdf
- CNA - The built environment, injury prevention and nursing: a summary of the issues. Canadian Nurses Association, 2005. [Consult. 7 de Janeiro de 2010]. Disponível em <URL: http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/BG1_Built_Environment_e.pdf
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE - Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. Portugal, Lisboa: DGS, 2009.
- EUROSAFE – Segurança infantil: perfil do país 2009. European Child Safety Alliance, 2009.
- HAGE, A.; LORENSEN, M. A philosophical analysis of the concept empowerment; the fundament of an

education-programme to the frail elderly. American Journal of Health Studies: 20(3), 2005

HILL-RODRIGUEZ, Deborah et al. - The Humpty Dumpty Falls scale: a case control study. JSPN vol.14, n.º 1, Janeiro. Wiley Periodicals, 2009.

HOWE, L. et al. - Risk factors for child injuries in developing countries. Tropical Medicine and International Health volume 11, 2006.

LICENCE, K. Promoting and protecting the health of children and young people. Child: Care, Health & Development 30, 6, 623–635, Blackwell Publishing Ltd, 2004

MACKAY, M et al – Child Safety Good Practice Guide: good investments in unintentional child injury prevention and safety promotion. Amsterdam. European Child Safety Alliance, Eurosafe, 2006.

NANSEL, Tonja et al. - Baby, be safe: the effect of tailored communications for pediatric injury prevention provided in a primary care setting. Patient Education and Counseling, 46 (2002) 175-190. Elsevier, 2002.

WHO - European Report on Child Injury Prevention. Regional Office for Europe of the World Health Organization, 2008.

WHO - Children's Environment and Health. Action Plan for Europe, WHO. Fourth Ministerial Conference on Environment and Health, Budapest, Hungary, 23–25 June 2004.

WHO - The injury chart book: a graphical overview of the global burden of injuries. Geneva, World Health Organization, 2002.

WHO - World report on Child Injury Prevention. OMS. UNICEF, World Health Organization, 2008.

Brincar...essencial ao desenvolvimento: os olhares atentos dos Enfermeiros

Ana Lúcia Ramos¹; Elsa Vaz²
Eveline Maximino³; Maria Joana Dias⁴
Lina Dias⁵

RESUMO

Brincar é fundamental na vida da criança e os enfermeiros poderão intervir nesta área, quer como promotores da brincadeira para um desenvolvimento infantil saudável, quer recorrendo à brincadeira para comunicar com a criança.

Objectivos: Evidenciar a importância da brincadeira e do jogo na infância, assim como reflectir acerca da sua utilização pelos enfermeiros, seja como instrumento terapêutico na abordagem com a criança ou como elemento promotor de um desenvolvimento infantil saudável. Método: Revisão crítica da literatura com recurso às bases de dados B-ON®, EBSCOhost®, motores de busca GOOGLE® e GOOGLE SCHOLAR® e documentos de referência nacionais e internacionais. Questões de partida: Qual a importância da brincadeira no desenvolvimento infantil? De que forma pode contribuir para melhores cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediatria? Conclusão: A brincadeira é a atividade principal da infância. Esta afirmação baseia-se não só no tempo que as crianças dedicam a esta atividade mas também, e principalmente, pela influência que esta exerce no desenvolvimento infantil: é um indicador do seu desenvolvimento e, simultaneamente, uma forma de desenvolvimento e estruturação do seu ser. Para além do prazer que pode proporcionar, a brincadeira possui um lugar fundamental no desenvolvimento infantil, proporcionando benefícios a nível do desenvolvimento cognitivo, social, afetivo e físico (Hansen et al, 2007). A brincadeira permite a compreensão dos significados de situações que muitas vezes a criança é incapaz de verbalizar. Enquanto brinca, é frequente a criança espelhar e encenar situações reais que já ocorreram, dar nome de familiares, amigos e pessoas significativas aos bonecos, dramatizando algumas das suas vivências, o que muitas vezes pode ser útil para o diagnóstico de uma situação-problema. Deste modo, a brincadeira constitui um recurso importante ao qual os enfermeiros devem estar atentos, pois permite-lhes conhecer melhor a criança, entrar no seu mundo e a partir daí recolher dados fundamentais ao processo de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: brincadeira, jogo, brinquedo terapêutico, enfermagem de saúde infantil e pediátrica

INTRODUÇÃO

Brincar faz parte da vida do Homem e em especial da vida da criança desde o início da humanidade. É uma atividade inerente à infância, sendo considerado um dos principais processos onde são desenvolvidas as potencialidades e capacidades da criança;

através do brincar ocorre o desenvolvimento infantil.

“Brincar potencia o desenvolvimento da

¹ Enfª Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica; Mestre em Saúde Pública; Doutoranda em Enfermagem, na Universidade Católica Portuguesa. Prof. Adjunta Equiparada na ESS|IPS

² Enfª Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica; CHCL- Hosp.Sta Marta, Serv.de Cardiologia Pediátrica

³ Enfª Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, Serviço de Pediatria do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE

⁴ Enfª Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica; Pediatria/ Unidade de Neonatologia, Hospital José Joaquim Fernandes, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

⁵ Enfª Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica; Centro de Saúde de Beja, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

criança. Ao brincar, exploram e refletem sobre a realidade e a cultura na qual estão inseridas, interiorizando-as e, ao mesmo tempo, questionando regras e papéis sociais: aprende a conhecer, aprende a fazer, aprende a conviver, sobretudo, aprende a ser” (Gomes; 2008, p.1).

Em grande parte das sociedades contemporâneas, a infância é marcada pelo brincar. De acordo com a pesquisa realizada nas obras e documentos existentes mais relevantes nesta temática, assim como recorrendo a bases de dados como a EBSCO®, B-ON®, além do motor de busca Google® e GoogleScholar®, e apesar das “diferenças epistemológicas das abordagens de Jean Piaget (1974), Lev Vygotsky (1989), Donald Winnicott (1975) e Melanie Klein (1997), todos os autores valorizam a dimensão simbólica e lúdica das brincadeiras e as funções do brincar como elemento fundamental para a socialização, construção do conhecimento e elaboração afectiva da criança” (Abrão et al, 2006, p.1).

Brincar é fundamental na vida da criança e os enfermeiros poderão intervir nesta área, quer como promotores da brincadeira para um desenvolvimento infantil saudável, quer recorrendo à brincadeira para comunicar com a criança.

“O brinquedo pode ajudar a criança doente a aliviar, lidar e até resolver conflitos. Experiências e sentimentos passados, os vários medos, a dor do tratamento podem ser

revividos de formas mais aceitáveis, possibilitando-lhe maior domínio sobre a sua situação, além de ser uma tentativa de resgatar a alegria escondida com o aparecimento da doença” (Melo, 2003, p. 50).

Com este artigo pretende-se, assim, evidenciar a importância da brincadeira e do jogo na infância, assim como reflectir acerca da sua utilização pelos enfermeiros, seja como instrumento terapêutico na abordagem com a criança ou como elemento promotor de um desenvolvimento infantil saudável.

A IMPORTÂNCIA DA BRINCADEIRA E DO JOGO

O brincar faz parte da vida do Homem e em especial da vida da criança desde o início da humanidade. É uma atividade inerente à infância, sendo considerado um dos principais processos onde são desenvolvidas as potencialidades e capacidades da criança; através do brincar ocorre o desenvolvimento infantil.

Mas o que é o brincar?

Existe, por vezes, alguma dificuldade em compreender o significado atribuído à brincadeira, jogo e brinquedo, devido à variedade de fenómenos considerados como jogo e brincadeira, sendo muitas vezes somente o contexto social em que tais atividades se encontram inseridas que permite compreender o sentido desses termos.

Apesar de alguns autores citados por Cordazzo & Vieira (2007), como Negrine (1994), Friedmann (1996), Baptista da Silva (2003), Biscoli (2005), Vygotsky (1991) não façam a diferenciação semântica entre jogo e brincadeira, utilizando ambas as palavras para designar o mesmo comportamento - a actividade lúdica, outros autores consideram diferentes os conceitos de jogar e brincar.

Dantas citado por Kishimoto (2002, p.111) reforça a ideia de que brincar e jogar são parte integrante da actividade lúdica, referindo que “brincar é anterior a jogar, conduta social que supõe regras. Brincar é a forma mais livre e individual.”

“Brougère e Wajskop (1997) afirmam que a brincadeira é simbólica e o jogo funcional, ou seja, enquanto a brincadeira tem a característica de ser livre e de ter um fim em si mesma, o jogo inclui a presença de um objectivo final a ser alcançado, a vitória. Este objectivo final pressupõe o aparecimento de regras pré-estabelecidas. Estas regras geralmente já chegam prontas às mãos da criança. As regras dos jogos têm relação íntima com as regras sociais, morais e culturais existentes.” (Cordazzo & Vieira, 2007,p.92)

As crianças têm diversas razões para brincar, como o próprio prazer que podem usufruir enquanto brincam. Segundo Bruner (citada por Kishimoto, 2002, p. 143) “ ao brincar, a criança não está preocupada com os resultados. É o

prazer e a motivação que impulsionam a acção para explorações livres”.

De facto, ao brincar a criança está a ser estimulada constantemente e a diversos níveis, devendo a brincadeira ser considerada como muito mais do que uma simples ocupação do tempo livre, pois promove crescimento individual e social (Cordazzo & Vieira, 2007).

Uma das principais funções da brincadeira consiste no desenvolvimento das relações entre a criança e o mundo. Ao brincar, a criança torna-se criativa e reinventa o mundo, desenvolve a afectividade e, por meio do mundo mágico do faz-de-conta, explora os seus próprios limites, “partindo para uma aventura que poderá levá-la ao encontro de si mesma” (Kiche, 2009, p.125). De uma forma geral, a brincadeira incentiva a interação entre os pares, a resolução construtiva de conflitos, a formação de um cidadão crítico e reflexivo (Queiroz, 2006, p.169).

Parecem, assim, consensuais os benefícios da brincadeira, dos quais destacam-se os seguintes:

- A criança aprende, brincando: o brincar é desenvolvimento e promove o desenvolvimento. Através da brincadeira, a criança consegue expressar “de modo simbólico as suas fantasias, desejos e experiências vividas” (Martins, 2001, p.76). Brincar estimula a resolução de situações-problema, sendo por vezes desafiadora, obrigando a criança a

procurar novas estratégias de resolução perante um conflito ou novidade na brincadeira, reorganizando as suas estruturas e possibilitando o desenvolvimento de estruturas mais complexas (Abrão et al, 2006, p.3). Por meio do brinquedo, a criança transforma-se num investigador activo, lidera e adquire o domínio da situação utilizando a brincadeira e a fantasia (Martins et al, 2001, p.77). Em síntese, a brincadeira permite à criança criar e explorar um mundo que pode dominar, combatendo os seus medos enquanto pratica papéis de adultos. A sensação de domínio do mundo através do jogo, permite desenvolver competências que aumentam a sua confiança e resiliência, que as ajudarão a enfrentar desafios “reais” futuros (Ginsburg, 2007, p.183);

- Ao brincar, a criança prepara-se para a cidadania democrática: através da brincadeira, a criança é “forçada” a sair do seu estado egocêntrico e centralizado em que vive, redireccionando a sua percepção para o mundo exterior, para as propriedades existentes nos objectos, para as relações sociais, para as normas e regras, caminhando na direção do respeito pelo outro e, conseqüentemente, desenvolvendo relações de cooperação e reciprocidade (Piaget, citado por Abrão, 2006, p.5). Brincando, a criança aprende como trabalhar em grupo, a partilhar, a negociar, a tomar decisões e a resolver conflitos (Ginsburg, 2007, p.183). Também a cultura é passada

através do jogo: esquemas lúdicos e formas de jogo passam de geração em geração, adulto para a criança, e de criança para criança (Sutton-Smith, 1979, citado por Neto, s.d.);

- A brincadeira permite fortalecer a interacção pais-filhos: de uma forma simples, brincar promove uma excelente oportunidade de interacção entre pais e filhos (Ginsburg, 2007, p.183). De uma forma geral, a pessoa com quem a criança brinca é a mesma a quem ela recorre quando se sente assustada e necessita de ajuda, estabelecendo um vínculo de confiança importante durante a hospitalização, como veremos adiante.

A BRINCADEIRA AO LONGO DOS TEMPOS

Apesar de todas as características e benefícios da brincadeira anteriormente apontados, nem sempre a brincadeira foi contemplada na infância.

Brincar é a atividade predominante na infância e tem sido foco de atenção, com o objectivo de se proceder à sua caracterização, de identificar a sua influência no desenvolvimento infantil, bem como na saúde da criança e de avaliar a sua relação com os processos de educação e de aprendizagem nas crianças.

No entanto, como e quando se brinca na sociedade actual?

“As mudanças sociais ocorridas nos últimos 20-30 anos alteraram significativamente a vida familiar. Os hábitos quotidianos transformaram-

se, os ritmos e as rotinas de crianças e jovens também. Brincar na rua é em muitas cidades do Mundo uma espécie em vias de extinção. O tempo espontâneo, do imprevisível, da aventura, do risco, do confronto com o espaço físico natural, deu lugar ao tempo organizado, planeado, uniformizado, à tendência para institucionalizar as actividades de tempo livre” (Neto, s.d, p.1).

De acordo com alguns estudos referidos pelo mesmo autor, a aparente dificuldade de gestão do tempo de vida das crianças é um fenómeno mais evidente nos grandes centros urbanos, o que facilitou o aparecimento de instituições dedicadas à organização dos tempos livres, como alternativas ao jogo livre e espontâneo.

De facto, talvez pelo quotidiano das famílias com crianças, têm cada vez mais surgido alternativas ao estar com a família, acompanhadas de fortes campanhas de marketing. Os pais de hoje são, com frequência, abordados com a ideia de que bons pais são aqueles que comprem desmesuradamente jogos, brinquedos, “ocupação de tempo fora de casa”, como as actividades fora do horário escolar. Desde muito cedo, as crianças são expostas a vídeos, livros e brinquedos especializados, desenhados para assegurar o excelente desenvolvimento e estimulação necessária à criança, segundo as campanhas publicitárias. Atualmente existem já variados

canais de televisão e até ginásios destinados, exclusivamente, às crianças.

Mas todas estas mudanças nestes últimos anos, porquê?

São várias as razões de todas estas mudanças (adaptado de Ginsburg, 2007, p.184): (1) o número de famílias com ambos os pais a trabalhar aumentou, tal como o número de famílias monoparentais; deixaram de haver tantas famílias em que os avós pudessem ficar com as crianças, o que faz com que seja necessário grande parte das crianças frequentarem as creches e infantários desde cedo, bem como actividades extra-curriculares, onde estão a ser supervisionadas por adultos; (2) a pressão do marketing, de familiares e da sociedade em geral, referindo que bons pais são aqueles que conseguem promover na criança todas as oportunidades de enriquecimento, conseguido através de várias actividades atléticas e artísticas; (3) a competitividade da sociedade actual, em que logo desde o nascimento surge a procura pelas melhores escolas, mais prestigiadas que possam dar melhor preparação às crianças, tendo em conta o acesso (futuro) à universidade; (4) as crianças passaram a divertir-se passivamente diante da televisão ou através de jogos de computador, em contraste com todas as outras atividades criativas e mais benéficas para a saúde; (5) a dificuldade e o risco associado às brincadeiras de rua, nalguns locais.

O ENFERMEIRO E A OPORTUNIDADE DE RECURSO À BRINCADEIRA

Lebovici & Diatkine (1985) citados por Melo (2003, p.40) afirmam que o modo como a criança brinca é um indicativo de como ela está e como ela é. Tendo em conta esta afirmação, facilmente consegue-se perceber as oportunidades únicas que a brincadeira possibilita, como Enfermeiros, para comunicar e prestar cuidados à criança e família.

A comunicação, como instrumento básico de enfermagem, constitui-se fundamental em torno do processo de cuidados de enfermagem. Esta importância é fulcral quando se fala em cuidados prestados à criança e família.

Pode-se, então, dizer que a brincadeira abre a porta ao mundo da infância, permitindo aos Enfermeiros de uma forma subtil perceber o modo como a criança se encontra, as suas vivências, expectativas e receios, aspectos tão fundamentais para o integral desenvolvimento com sucesso da criança.

Tal como refere Tavares (2008, p.47): “o brincar faz parte da vida da criança, é um aspecto inerente à mesma que não pode, de forma alguma, ser negligenciado. Ressalta aos olhos de quem passa na rua, a satisfação patente na cara de uma criança que brinca. Numa profissão que lida diariamente com crianças, como no caso da enfermagem de saúde infantil e pediatria, é impreterível que se estimule o

“brilho nos olhos” em cada criança com que nos relacionamos, tendo o cuidado, de entre outras coisas, deixá-la brincar, pois o instrumento mais adequado quando se lida com a infância é mesmo o brincar”.

Tendo em conta os aspectos atrás referidos, entende-se que brincar durante a infância de uma criança é essencial ao seu desenvolvimento saudável e que, provavelmente criança que não brinca, deve ser alvo de preocupação.

Como podem, então, os Enfermeiros intervir?

Os Enfermeiros, como profissionais de saúde que acompanham as crianças e suas famílias, desde o nascimento, interessados em promover bem-estar e a otimizar o potencial de desenvolvimento físico, emocional e social das crianças e famílias, encontram-se numa posição privilegiada, no que diz respeito à promoção da brincadeira, quer nas consultas de saúde infantil, atividades comunitárias e de saúde escolar, no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, quer quando a criança se depara com algum problema de saúde e recorre aos Cuidados de Saúde Diferenciados.

Assim, cabe ao Enfermeiro, trabalhar com as crianças e famílias para que os pais compreendam a importância da brincadeira no desenvolvimento saudável dos seus filhos, aceitando as escolhas que fazem, de uma forma confiante e segura, independentemente de todas as estratégias de marketing que ocorrem.

O Enfermeiro deve, então (adaptado de Ginsburg, 2007, p.187):

- Promover a brincadeira espontânea e livre como sendo uma parte essencial da infância, recomendando que deve ser contemplado tempo para as crianças serem criativas, brincarem livremente, refletirem e descomprimirem das regras e rotinas dos jogos estruturados, permitindo que sejam elas próprias a conduzir a brincadeira;
- Referir as vantagens associadas ao jogo e brincadeira activa, em detrimento do entretenimento mais passivo, como os jogos de computador e a televisão. Alguns trabalhos de investigação, referidos por Neto (s.d., p.13), têm vindo a demonstrar a importância de um envolvimento de jogo e actividade física associado a hábitos saudáveis de vida, através de uma elevada correlação positiva com a saúde física, psicológica e emocional;
- Aconselhar os pais/pessoas significativas, na escolha de brinquedos seguros e adaptados à criança, que permitam interacção, o uso do imaginário, adequados a cada criança, e não tendo apenas em vista a sua idade. Os Enfermeiros podem, ainda, incentivar as famílias a adoptarem hábitos de leitura, desde a idade mais precoce;
- Explicar aos pais/ pessoas significativas a importância de brincarem com os seus filhos, o que parece enriquecer a ligação e interacção pais-filhos, transmitindo às crianças um

sentimento de protecção, carinho e segurança, muito importante para o seu desenvolvimento ao longo da vida;

- Refletir com os pais a necessidade de criar momentos em família, em que todos conversem, oiçam e falem, simplesmente, lembrando que para o sucesso das crianças é fundamental que se sintam amadas e que sejam foco de atenção.

- Ajudar os pais na tomada de decisão no que respeita a produtos, atividades e intervenções de marketing, para a produção de “super-filhos”. No que respeita a esta intervenção, os Enfermeiros devem encorajar a exploração de diferentes áreas de interesse, tendo em conta os interesses da criança, mas sempre sem pressionar nem criar expectativas irreais para serem excelentes em todas as áreas, como requisito para o sucesso.

É evidente a grande área de actuação do Enfermeiro e a responsabilidade que tem no que respeita à promoção do brincar na vida quotidiana das crianças e suas famílias. Estas intervenções devem, obviamente, ter em conta a criança e família que temos à nossa frente, pressupondo um amplo conhecimento acerca da dinâmica familiar e recursos existentes.

Podemos, então, afirmar que é fundamental que os Enfermeiros brinquem com as crianças... Brincar, além de proporcionar diversão, propicia grandes estímulos a nível emocional. “É através do brincar e dos diferentes tipos de brinquedos

que a criança, de acordo com a faixa etária, desenvolve seu potencial nas diferentes áreas de socialização, linguagem, psicomotricidade e criatividade” (Collet; Oliveira, 2002, citado por Rocha, 2005, p.173).

“O brincar permite disfarçar o dia-a-dia no hospital, produzindo uma realidade única e própria, alternando entre o mundo imaginário e o mundo real, a criança transpõe a barreira da doença, bem como os limites de tempo e de espaço” (Mitre & Gomes, 2004, p. 148).

A brincadeira permite a compreensão dos significados de situações que muitas vezes a criança é incapaz de verbalizar. Enquanto brinca, é frequente a criança espelhar e encenar situações reais que já ocorreram, dar nome de familiares, amigos e pessoas significativas aos bonecos, dramatizando algumas das suas vivências, o que muitas vezes pode ser útil para o diagnóstico de uma situação-problema.

“A dramatização de papéis ou de conflitos, conduzindo a uma diminuição de ansiedade pela função da catarse, é tão importante que constitui a base de uma técnica de psicoterapia infantil, a ludoterapia, assim como do brinquedo terapêutico” (Ribeiro, 2002, citado por Rocha, 2005, p.173).

Estes aspectos, tão importantes para a criança saudável, assumem a sua “plenitude na criança que se encontra hospitalizada. Por essa razão, deverão manter-se todos os esforços para que a

criança brinque durante a sua estadia no hospital” (Tavares, 2008, p.48).

O BRINQUEDO TERAPÊUTICO

O direito de brincar encontra-se contemplado no artigo 6.º da Carta da Criança Hospitalizada, que refere que:

“as crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e actividades educativas adaptadas à idade com toda a segurança” (IAC, 2008, p.10).

São vários os autores (Algren, Faleiros, Sdala e Rocha, citados por Tavares, 2008 p. 49) que defendem a brincadeira em contexto hospitalar, pois considera-se essencial para o seu bem-estar mental, emocional e social. Estes autores assumem que a brincadeira no hospital é importante pois permite: “proporcionar diversão e relaxamento, ajudar a criança a sentir-se mais segura no ambiente que para ela é estranho, minimizar a ansiedade da separação e saudades de casa, aliviar tensões e expressar sentimentos, estimular a interacção e o desenvolvimento de atitudes positivas em relação aos outros, actuar como meio de atingir metas terapêuticas, aceitar os cuidados de enfermagem, coloca a criança em posição activa, oferecendo-lhe a possibilidade de fazer escolhas e de se sentir no comando” (Tavares, 2008, p. 49).

Uma das alternativas para promover a brincadeira, baseia-se na utilização do brinquedo terapêutico, que consiste “num brinquedo estruturado para a criança poder descarregar a ansiedade gerada por experiências anómalas para a sua idade, que podem ser ameaçadoras (Steele citado por Ribeiro, 1998; Castro, Silva e Ribeiro, 2000; Ribeiro, Sabatés & Ribeiro, 2001, citados por Tavares, 2008, p. 51).

“O brinquedo terapêutico proporciona à criança hospitalizada a oportunidade de reorganizar a sua vida e diminuir a ansiedade, podendo também ser utilizado para ajudá-la a reconhecer os seus sentimentos, assimilar novas situações e compreender o que se passa no hospital” (Martins, 2001, p. 78).

Tem também a função de colaborar na preparação da criança para procedimentos terapêuticos, promovendo a compreensão do tratamento, esclarecer e corrigir conceitos errados, que eventualmente possam existir. Constitui, assim, “uma ferramenta fundamental aos profissionais da área da saúde (Enfermeiros) que trabalham em serviços dirigidos à criança, unidades pediátricas, especialmente aquando da necessidade de procedimentos invasivos, propiciando maior aceitação e cooperação” (Kiche, 2009, p.126).

O brinquedo terapêutico pode ser utilizado sob diversas formas: uma das suas utilizações pode ser através de bonecos e roupas de

personagens do quotidiano hospitalar que poderão protagonizar uma história que conte, por exemplo, as rotinas do hospital, as diferentes intervenções a que a criança irá ser sujeita; também é possível a utilização do brinquedo terapêutico, com a finalidade de preparar a criança para determinados procedimentos, dando-lhe a oportunidade de manusear os materiais a serem utilizados, dramatizando a situação que vai ocorrer.

Outra forma de utilização do brinquedo é por meio do palhaço, que traz alegria e descontração aos serviços e às instituições, como a “Companhia do Riso, Saúde Brincando: a terapia do humor, Operação Nariz Vermelho, em Portugal” (Tavares, 2008, p. 55). De facto, não é só nas crianças que a brincadeira produz efeitos: “A utilização da brincadeira e do humor como meio de comunicação entre as crianças / enfermeiros é extremamente benéfica para as primeiras, mas também para as enfermeiras, como forma de escape ao dia-a-dia, de conviver com o stress, com a morte, com o sofrimento, a incapacidade das crianças. O humor é tão necessário aos profissionais de saúde como para as pessoas que são por eles cuidadas” (José, 2002, citado por Tavares, 2008, p.57).

Por fim, não resistimos em partilhar a ideia que encontrámos durante a pesquisa bibliográfica, relativamente ao cuidado de enfermagem à criança: “ao cuidar a criança doente, o enfermeiro deverá, através dos seus cuidados,

ambicionar atingir a excelência da arte do cuidar, com sentimento, emoção e brincadeira ... como um artista! Este não é somente aquele que pinta, que compõe, que sobe aos palcos. Um artista pode ser caracterizado pela capacidade de, ao trabalhar, criar e realizar acções que evoquem o seu sentimento e o dos outros, munido da sensibilidade necessária para escolher o momento e instrumento adequado para satisfazer as necessidades dos outros (Françani et al, 1998, p. 27). Esta é a nossa concepção enquanto enfermeira ... a enfermeira é uma artista!”

CONCLUSÃO

A brincadeira é a atividade principal da infância. Esta afirmação baseia-se não só no tempo que as crianças dedicam a esta atividade mas também, e principalmente, pela influência que esta exerce no desenvolvimento infantil: é um indicador do seu desenvolvimento e, simultaneamente, uma forma de desenvolvimento e estruturação do seu ser. Para além do prazer que pode proporcionar, a brincadeira possui um lugar fundamental no desenvolvimento infantil, proporcionando benefícios a nível do desenvolvimento cognitivo, social, afectivo e físico (Hansen et al, 2007).

Relativamente aos benefícios cognitivos da brincadeira, Morais (citado por Hansen et al, 2007, p.138) defende que são: “a capacidade de

concentração, o desenvolvimento da lógica e da linguagem na criança”.

Também Cordazzo & Vieira (2007, p.94) referem que: “os aspectos simbólicos de sociabilidade, linguagem e cognição também são estimulados na brincadeira. O jogo é uma forma das crianças interagirem entre si, vivenciarem situações, reflectirem e questionarem-se, formularem estratégias e, ao verificarem os seus erros e acertos, poderem reformular, sem punição, o seu planeamento e suas novas acções. (...) A brincadeira também é uma rica fonte de comunicação, pois até mesmo na brincadeira solitária a criança, pelo faz de conta, imagina que conversa com alguém ou com os seus próprios brinquedos, desenvolvendo a linguagem com a ampliação do vocabulário e o exercício da pronúncia das palavras e frases”.

No que respeita aos benefícios afetivos e emocionais da brincadeira, brincar permite a expressão de conflitos, afetos e emoções, mais facilmente do que por palavras. A criança ao brincar expressa o seu mundo e a forma como o vê.

Hansen et al (2007, p.138) dizem-nos que a brincadeira “oferece à criança a possibilidade de se conhecer melhor, tendo, assim oportunidade de encontrar no outro atitudes e habilidades que causem admiração, que combinem com a sua maneira de pensar, que

causem vontade de conhecer melhor o outro, emergindo daí as primeiras amizades.”

Podem-se destacar, também, os benefícios físicos da brincadeira, que ajudam “a desenvolver o vigor físico e algumas habilidades necessárias para a vida adulta” (Hansen et al 2007, p.138). Algumas brincadeiras favorecem o desenvolvimento de determinadas habilidades como a agilidade e a destreza, outras proporcionam o desenvolvimento da psicomotricidade fina.

Quanto aos benefícios sociais da brincadeira, Hansen et al (2007, p.138) afirmam que ao brincar “a criança é capaz de resgatar valores e sentimentos, como a responsabilidade, além de aprender a importância da negociação, da conquista, de conviver com regras e a resolver conflitos”.

A brincadeira oferece a possibilidade de imitar o mundo dos adultos e treinar os seus comportamentos, sem que surjam quaisquer consequências.

Cordazzo & Vieira (2007, p.94) referem que, “o jogo ao ocorrer em situações sem pressão, em atmosfera de familiaridade, segurança emocional e ausência de tensão ou perigo proporciona condições para aprendizagem das normas sociais em situações de menor risco”.

Tal como referem Teixeira e Gomes (2008, p.1), “através das actividades lúdicas as crianças desenvolvem várias capacidades, explorando e reflectindo sobre a realidade, a cultura na qual

estão inseridas, incorporando e, ao mesmo tempo, questionando regras e papéis sociais”.

Constata-se, assim, que através do brincar a criança desenvolve-se e prepara-se para a vida, assimilando a cultura do meio em que vive, nele se integrando e adaptando e aprendendo a conviver como um ser social.

Deste modo, a brincadeira constitui um recurso importante ao qual os enfermeiros devem estar atentos, pois permite-lhes conhecer melhor a criança, entrar no seu mundo e a partir daí recolher dados fundamentais ao processo de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CORDAZZO, S. T., VIEIRA, M. L. A brincadeira e suas implicações nos processos de aprendizagem e de desenvolvimento. Estudos e pesquisas em psicologia, 2007, 89-101.

FRANÇANI, Giovana - Prescrição do dia: infusão de alegria. Utilizando a arte como instrumento na assistência à criança hospitalizada. Revista latino-americana Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 6, n. 5, p. 27-33, Dezembro 1998.

GINSBURG, Kenneth – The importance of Play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds. American Academy of Pediatrics: Pediatrics, vol.119, número 1, Jan, 2007.

HANSEN, J., et al - O brincar e suas implicações para o desenvolvimento infantil a partir da psicologia evolucionista. Revista brasileira do crescimento e desenvolvimento humano , 2007, p. 133-143.

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA (IAC) – Carta da Criança Hospitalizada. Lisboa, IAC: Humanização dos serviços de atendimento à criança. 4.ª Edição. Maio de 2008.

KICHE, Mariana; ALMEIDA, Fabiane – Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2009; 22(2): 125-130.

KISHIMOTO, Tisuko (organizadora) – O Brincar e suas teorias. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002. ISBN – 85-221-0155-8.

MARTINS, Maria do Rosário et al – Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. *Revista latino-americana de Enfermagem*, 2001 março; 9(2); 76-85.

MELO, Luciana – Do vivendo para brincar ao brincando para viver: o desvelar da criança com câncer em tratamento ambulatorial na brinquedoteca. Tese de doutoramento em Enfermagem. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2003.

QUEIROZ, Norma et al – Brincadeira e desenvolvimento infantil: um olhar sociocultural construtivista. *Paidéia*, 2006, 16 (34), 169-179.

ROCHA, Patrícia - O brinquedo terapêutico como um modo de cuidar de crianças vítimas de violência. *Ciência, cuidado e saúde*. Maringá, v.4, n.º 2, p.171-176, Maio/Agosto 2005.

TAVARES, Patrícia – Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto: Universidade do

Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2008.

Referências Electrónicas

ABRÃO, Jorge – Que brincadeira é essa? A brinquedoteca móvel no Hospital. Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciência e Letra e Assis. [Acedido a 29 de Outubro de 2009]. Disponível em http://www.assis.unesp.br/encontrosdepsicologia/ANAI_DO_XIX_ENCONTRO/17_Liana_de_Paula_Merola.pdf.

GOMES, Bruno – A importância do Brincar no Desenvolvimento da Criança, 2008. [acedido a 17/10/2009]. Disponível em

<http://malhaatlantica.pt/acae-cm/Bruno.htm>,

NETO, Carlos – A criança e o jogo: perspectivas de investigação. Faculdade de Motricidade Humana. Lisboa, Universidade Técnica de Lisboa. [Acedido a 29 de Outubro de 2009]. Disponível em http://www.drealg.min-edu.pt/upload/docs/ea/dsapeo_pes_art_1.pdf.

NETO, Carlos – Jogo na criança e desenvolvimento psicomotor. Faculdade de Motricidade Humana. Lisboa, Universidade Técnica de Lisboa. [Acedido a 29 de Outubro de 2009]. Disponível em http://www.drealg.min-edu.pt/upload/docs/ea/dsapoe_pes_art_5.pdf.

TEIXEIRA, A. R., GOMES, J. - O lúdico na educação infantil. Brasil, 2008. [acedido a 1 de Novembro de 2009 às 11h] em <http://www.uel.br/social/pages/arquivos/iii-EBIS/trabalhos/pdf/Andrea%20Regina%20Teixeira.pdf>