

A Criança⁵ e os seus Direitos



03 • EDIÇÃO SEMESTRAL

Novembro 2021 a Abril 2022



Ana Jorge

“ OS PRIMEIROS MIL DIAS DE VIDA, DA CONCEÇÃO AOS DOIS ANOS DE IDADE, SÃO HOJE DECISIVOS NA SAÚDE E NO DESENVOLVIMENTO DE CADA CRIANÇA, DE CADA SER HUMANO. ”



IAC
Instituto de Apoio à Criança

TÍTULO

“A Criança e os seus Direitos”

PROPRIEDADE E EDIÇÃO

Instituto de Apoio à Criança

PAÍS DE PUBLICAÇÃO

Portugal

DIRETORA

Clara Castilho

CONSELHO REDATORIAL

Anabela Reis, Clara Castilho e Fernanda Salvaterra

CONCEÇÃO GRÁFICA

Cristina Rebelo

CONSELHO CONSULTIVO DO IAC

Ana Jorge, Ana Nunes de Almeida, Armando Leandro, Carlos Neto, Cinelândia Cogumbreiro, Clara Sottomayor, Daniel Sampaio, Emílio Salgueiro, Guilherme de Oliveira Martins, Hermano do Carmo, José Ornelas, Laborinho Lúcio, Leonor Beleza, Manuel Sarmento, Maria de Belém Roseira, Maria José Lobo Fernandes, Marta Santos Pais, Rui Pereira, Sérgio Niza e Teresa Féria

CONTACTO DA REVISTA

iac-marketing@iacrianca.pt

CONTACTOS DO IAC

Propriedade / Edição / Sede de Redação:

Av. da República, 21

1050-185 Lisboa

Tel.: + 351 213 617 880

iac-sede@iacrianca.pt

NIPC 501 377 662

IMPRESSÃO

Empresa Diário do Porto, Lda

R. Igreja de Campanhã, 101

4300-262 Porto

N.º DEPÓSITO LEGAL 479127/21

ISSN 2184-8580

N.º DE REGISTO ERC 127526

PERIODICIDADE

Semestral

LÍNGUA DE PUBLICAÇÃO

Português

TIRAGEM

1.500 Exemplares

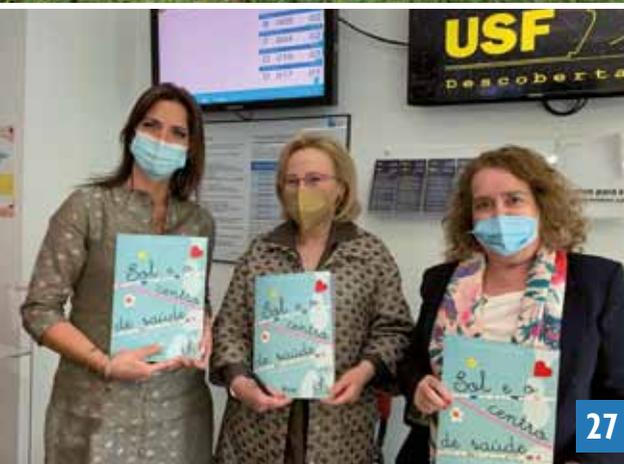
DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

Disponível em suporte digital para download em www.iacrianca.pt

O **Estatuto Editorial** encontra-se disponível em www.iacrianca.pt



10



27

SUMÁRIO

5 EDITORIAL

Dulce Rocha

10 CRESCER COM SAÚDE

Ana Jorge

14 CRESCER COM SAÚDE MENTAL

As quatro operações aritméticas

Emílio Eduardo Guerra Salgueiro

18 CRESCER SAUĐAVEL(MENTE) COM O ESTÍMULO DO AMOR

Ana Inês Costa

23 CRESCER É PRECISO

O crescimento físico da criança sob um ângulo jurídico

Jorge Duarte Pinheiro

27 CARTA DA CRIANÇA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A humanização nos centros de saúde

Melanie Tavares

Emílio Salgueiro

“ O nível civilizacional tem muito a ver com o nível de saúde mental conseguido e mantido pelas crianças, tanto no seu percurso familiar — o seu verdadeiro alfofre — como, depois, no percurso escolar e na vida com os seus pares. ”

14



LEGISLAÇÃO PORTUGUESA

Saúde

Constituição da República Portuguesa 1976

Artº 64.º.

Lei de Bases da Saúde

Base 1, Base 2.

Lei n.º 21/81, de 19 de Agosto

Acompanhamento familiar de criança hospitalizada.

Despacho n.º 9871/2010 de 11 de junho

Definição da idade pediátrica em Portugal.

Lei n.º 15 /2014, de 21 de Março

Art.º 19.º - Acompanhamento familiar de criança internada.

Despacho n.º 10319/2014 de 25 de julho

Determina disposições referentes à triagem das crianças nos hospitais com Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico, Serviço de Urgência Polivalente ou Serviço de Urgência Polivalente Pediátrica.

Decreto-Lei n.º 61/2015

Isenção das taxas moderadoras a todos os menores de 18 anos.

Lei n.º 79/2015 de 29 de julho

Estipula que nenhuma criança fica privada de médico de família.

Temos de encarar cada um dos Direitos com o objectivo de cumprirmos cada um deles e o Direito à Saúde é indubitavelmente um dos mais relevantes ...



Depois de termos eleito a Educação no nosso número anterior, era inevitável que o tema do Direito à saúde na Criança se seguisse, não apenas por ser sempre muito relevante, mas sobretudo porque estes dois anos o tornaram incontornável. Os últimos dados conhecidos sobre saúde mental mostram que foram as crianças o grupo mais afectado pela ansiedade e daí que seja ainda mais necessário que um olhar dedicado procure sensibilizar para a importância deste Direito, salientando conquistas indiscutíveis e também descobrindo problemas que persistem, sem deles nos darmos conta, ao mesmo tempo que iremos procurar desocultar alguns fenómenos que ainda são desvalorizados, por serem em geral entendidos como marginais e sem significado.

Passámos a ouvir com frequência, em comentários acerca da pobreza, que a Pandemia veio tornar mais evidente a sua dimensão, ou até realçar que as desigualdades

aumentaram neste período e também ficaram agora mais visíveis. Idêntica sensação temos com a Saúde, pois a Pandemia veio revelar também a sua enorme importância para o desenvolvimento e o bem-estar da sociedade.

É hoje consensual que, quando os beneficiários das medidas são as crianças, há urgência nas decisões, pois se deixarmos passar o tempo, as privações severas, por exemplo, podem ter consequências irreversíveis. Há, pois, uma quase unanimidade sobre a indispensabilidade do investimento nos primeiros anos de vida, o que recentemente foi reafirmado numa Campanha europeia promovida pela Eurochild, em que o IAC participou e que no nosso País teve a coordenação da Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.

O nosso fundador João dos Santos insistia em notar que qualquer programa para a infância, para ser eficaz, tem de ser-lhe especificamente dirigido, e tem igualmente de ser resultado

de políticas integradas, que olhem a criança na sua dimensão holística, sob pena de tais medidas não serem coerentes e não terem, por isso, capacidade transformadora.

Curioso o facto de João dos Santos ser médico, sendo certo que frequentemente, em todo o mundo, foram os profissionais de saúde que se aperceberam primeiro da gravidade da violência exercida contra as crianças, pelas suas consequências traumáticas, e por isso, sentiram necessidade de promover a sua protecção nos mais diversos aspectos, após o primeiro diagnóstico. Henri Kempe, que nos anos 60 escreveu sobre a “Síndrome da Criança batida”, dizia que quando havia maus-tratos graves, haveria sempre o risco de repetição, sendo imprescindível proteger a criança batida e os seus irmãos, por poderem correr perigo de morte e foi dos primeiros a entender que a lei também tinha um papel essencial para estatuir o dever de proteger tanto estas crianças, como todas as crianças, dada a sua especial vulnerabilidade. Entre nós, Maria José Lobo Fernandes, sócia-fundadora do IAC e agora membro do seu Conselho Consultivo, foi durante muito tempo uma voz que justamente defendeu esta tese do diagnóstico precoce com acompanhamento posterior da família.

É natural que se faça referência a essas dimensões mais abrangentes e se aprovelem estratégias que procurem uma abordagem mais global, não obstante se mantenha um olhar mais específico e facilitador, tendo presente porém que o destinatário e o alvo dessas políticas integradas é a criança. Temos de encarar cada um dos Direitos com o objectivo de cumprirmos cada um deles e o Direito à Saúde é indubitavelmente um dos mais

relevantes porque influencia de forma directa o bem-estar da criança e é determinante para a concretização de todos os outros. Sem saúde, poderá não haver condições para sucesso educativo, por exemplo, e o bem-estar e a própria sobrevivência poderão estar em risco.

Desde a primeira hora, o Instituto de Apoio à Criança teve como prioridade a detecção da violência causadora de dor física e psíquica ou até de lesões graves, com danos por vezes irreparáveis.

O SOS Criança, serviço anónimo e confidencial, único em Portugal, foi criado com esse propósito de defender a criança vítima de maus tratos, abusos sexuais ou negligência e desde a sua fundação em 1988, já atendeu mais de 120 mil apelos quer por telefone, quer ultimamente através das redes sociais e plataformas digitais.

Neste número, foi nosso propósito reunir artigos de qualidade sobre alguns aspectos do Direito da Criança à saúde, com o fim de ficarmos mais esclarecidos sobre uma série de temas que têm vindo a merecer destaque na comunicação social não apenas no nosso País como no Estrangeiro.

Pedimos contribuições a um conjunto de especialistas, alguns deles membros ilustres do nosso Conselho Consultivo. Destacamos um artigo de Ana Jorge, Pediatra e antiga Ministra da Saúde, que durante o seu exercício enfrentou também uma pandemia. Brindou-nos com um texto belíssimo em que retrata a evolução que se verificou no nosso País durante décadas, não deixando de referir conceitos que são hoje pacíficos e aceites sobre a saúde e o bem-estar na sua

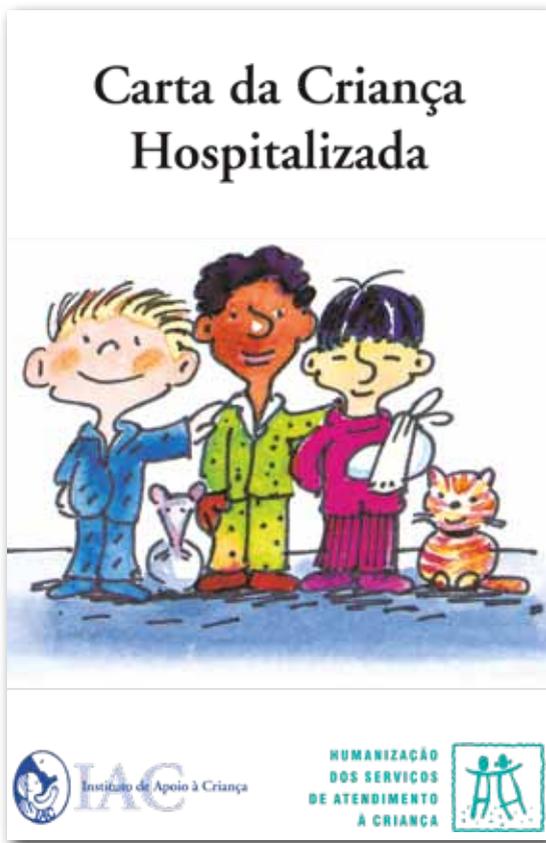
múltipla dimensão bio-psico-social. Também contamos com um magnífico texto de Emílio Salgueiro, Psiquiatra da Infância e da Adolescência, que foi Presidente do Colégio de Pedopsiquiatria da Ordem dos Médicos, e que é uma referência prestigiante, que sempre nos consegue sensibilizar para a importância do afecto na saúde mental das crianças, o que tem depois repercussões na qualidade da adolescência e da vida adulta. Pedimos ainda uma colaboração ao Professor Duarte Pinheiro, da Faculdade de Direito de Lisboa, que publicou no passado mês de Setembro um livro sobre Direito Pediátrico, que o IAC teve a honra de patrocinar. A todos quantos aceitaram o nosso convite e enriqueceram a nossa publicação, a nossa gratidão.

Temas como a vacinação, o consentimento informado, a idade para decidir consultas de planeamento familiar, ou até sobre a interrupção voluntária da gravidez, ocupam por vezes espaço nas notícias. Todos nos lembramos do caso de uma menina que se opunha à IGV, que os pais queriam fosse realizada.

Ficamos impressionados sempre que há debates sobre as decisões acerca da vida ou da morte, face aos valores em causa. Quando foi noticiado no mês passado o caso de um jovem de 16 anos com leucemia aguda que se opôs a um tratamento que implicava uma transfusão de sangue, por causa da sua crença religiosa, todos nos sentimos interpelados. São assuntos que merecem reflexão e que por vezes não estão expressamente previstos na legislação.

A questão da saúde foi uma das primeiras preocupações do Instituto de Apoio à Criança, que sempre esteve muito empenhado na causa

da Humanização dos Serviços de Saúde e na detecção precoce dos maus-tratos contra as crianças.



Manuela Eanes costuma lembrar que o IAC se associou, por exemplo, ao Prof. Torrado da Silva, na luta pelo direito da criança a ser acompanhada de seus pais durante o internamento hospitalar e que, pela mão da Prof.ª Maria de Lourdes Levy, disseminou a Carta da Criança Hospitalizada em todos os Hospitais do País. Ambos saudosos associados do IAC, que já partiram, mas que continuam a inspirar-nos no combate pelos Direitos da Criança na saúde e que homenageamos com este número.

Este ano, no Dia da Criança, tivemos o gosto de lançar um outro Guia, a Carta da Criança nos Serviços de Saúde, com um conto, dirigido às crianças mais novas. Na sessão de lançamento, contámos com a presença da Sr.^a Directora-Geral de Saúde, Graça Freitas, o que muito nos honrou.

Os temas são tantos e tão interessantes e controversos, que nos propomos em breve dedicar-lhes mais um número da Revista. Temos Ilustres fundadores do IAC e membros do Conselho Consultivo com muito saber e experiência nesta área e a recente obra sobre Direito Pediátrico, que mencionámos supra, também revela que há matérias muito actuais que merecem uma reflexão por todos quantos se interessam pelos Direitos das Crianças.

Actualmente, está na ordem do dia, por exemplo, o papel da nanotecnologia na saúde da Criança e procuram-se métodos menos invasivos nos tratamentos, para evitar a dor e o sofrimento na medida do possível.

Têm-se discutido nos Tribunais do Reino Unido, de França, dos Estados Unidos, e também em Portugal, casos da mais diversa natureza: procriação medicamente assistida; prescrição de tratamentos para crescimento, desde os tratamentos com medicação que não tiveram praticamente consequências visíveis, a operações mais complexas e dolorosas que implicavam a introdução de produtos que conduzem ao crescimento ósseo; cirurgias estéticas para atenuar o aspecto peculiar de crianças com trissomia 21; separação de gémeos siameses, de que possa resultar a morte de um deles; recusa de tratamento em caso de deficiência grave e irreversível; deveres dos pais em casos de

doenças complexas, como a fenilcetinúria que pode conduzir a graves problemas mentais, se não for seguido o tratamento específico e indicado. Estes são alguns casos que exemplificam o conjunto vasto de situações que requerem, com alguma frequência, a atenção e o pronunciamento judicial.

Todavia, as mais frequentes situações com que os Tribunais têm sido confrontados, e que são sempre difíceis, atrevo-me a dizer que continuam a dizer respeito à questão da recusa do jovem com mais de 16 anos ao tratamento proposto pelo estabelecimento hospitalar, por questões religiosas, se a recusa puder significar a morte.

Creio que se estivermos perante uma criança de três anos, haverá consenso. Se os pais se opuserem ao tratamento, o Ministério Público não hesitará e proporá acção ou providência urgente no sentido de garantir a defesa da vida da criança e o Tribunal decerto aplicará a lei que assegura que a vida humana é um valor fundamental. Há uma hierarquia de valores nos bens jurídicos protegidos pelas normas, e os pais não podem dispor do direito à vida de seus filhos menores. Creio que é incontestável que o Estado deverá assegurar o Direito à vida.

Já será diferente se estivermos face a um jovem de 16 anos, visto que a lei lhe concede a capacidade de intervir mais activamente nos assuntos que lhe dizem respeito, e, embora continue a chamar-lhe incapaz, dá-lhe a possibilidade de participar num conjunto de iniciativas. Por exemplo, o jovem com 16 anos pode ser condenado criminalmente, pode casar mediante autorização e pode consentir em tratamentos.

No entanto, a decisão de recusa de tratamento é qualitativamente diferente. Sobretudo, se essa recusa puder significar a morte. Ou seja, em meu entender, a lei deverá assumir expressamente que a decisão sobre a vida e a morte deve estar reservada a quem adquiriu a plena capacidade, por ter completado os 18 anos.

Se, por ser menor, lhe está vedado, designadamente, o exercício do direito de voto, seria, em meu entender, incoerente, reconhecer ao jovem de 16 anos a capacidade de decidir, num caso tão determinante, e que equivaleria a um direito ao suicídio. Se nem sequer lhe é concedida capacidade de decisão para o testamento vital, haveria aqui, segundo parece, uma incongruência que poria em causa a unidade do sistema jurídico, que é um elemento fundamental a ter em consideração na interpretação das normas legais.

Recordo-me de um caso que tive no velho Tribunal de Menores de Lisboa, em que tivemos de decidir um caso idêntico. Tratava-se de uma jovem de 17 anos, testemunha de jeová que tinha sofrido acidente de viação e que, tal como seus pais, assinara declaração de não consentimento para a transfusão de sangue. Tinha feito fractura esquirolosa da tibia. O Hospital de Cascais pediu autorização ao Tribunal para a transfusão. Estávamos no longínquo ano de 1994, o médico expôs a urgência da situação pelo telefone e salientou a importância determinante de uma decisão

judicial. A jovem tinha desfalecido e era necessário decidir com a maior emergência. Nem eu, nem a Mma Juíza fomos almoçar nesse dia, mas a acção foi proposta, a sentença foi proferida logo a seguir, e a jovem salvou-se. Passados meses, o pai da jovem queria processar-me, mas verifiquei que já não tinha legitimidade para a representar, pois tinha entretanto completado 18 anos. A jovem nunca apareceu para me processar. Há casos inesquecíveis. Alguns mereceriam, contudo, uma reflexão e uma ponderação com vista à clarificação das normas legais. A segurança jurídica mostra-se sempre aconselhável e os magistrados agiriam com maior confiança, em nome da defesa da criança, da sua saúde e da sua própria vida.

Muitos temas cuja discussão reputamos de actual e necessária estão também a ser debatidos em Países com legislação idêntica à nossa.

O Instituto da Criança está preparado para esse debate e disponível para contribuir no sentido de uma densificação de alguns conceitos e para ajudar a que aspectos menos claros sejam objecto de consagração expressa.

Pela dignidade das crianças, é fundamental que o Direito à sua saúde seja considerado uma prioridade!

Dulce Rocha
Presidente do IAC



“Crescer com saúde”

Ana Jorge

Pediatra, Ministra da Saúde (janeiro 2008 - junho 2011),
membro do Conselho Consultivo do IAC

O direito à saúde está contemplado na Constituição da República no seu art.º 64.º, que nos diz que todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover, com referência nomeadamente à proteção da infância e da juventude, pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais.

Quando falamos de saúde das crianças e no direito a crescer com saúde estamos a pensar na definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), em que saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença.

Os direitos da criança

A convenção dos direitos da criança foi adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1989 e ratificada por Portugal no ano se-

guinte, que assim se compromete, de uma forma pública, a assegurar os melhores cuidados à criança na defesa do seu superior interesse.

No Artigo primeiro da convenção define que criança é todo o ser humano até aos 18 anos, mas só em 2010, o Ministério da Saúde estabelece que são atendidos as crianças e jovens até aos 18 anos (17 anos e 364 dias), nos serviços de pediatria em todos os setores (internamento, consulta, urgência, UCI, etc), sempre que necessitam de cuidados hospitalares. Até à data, o atendimento não era homogéneo no país e não cumpria este artigo da convenção.

A saúde em todas as políticas

Na convenção dos direitos da criança, a saúde revê-se em quase todos os artigos, porque de acordo com a definição da OMS, todos os se-

tores da sociedade contribuem para uma melhor saúde da criança direta ou indiretamente, quer nos cuidados quer no acesso a eles.

Falar da saúde das crianças é falar da saúde das mulheres e da família.

A saúde materna infantil evoluiu, nos últimos 50 anos, de forma inquestionável. Os indicadores em saúde infantil, nomeadamente no que diz respeito à Mortalidade Infantil e aos seus componentes, bem como a Mortalidade Materna, atingiam valores que nos colocavam na cauda da Europa. Esta situação originou um movimento de profissionais e nos serviços públicos que deu origem a um número vasto de medidas e iniciativas, coordenadas e integradas, ao longo dos anos, que contribuíram para que hoje Portugal esteja, no que diz respeito a estes indicadores, ao nível dos melhores do mundo. A Mortalidade Infantil era em 1975 de 39 por 1000, o que significa que em cada 1000 crianças nascidas num ano, morriam 39 no primeiro ano de vida. Hoje a mortalidade infantil é inferior a 3 por 1000.

Portugal tem um dos melhores planos de vacinação e com taxas de vacinação também das mais elevadas. Apesar dos movimentos anti vacinas, europeus e não só, já existirem entre nós, não têm tido grande expressão no país. A capacidade de adesão às vacinas do Plano Nacional de Vacinação (PNV) ou à introdução de novas vacinas, tem sido exemplar em Portugal. A título de exemplo, a vacinação contra o Papiloma Vírus (HPV) iniciada em outubro de 2008 obteve uma adesão enorme, das maiores da Europa, junto das adolescentes e famílias. Temos excelentes taxas de cobertura do PNV, que se deve ao trabalho, ao longo

de muitos anos, das equipas de enfermagem dos centros de saúde e da sua articulação com creches, jardim-de-infância e escolas da comunidade.

Esta grande adesão às vacinas muito contribuiu para a diminuição da mortalidade e morbilidade por doenças evitáveis, contempladas no PNV.

No início da década de 80 e até final dos anos 90 houve em Portugal um programa dirigido à saúde materno-infantil, dando continuidade ao trabalho que a Direção Geral de Saúde (DGS) vinha fazendo nesta área. Foi definida uma estratégia e um planeamento em várias fases, envolvendo os diferentes níveis de cuidados (cuidados de saúde primários e hospitalares, de saúde materna e de saúde infantil), com vários grupos de trabalho e comissões, cuja atividade atravessou governos de diferentes orientações políticas. A sua concretização foi possível, com financiamento próprio em algumas fases do programa.

A melhoria das condições de saúde das crianças teve obviamente um lado muito positivo, mas por outro levou a que alguns decisores, considerando esta evolução, deixassem de considerar a criança e a saúde infantil como uma prioridade de intervenção e desviando a atenção e o investimento para outros setores. O programa de saúde materno infantil deixou de ser considerado programa prioritário. A exemplificar esta opção, a Comissão Nacional de Saúde Materno, Infantil e dos Adolescentes, que dependia diretamente do Ministro da Saúde, foi integrada como uma comissão técnica na Direção Geral da Saúde, perdendo a sua capacidade de influência direta nas decisões da política de saúde para a infância.

Portugal avançou muito até hoje.

Resolvidas as questões cruciais de saúde, torna-se mais evidente outros problemas de saúde, em que a importância dos determinantes de saúde é mais relevante. Neste sentido torna-se fundamental que existam políticas de saúde interligadas que abranjam diferentes áreas da sociedade, nomeadamente saúde, educação, justiça, economia, segurança social, entre outras.

Uma das grandes preocupações nos últimos tempos, têm sido os problemas de saúde relacionados com os estilos de vida e as alterações do comportamento e na saúde mental.

A pandemia veio salientar ainda mais alguns destes temas. As restrições a que o confinamento obrigou, o afastamento dos pares e da escola, o isolamento das famílias, vieram dar mais visibilidade a problemas de vária ordem ou desencadearam outros. O confinamento obrigou as famílias à permanência nas suas casas, por vezes diminutas, sem grandes condições de salubridade e de espaço, agravou situações de conflito, de violência, de maus-tratos, aumentando a fragilidade das crianças. Ao mesmo tempo reduzia a mobilidade, aumentando o sedentarismo e a ingestão de alimentos muito calóricos, com as repercussões no excesso de peso e obesidade ainda não documentado.

O aumento do tempo em jogos online, promove ainda mais o isolamento e a redução da mobilidade. Veio também agravar uma situação relativamente frequente entre os jovens que é a dependência dos videojogos e do jogo de apostas online, uma nova forma de comportamento aditivo, com consequências trágicas na saúde mental destes jovens.

A importância dos primeiros 1000 dias de vida

Os primeiros 1000 dias de vida, da concepção aos dois anos de idade, são hoje decisivos na saúde e no desenvolvimento de cada criança, de cada ser humano.

Estudos científicos têm vindo a demonstrar que muitas das patologias e doenças nos adultos tem relação com problemas ocorridos durante a gravidez.

O direito à saúde das crianças inicia-se no direito a uma gravidez saudável e a um parto em boas condições técnicas e humanas.

É essencial que a gravidez seja saudável, com uma boa nutrição e protegida de fatores agressores, sejam eles ambientais, emocionais ou outros, nomeadamente as condições de trabalho. Uma gravidez planeada e desejada, acompanhada regularmente de forma multidisciplinar, com intervenção atempada, é fundamental para a saúde do feto e da criança que vai nascer.

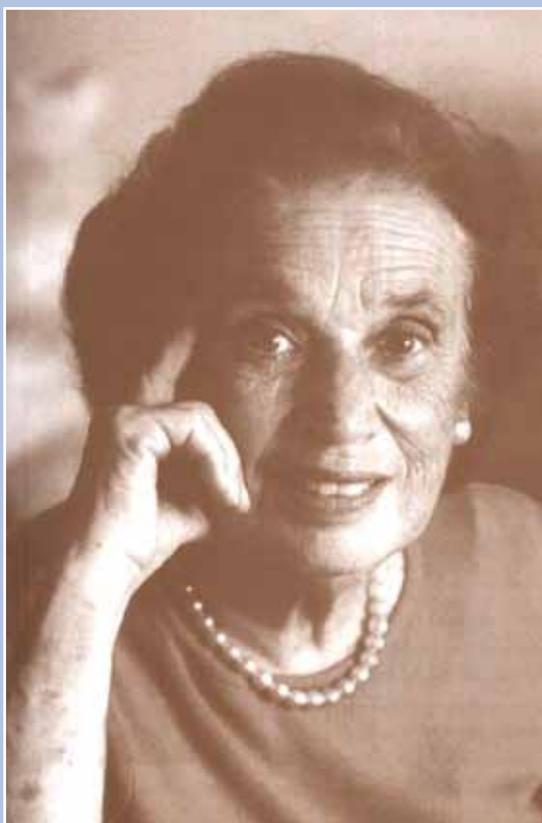
Durante este período o cérebro desenvolve-se rapidamente e pode ser grandemente influenciado pela nutrição, proteção e estimulação adequada. A rapidez de crescimento do cérebro, que continua após o nascimento, é espantosa. As conexões cerebrais são múltiplas e são responsáveis pelo desenvolvimento cognitivo, emocional e social da criança, influenciando a sua capacidade de aprender, de resolver problemas e de se relacionar com os outros.

A atenção a ser dada a este período inicial da vida é necessária em diversos domínios: na proteção aos ambientes hostis, violência,

negligência, desamor; nos cuidados com uma nutrição adequada, em que o leite materno exclusivo é o melhor alimento nos primeiros 6 meses de vida e em complemento até aos 2 anos, ou enquanto desejado pela díada mãe-filho; o estabelecimento de uma relação de grande proximidade com a mãe nos primeiros meses, em que se desenvolve a vinculação que dá a segurança ao bebé, e lhe permite o desenvolvimento emocional e as competências sociais. Mantendo o acompanhamento da criança promovendo uma estimulação responsiva e adequada, o jogo, a leitura e as interações com o adulto, são decisivas para um crescimento e desenvolvimento harmonioso, saudável, proporcionando bem-estar e uma vida feliz.

Este período de grande desenvolvimento neuronal é fundamental na capacidade da criança aprender, de realizar tarefas, de se adaptar as mudanças e criar a resiliência para os momentos difíceis.

O trabalho em rede entre a saúde, a segurança social e a educação permite identificar precocemente as crianças e famílias que podem beneficiar de um apoio especializado no âmbito da Intervenção Precoce, com ênfase especial dos 0 aos 3 anos, e o SNIPI (Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância) pode continuar a constituir uma resposta essencial neste período de vida. Resta-nos esperar que seja fortalecido e dotado de meios humanos adequados às necessidades.



MARIA DE LOURDES LEVY (1921-2015)

No presente, as intervenções do Instituto de Apoio à Criança contam com os seus técnicos, orientados pelos seus órgãos sociais e consultivos, com a colaboração dos seus parceiros. Mas, subjacente, estão todos os que no passado contribuíram para aqui chegarmos. É de toda a justiça prestarmos aqui homenagem a Maria de Lourdes Levy (1921-2015, sócia fundadora do IAC). Foi professora catedrática de pediatria, diretora do Serviço de Pediatria do Hospital de Santa Maria em Lisboa (1980-1990), e figura marcante da medicina portuguesa, promoveu o desenvolvimento da pediatria social, deu importantes contributos à eletroencefalografia infantil, à epilepsia, à medicina do adolescente, ao deficiente crónico. Foi a segunda mulher em Portugal a obter o grau de doutoramento.



“Crescer com saúde mental - as quatro operações aritméticas”

Emílio Eduardo Guerra Salgueiro
Pedopsiquiatra e Psicanalista,
membro do Conselho Consultivo do IAC

Parte I

Surpreendeu-me, quando era menino e moço, a existência de apenas quatro operações aritméticas. Imaginava que eu, grande ignorante, quando crescesse e avançasse no conhecimento da matemática, descobriria a existência de um número imenso de novas operações aritméticas.

Mas não: confirmei, depois, que todas as operações aritméticas existentes eram, mesmo, só quatro.

A **adição**, a **multiplicação**, a **subtração** e a **divisão**, que, sim, servem de base a operações matemáticas múltiplas, complexas, mas sem que se altere o número total destes pilares iniciais.

O psicanalista francês Pierre Luquet, da Société Psychanalytique de Paris, que nos decé-

nios de 60, de 70, e de 80, do século passado, tanto ajudou na formação dos psicanalistas portugueses, com a sua perspicácia e inteligência, chamou a atenção para o paralelismo existente entre as quatro operações matemáticas básicas e quatro etapas fundamentais do desenvolvimento da criança.

A primeira operação, a **adição**, ou **soma**, corresponderia a uma etapa bem inicial no desenvolvimento infantil, de procura de apoderamento de tudo o que agrada à criança bem pequena, que se sente como tendo todo o direito de o fazer.

Começaria pelo leite e pelo seio materno: esta mãe é minha, este leite é para mim, este seio é lindo, não tenho de os partilhar com ninguém. Atrevam-se!

Depois, pouco depois, este urso de peluche é só meu, esta chávena e estes lápis são também só meus: partilhar seria o início da **subtração**, mal aceite, adiada ao máximo.

A operação seguinte, a segunda, bem mais satisfatória, é a **multiplicação**: juntar ao que já tenho como meu o que me for agradando de novo. Esta operação já precisa de formas de pensamento mais avançadas: o direito a coleccionar, o “sinto-me mais poderoso, pois que não tenho dúvidas de que sou o melhor e o maior”.

A **subtração**, a terceira, vai, inevitavelmente, inexoravelmente, fazendo o seu caminho, ainda que com muita contrariedade, e que exige o reconhecimento, com dor, da existência do outro, e dos seus direitos e necessidades.

A figura paterna vai mostrando qual é o seu lugar e qual é o seu poder, e a aparição de irmãos corresponde a uma nuvem escura que se espessa, que se alarga e não desaparece.

Assim, acaba por surgir a **divisão**, a quarta operação, bem mais complexa de partilha, e que implica todas as operações anteriores, corresponde a um grau mais avançado de organização da memória, do pensamento, da socialização e do respeito pelo outro.

Todas estas operações acabam por derivar da evolução de um aprofundamento do sentido

do **eu** e do **tu**: tu és um tu para mim, enquanto eu sou também um tu para ti; é bem complicado o que se vai passando entre mim e ti, mas não pode ser de outra maneira; vamos-nos conhecendo e aceitando melhor, mas também competindo, desprezando e odiando-nos: nem somos santos nem demónios, por vezes a vida torna-se bem dura, mas vamos em frente...

Na avaliação de uma criança que não consegue avançar na aprendizagem escolar, pode ajudar

percebermos a etapa em que ela está quanto ao à-vontade com as quatro operações aritméticas básicas e em qual delas está ‘aprisionada’, tanto na matemática, como na maturidade afectiva.

O domínio das quatro **operações aritméticas básicas**, sobretudo com o **decorar da tabuada** pela entoação ‘cantada em coro’ por toda a turma, com o professor como maestro (como sucedeu durante muitos anos), alargam a mundivisão, apetrechando a criança para

uma inserção segura no mundo dos outros, no mundo de todos.

Aqui se pode pôr também o problema do papel fundamental da vida digital, das vantagens e inconvenientes da existência e do uso das calculadoras electrónicas, sobretudo no início da aprendizagem, se as crianças se acompanharem, por preguiça, de uma ‘dispensa’ da aprendizagem da tabuada.

"Crescer com
saúde mental
depende, assim,
de não ter medo
de aprender ou
de ultrapassar
esse medo,..."

Parte II

No entanto, como todos sabemos, há alturas em que não somos claramente santos, mas aproximamo-nos do demoníaco.

Começa por haver uma ausência de atribuição de valor, ou perda de respeito pelo outro e pelos seus direitos, que pode conduzir a uma **explosividade relacional** fácil, como no *bullying* (intimidação).

As **quatro operações aritméticas** básicas e o seu conhecimento aprofundado na prática social, não serviram de barreira suficiente à aparição do demoníaco.

O direito à intimidação pode estender-se do indivíduo a todo um grupo, que se afirma como destituído de valor e, pelo menos, merecendo desprezo (ciganos, judeus, clubes de futebol rivais).

O nível civilizacional – conceito complexo, que exige reflexão demorada – determina a duração e o grau de profundidade destes sentimentos negativos, que podem chegar à convicção de se ter todo o direito de destruir o outro (a nível **individual**, evoquemos os assassinatos da transexual Gisberta, e do negro Bruno Candé, a nível **colectivo**, recordemos Auschwitz e o atentado contra as Torres Gémeas). O negativo tem, também, curiosamente, uma enorme capacidade de atracção maligna.

O nível civilizacional tem muito a ver com o nível de saúde mental conseguido e mantido pelas crianças, tanto no seu percurso familiar – o seu verdadeiro alfobre – como, depois, no percurso escolar e na vida com os seus pares.

A aprendizagem da matemática constitui, para a maioria das crianças, uma verdadeira *bête noire*, mesmo que já dominem as **quatro operações aritméticas básicas**, o que nem sempre acontece. Que reflexão poderemos fazer sobre este facto?

Ainda que já exista uma razoável capacidade de domínio das quatro operações aritméticas básicas, a sua evolução para aprendizagens matemáticas mais complexas, pode acabar por ser sentida como perigosa, como podendo acarretar um castigo semelhante ao que aconteceu a Prometeu, que se atreveu a roubar o fogo dos deuses.

Entregou o fogo aos humanos, sendo por tudo isto, castigado e amarrado a uma rocha por Zeus.

Os deuses não podiam suportar a possibilidade de os humanos adquirirem o fogo, e assim poderem ficar iguais aos deuses. Prometeu foi, por isso, condenado a ser dilacerado todos os dias por uma águia, que lhe arrancava um pedaço do fígado. No dia seguinte, o fígado já estava regenerado, e o castigo pelo ataque da águia podia continuar eternamente.

O domínio completo das quatro operações aritméticas básicas, e a sua utilização em etapas mais complexas da aprendizagem da matemática, poderá ser sentido pela criança como um equivalente ao roubo do fogo dos deuses: o pai, os professores e mesmo, alguns colegas, serem receados como equivalentes a Zeus, não suportando a partilha do seu tesouro secreto.

Para evitarem uma grande punição fantasiada, crianças, jovens, e mesmo adultos, renunciam, inconscientemente, a apropriar-se do saber inevitavelmente surgido com o avançar na matemática. A sua estrutura intrínseca, muito complexa, mais facilmente a torna equivalente ao fogo dos deuses do que as outras matérias do currículo escolar.

No entanto, também com alguma frequência, os próprios pais têm medo da matemática, o que é transmitido aos filhos.

Há professores que conseguem estabelecer, com os alunos, um tal sentido de acolhimento e de entendimento das suas dificuldades e medos na aprendizagem da matemática, que ajuda a desfazer os 'nós'.

No entanto, o natural nas crianças seria bom que fosse um à-vontade com a aprendizagem da matemática (ou de qualquer outro saber), sem medo de serem castigados por se atreverem a aprender, a aceitarem a 'prenda' ou o 'tesouro' que lhes está a ser oferecido, e sem necessitem de professores especialmente dotados.

Crescer com saúde mental depende, assim, de não ter medo de aprender ou de ultrapassar esse medo, ajudado pela matemática e pelas **operações aritméticas básicas**, consideradas amigas e não perigosos inimigos.

Aqui reside não só o papel fundamental dos professores, mas de toda a sociedade, promotora de um à-vontade e de uma abertura a todo o conhecimento.

Convenção sobre os Direitos da Criança

DESTAQUE

Artigo 24.º

- 1 ...direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos e de reeducação.
- 2 ...medidas adequadas para:
 - a) Fazer baixar a mortalidade entre as crianças de tenra idade e a mortalidade infantil;
 - b) Assegurar a assistência médica e os cuidados de saúde necessários a todas as crianças, enfatizando o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários;
 - c) Combater a doença e a má nutrição, no quadro dos cuidados de saúde primários, graças nomeadamente à utilização de técnicas facilmente disponíveis e ao fornecimento de alimentos nutritivos e de água potável, tendo em consideração os perigos e riscos da poluição do ambiente;
 - d) Assegurar às mães os cuidados de saúde, antes e depois do nascimento;
 - e) Assegurar que todos os grupos da população, nomeadamente os pais e as crianças, sejam informados, tenham acesso e sejam apoiados na utilização de conhecimentos básicos sobre a saúde e a nutrição da criança, as vantagens do aleitamento materno, a higiene e a salubridade do ambiente, bem como a prevenção de acidentes;
 - f) Desenvolver os cuidados preventivos de saúde, os conselhos aos pais e a educação sobre planeamento familiar e os serviços respetivos.
- 3 ... abolir as práticas tradicionais prejudiciais à saúde das crianças.

CRESCER SAUDAVEL(MENTE) COM O ESTÍMULO DO AMOR

Ana Inês Costa

Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica,
Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso



N

a União Europeia, o impacto das mudanças demográficas faz-se sentir na sociedade e, conseqüentemente, na intervenção das equipas nas unidades de saúde. Percebemos que a média de nascimentos por mulher diminuiu nos últimos anos, as mulheres são mães cada vez mais tarde e 1 em cada 5 pessoas é criança (Eurostat, 2020). Na Europa, 22,2% das crianças estão em risco de pobreza ou exclusão social. Aproximadamente 3 em 4 crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 4 anos de idade sofrem regularmente de violência física e/ou psicológica causada pelos seus pais ou cuidadores. Compreendemos que, por um lado, o nascimento de uma criança é um sinal de esperança que dá sentido ao viver e, por outro lado, reflete a vulnerabilidade e dependência da criança, expondo-a a situações de maus-tratos e violência.

Perante esta contextualização, a criança é entendida como todo o ser humano com idade inferior a 18 anos, de acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança (Organi-

zação das Nações Unidas, 1989). A criança relaciona-se com os pais com quem mantém laços de carinho e afeto. As responsabilidades dos pais estão consagradas no Artigo 27.º da Convenção sobre os Direitos da Criança (ONU, 1989) que defende que os pais têm a responsabilidade de assegurar, dentro das suas possibilidades e disponibilidades económicas, as condições de vida necessárias ao desenvolvimento da criança.

Inerente às responsabilidades parentais surge o conceito de parentalidade que “diz respeito ao conjunto de ações encetadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos) junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento de forma o mais plena possível, utilizando para tal os recursos de que dispõe dentro da família e/ou fora dela, na comunidade” (Cruz, 2013, p.13). A parentalidade está marcada por uma variedade de emoções e afetos de grande intensidade. A relação pais e filhos é um dos contextos afetivos mais ricos ao longo do processo de socialização da



criança e a “parentalidade é uma experiência emocional” (Dix, 1991, p.3 citado por Cruz, 2013). Portanto, depreende-se que parentalidade não é inato ao ser humano, mas um processo adaptativo dos pais, destacando que a parentalidade não pressupõe apenas ser pai, mas sim “tornar-se pai”.

Na atualidade, deparamo-nos com diferentes dimensões da parentalidade, ou seja, a homoparentalidade, a heteroparentalidade (madrasta e padrasto), a parentalidade dos avós e a monoparentalidade, que se afastam do conceito tradicional de família. Estas distintas configurações familiares exigem o desenvolvimento de competência parental onde os profissionais de saúde ajudam os pais no desenvolvimento de estratégias promotoras do desenvolvimento das crianças, através da criação de laços, valorizando o estabelecimento de uma relação sólida entre pais e filhos. A equipa de saúde define como central da sua intervenção a criação de condições que façam emergir o processo adaptativo da parentalidade.

A Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso, por toda a vasta experiência na intervenção com crianças e famílias e tendo em conta o trabalho desenvolvido no âmbito da Campanha “Primeiros Anos, a Nossa Prioridade” e o lema “Dar a oportunidade a todas as crianças na Europa” define prioridades de intervenção que promovem o desenvolvimento e crescimento da criança e promove a capacitação parental.

Assim, o exercício da parentalidade ao nível da promoção da saúde e bem-estar da criança, contribui favoravelmente para o seu crescimento e desenvolvimento, destacando-se como âncora desse exercício parental, o amor.

Neste sentido, a principal atividade dos pais consiste em proporcionar um ambiente afetivo, que se adapte aos ritmos e respostas do seu filho, para que ele se possa ir conhecendo e descobrindo os seus gostos, preferências, capacidades e limites. As diferentes experiências que os pais proporcionam aos seus filhos



permitem que eles tracem um caminho de descoberta.

Perante este enquadramento, a questão que se coloca é “Como pode a equipa de saúde promover o seu crescimento e desenvolvimento da criança com o estímulo do amor?”

Constata-se que a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança requer uma intervenção continuada e urgente. Os objetivos para transformar o nosso mundo: agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (2015) reforçam a importância de definir um conjunto de metas que contemplem as diferentes dimensões do desenvolvimento sustentável, tais como o social, o económico, o político e o ambiental, onde a equipa de saúde detém um papel determinante. Destacam-se alguns objetivos que apresentam uma relação direta com a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança, como erradicar a pobreza, erradicar a fome e garantir o acesso à educação inclusiva de qualidade. Salienta-se também garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar (Britto et al., 2016).

Estes objetivos realçam a importância de uma intervenção junto da criança e pais, enquanto unidade, que dê resposta às suas necessidades de alimentação, saúde, educação, emprego, que apresentem como resultado a satisfação e o bem-estar da família.

Também a Garantia Europeia para a Infância, que é uma recomendação da Comissão Europeia aos Estados Membros, destaca que cada criança que pertence à União Europeia tenha acesso a serviços essenciais de qualidade a nível da educação e atividades extra-curriculares, cuidados e educação precoce, cuidados de saúde, uma refeição saudável e habitação adequada (EC, 2021). Apesar da Garantia Europeia para a Infância se destinar a todas as crianças, o alvo desta recomendação são as crianças em risco de exclusão social e pobreza. Esta recomendação tem como objetivo o acesso verdadeiramente inclusivo e universal a serviços básicos, assim considerados por serem essenciais para cada criança desenvolver o seu potencial e tornar-se um cidadão saudável, resiliente e capaz de construir sociedades mais justas (EC, 2021). O amor e demonstração de carinho através da interação pais-criança definitivamente tornam a criança saudável, resiliente e capaz.

Também a revisão sistemática da literatura “intervir na infância: quais os resultados nos domínios da saúde, escolaridade, social e económica” demonstram que os primeiros anos de vida são cruciais para a saúde e bem-estar ao longo de toda a vida, influenciando positivamente o desenvolvimento de aptidões cognitivas, sociais e emocionais na criança.

Portanto, as crianças requerem disponibilidade, criatividade, empenho e interesse no

acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento. Em Portugal, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013) salienta a necessidade de valorizar os cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e prevenção da doença, concretamente dando aos pais conhecimentos sobre a proteção dos direitos da criança e o seu exercício da parentalidade, baseado nos cuidados diários à criança sedimentados no amor.

Assim, durante esta janela crucial de oportunidades que ocorre durante a infância, é essencial criar condições para a saúde e a felicidade da criança através da implementação de um cuidado integral composto por acesso à saúde, nutrição adequada, estímulos ao desenvolvimento, amor, proteção e segurança. A promoção de um ambiente acolhedor e estimulante é fundamental para que as crianças aprendam e pensem, desenvolvam a capacidade de lidar com o stresse, tornando-se cidadãos ativos capazes de influenciar as políticas públicas (Britto et al., 2016; WHO, 2018).

O estímulo à tomada de decisão é fundamental durante o crescimento e desenvolvimento da criança, pelo que se deve identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias, promover o desenvolvimento pessoal e social e a autodeterminação das crianças e jovens, visando a progressiva responsabilização pelas suas escolhas em relação à sua saúde, bem como apoiar e estimular o exercício das responsabilidades parentais e promover o bem-estar da família (DGS, 2013).

Segundo Casey & Mobbs (1988) a promoção do crescimento e do desenvolvimento da criança envolve cuidados que devem ser em forma de proteção, segurança, estímulo e amor.

A participação dos pais nos cuidados implica uma relação de parceria entre estes e a equipa de saúde, que cuida da criança. A principal finalidade é proporcionar o bem-estar à família pelo que os cuidados não devem ser compartimentados, mas deve-se envolver os profissionais que estejam mais habilitados para responder às necessidades físicas e emocionais da criança de uma forma articulada e continuada ao longo do tempo, pois a relação entre pais, criança e profissional potencia a partilha de necessidades e dificuldades experienciadas.

A equipa de saúde, especialmente o enfermeiro de família estará atento ao modo com os diferentes elementos da família se relacionam, como se amam, como se comportam, como se alegram com as “pequenas” conquistas do



seu filho, como brincam com ele, como o elogiam e dão reforço positivo. Através da disponibilidade, presença autêntica, empatia e escuta a equipa de saúde implementa uma série de intervenções tendo em vista o cuidado estimulante e protetor da criança. Deste modo, as intervenções pretendem evitar situações de violência e abuso de crianças no seio da família ou fora dela, acompanhar a família sob ponto de vista da saúde e educação, promover a educação e capacitação dos pais para os cuidados ao seu filho, satisfazendo as suas necessidades, difundir e conhecer os direitos das crianças na comunidade e, por fim, promover que as crianças vivam com os seus pais ou cuidadores na casa da família (WHO, 2018).

Porém, é necessário identificar famílias em risco e envolver-se na identificação de crianças em necessidade e/ou que pertencem a agregados familiares com várias formas de desvantagens, pois são essas que mais precisam de ajuda por parte da equipa de saúde. Esta também deverá prestar cuidados à criança e família com base no carinho, afeto e dádiva de

amor, demonstrando sensibilidade para com o cliente pediátrico (Diogo, 2015).

Em suma, a dádiva de amor por parte dos pais promove o crescimento e o desenvolvimento da criança. Este amor pode manifestar-se de vários modos, mas os pais que procurem satisfazer as necessidades de alimentação, de saúde, de habitação, de socialização e de segurança estão certamente a transmitir esse amor, esse vínculo mais forte que permite ao seu filho crescer com confiança. Os pais que partilham os cuidados à criança com a equipa de saúde têm uma experiência mais positiva da paternidade. Estes precisam de sentir que estão a fazer o melhor pelo seu filho, que a criança recebe os melhores cuidados e que as suas necessidades serão atendidas, pelo que também necessitam de ser valorizados neste seu papel parental, muitas vezes marcado pelo medo e incerteza. A equipa de saúde deverá centrar a sua intervenção numa abordagem holística e centrada na família, firmando um compromisso com a promoção da saúde de todos os elementos que a englobam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Britto, P., Lye, S., Proulx, K., Yousafzai, A., Matthews, S.,... Bhutta, Z. (2017). Nurturing care: promoting early childhood development. *The Lancet* 389 (10064), P91-102.

Casey, A. & Mobbs, S. (1988). Partnership in practice. *Nursing Times* 84 (44), 67-68.

Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Porto: Livpsi.

Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica: um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar* (2.ª Ed). Loures: Lusociência.

Direção Geral da Saúde (2013). *DGS Norma 010/2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Autor.

European Commission (2021) *EU Strategy on the rights of the child* (EC,2021a). Disponível em: https://ec.europa.eu/info/policies/justice-and-fundamental-rights/rights-child/eu-strategy-rights-child-and-european-child-guarantee_en

Eurostat (2020) *Population data*. Disponível em: https://ec.europa.eu/info/files/report-impact-demographic-change-reader-friendly-version-0_en

Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso (2021). *Primeiros Anos, a Nossa Prioridade*. Disponível no site www.primeirosanos.com

Gonçalves, J. & Valadas, F. (2018). *Intervir na infância: quais os resultados nos domínios da saúde, escolaridade, social e económica?* Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso. Disponível em: https://fnsbs.pt/images/livros/Intervir_na_infancia_resultados_em_saude_escolaridade_social_economia.pdf

Organização das Nações Unidas (ONU) (1989). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. (Edição Rev.). Lisboa: Comité Português para a Unicef.

United Nations (2015). *Sustainable Development Goals*. Disponível em: <https://www.undp.org/sustainable-development-goals>

World Health Organization (2018). *Nurturing care for early childhood development: a global framework for action and results*. Disponível em: [file:///C:/Users/inesc/Downloads/nurturing-care-framework-first-draft%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/inesc/Downloads/nurturing-care-framework-first-draft%20(2).pdf)

“Crescer é preciso - o crescimento físico da criança sob um ângulo jurídico”

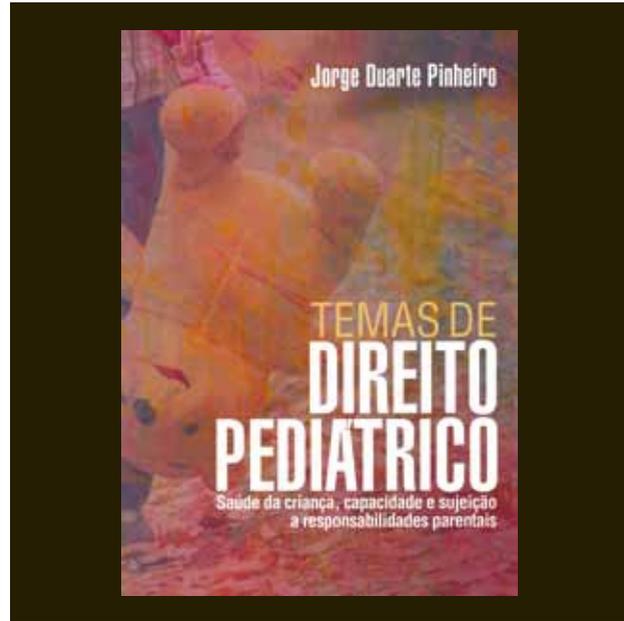
Jorge Duarte Pinheiro

Prof. da Fac. de Direito da Univ. de Lisboa, autor do livro "Temas de Direito Pediátrico - Saúde da criança, capacidade e sujeição a responsabilidades parentais", que o IAC patrocinou

A existência de um padrão de crescimento

Em Portugal, adoptam-se as curvas de crescimento da Organização Mundial de Saúde, desde o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil de 2013 (após uma época em que a Direcção-Geral de Saúde indicou, sucessivamente, para uso nas consultas de vigilância de saúde infantil, as curvas do *National Center for Health Statistics* e do *Center for Disease Control and Prevention*).

As curvas da Organização Mundial de Saúde traduzem um padrão internacional que se aplica a qualquer País ou território e tem em conta a idade, o peso, o comprimento ou altura, o perímetro cefálico e o índice de massa corporal da criança. As curvas visam descrever o modo como deve crescer uma criança saudável, estabelecendo os intervalos de



tamanho e peso adequados para cada idade, isto é, os chamados percentis – que de 3 a 97 correspondem a tendências *normais* na população humana.

Mas as curvas de crescimento não são idênticas entre crianças de sexo diferente.

A variável do sexo

A diferença nas curvas em função do género da criança consubstanciará situação discriminatória?

Nas décadas de 50 e 60 do século passado, predominou a ideia de que a altura das mulheres devia ser inferior à dos homens, no pressuposto que seria difícil às mulheres altas contraírem casamento ou encontrarem emprego. Por conseguinte, devido às convenções sociais, algumas crianças do sexo feminino

que se supunha que viessem a ser altas na idade adulta foram objecto de *terapia* de estrogénio, cujos efeitos secundários eram normalmente descritos como moderados (náuseas, dores de cabeça, aumento de peso, perdas de sangue entre menstruações). Esta prática, tida então como psicologicamente benéfica para as pessoas às quais se destinava a ser aplicada, em países como os Estados Unidos, a França ou a Alemanha, quase desapareceu com a progressão do princípio da igualdade entre homem e mulher, sendo actualmente mencionada como exemplo de uma *prática opressiva de género* [PINHEIRO, Jorge Duarte, *Limites ao exercício das responsabilidades parentais em matéria de saúde da criança*, Coimbra, Gestlegal, 2020, pp. 113-114].

Na verdade, a diferenciação de curvas de crescimento da Organização Mundial de Saúde em razão do sexo não é discriminatória, por se fundar em dados biológicos que são distintos, nomeadamente, no que toca ao crescimento durante a puberdade.

A deficiência profunda: outra variável?

Ashley nasceu em 1997 nos Estados Unidos, tendo-lhe sido diagnosticada encefalopatia estática (paralisia cerebral irreversível). O desenvolvimento mental, cognitivo e motor de Ashley parou aos três meses de idade, mas a criança continuou a crescer. Quando Ashley completou seis anos de idade, receando que o crescimento da criança os viesse a impedir de continuar a cuidar dela em casa, os pais solicitaram que a filha fosse submetida a vários procedimentos médicos, incluindo a administração de elevadas doses de estrogénio, que ocorreu. O processo de administração de hormonas destinava-se a conseguir a atenu-

ção dos valores finais de peso e altura, mediante aceleração final que antecipava em muito a conclusão da fase de crescimento. Deste modo, na idade adulta, Ashley tinha cerca de 135 cm e 29 kg.

Todavia, a deficiência profunda não se reconduz a factor que justifique desvio ao padrão de crescimento – e, claramente, não influi nas curvas da Organização Mundial de Saúde.

Não obstante o argumento de que a administração de hormonas permitiu que Ashley ficasse com a família, evitando-se institucionalização, não faltam exemplos de prestação satisfatória de cuidados em ambiente familiar a adultos com deficiência profunda cujo crescimento não foi limitado [PINHEIRO, Jorge Duarte, *Limites ao exercício das responsabilidades parentais em matéria de saúde da criança*, Coimbra, Gestlegal, 2020, pp. 109-111, 115-116].

O crescimento enquanto incumbência parental

Os titulares das responsabilidades parentais devem velar pelo crescimento da criança. Como se diz no artigo 1885.º, n.º 1, do Código Civil, aos pais cabe, de acordo com as suas possibilidades, promover o desenvolvimento físico (bem como intelectual e moral) dos filhos.

Trata-se de incumbência parental que deve ser exercida de harmonia com interesse superior da criança – e não segundo livre arbítrio do cuidador (artigo 1878.º, n.º 1, do Código Civil).

No domínio do crescimento, as curvas da Organização Mundial da Saúde (constantes da Norma da Direcção-Geral da Saúde n.º 010/2013, de 31 de Maio, <https://www.dgs.pt/>

directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx), adequadamente interpretadas, disponibilizam critérios potenciais de orientação e avaliação da acção daqueles que têm crianças a seu cargo (v.g., quanto a nutrição).

Embora a média se situe no percentil 50, só se considera situação de alerta aquela em que a criança se encontre abaixo do percentil 3 ou em outras qualificadas como “perturbações do desenvolvimento psicomotor com atraso de crescimento (*failure to thrive* – FTT)”, cujo enunciado não parece obter consenso alargado.

Os maus-tratos

As perturbações do desenvolvimento psicomotor com atraso de crescimento são justamente enquadradas nos sinais físicos associados aos maus-tratos pelo Despacho da Ministra da Saúde n.º 31292/2008, de 20 de Novembro, o que é susceptível de desencadear intervenção para promoção e protecção da criança (artigo 3.º, n.º 2, alínea b), da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo).

Note-se que tal intervenção extrafamiliar pode ser efectuada por entidades com competência em matéria de infância e juventude ou comissões de protecção e, não havendo consentimento dos pais, pelos tribunais; e pode levar a que a criança seja fisicamente afastada dos pais. No contexto de intervenção externa negociada que implique aplicação da medida de apoio junto dos pais, o acordo conterá nomeadamente cláusulas sobre a alimentação e a saúde da criança (artigo 56.º, n.º 1, alíneas a) e d) da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo).

Hormona de crescimento

No entanto, conhecem-se centenas de condições médicas que podem afectar o crescimento de uma criança. Para algumas delas, está indicada a prescrição de hormona de crescimento (somatropina). A Portaria n.º 117/2019, de 16 de Abril, prevê, aliás, regime excepcional de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos que incluem a substância activa somatropina e sejam usados, nomeadamente, em crianças com deficiência de somatropina; com estatura baixa, que, tendo nascido pequenas para a idade gestacional, não tenham conseguido uma recuperação da estatura até aos quatro anos ou mais de idade; com estatura baixa grave associada a Doença Renal Crónica (DRC); e com estatura baixa grave associada a mutação do gene SHOX. Se os medicamentos tiverem sido prescritos nas condições do diploma, o custo é da responsabilidade exclusiva do SNS, não onerando os pais das crianças beneficiárias.

Acondroplasia

A medicação por administração de hormona de crescimento é pouco ajustada à acondroplasia (tipo mais comum de nanismo). Em contrapartida, a cirurgia de alongamento dos ossos das pernas faculta acréscimo significativo de estatura da criança, mas exige várias operações, que são dolorosas e deixam sequelas (seis anos de intervenções e acompanhamento médico, duas rupturas de tendão e sessenta cicatrizes, num depoimento citado em PINHEIRO, Jorge Duarte, *Temas de Direito Pediátrico*, Coimbra, Gestlegal, 2021, p. 175).

Atendendo aos incómodos e perigos da(s) cirurgia(s), à identidade ou dimensão cultu-

ral por vezes associada ao nanismo e ao respectivo grau de discriminação (baixo, comparando com a que recai sobre pessoa com fenda lábio-palatina), o ideal seria aguardar até que o próprio paciente esteja em condições de decidir ou contribuir minimamente para a tomada de decisão. Contudo, quanto mais tarde, maior o transtorno (v.g., escolar, profissional).

O que fazer?

Apesar de a lei atribuir aos pais o papel de promover o crescimento do filho, há que ponderar cuidadosamente as circunstâncias do caso concreto. Ou seja, *crescer é preciso*, desde que isso não se revele (excepcionalmente) prejudicial para a criança, à luz de uma análise custo-benefício.

DIVULGAÇÃO

O IAC há muito que tem contribuído para o esclarecimento sobre temáticas relacionadas com a saúde da criança, nas suas várias vertentes. Quer em publicações de livros, quer em folhetos, quer com os InfoCriança e InfoCedi (Obesidade Infantil, Humanização do Atendimento nos Serviços de Saúde, toxicod dependência, alcoolismo, comportamento alimentar, a criança com HIV/SIDA, hiperatividade e défice de atenção, autismo, depressão, gravidez na adolescência, diabetes, aleitamento materno, importância da vacinação...).

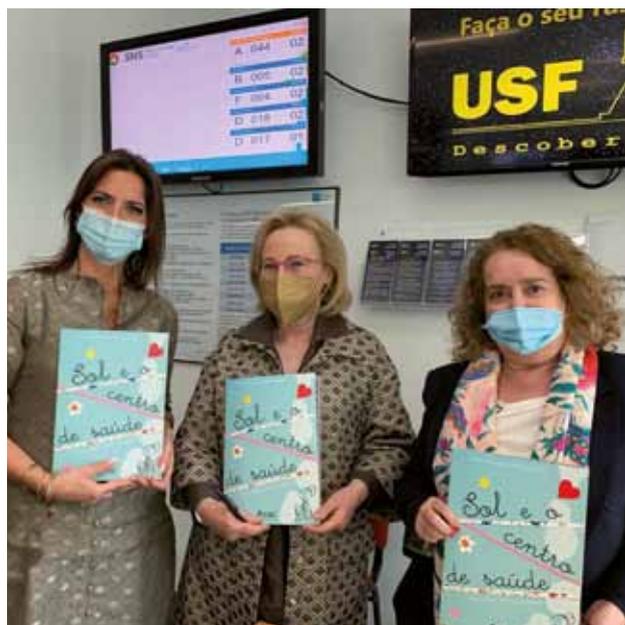
Podem ser consultadas em
www.iacrianca.pt



“*Carta da Criança nos Cuidados de Saúde Primários - a humanização nos centros de saúde*”

Melanie Tavares

Coordenadora dos Setores de Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança e Actividade Lúdica



Porque todas as Crianças têm direito à saúde e aos melhores cuidados médicos, conforme o artigo 24.º da Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), esta é, desde 1989, uma preocupação do Sector da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança (HSAC). Mais de 30 anos depois, foram publicados dezenas de estudos variados sobre cuidados à Criança em contexto médico, publicações sobre o mesmo tema e variadíssimos artigos sempre com enfoque na saúde da Criança. Em contexto de pandemia, lançámos a Carta da Criança nos Cuidados de Saúde Primários (CCCSP) acompanhada por um conto infantil *Sol no Centro de Saúde, uma viagem pelos teus direitos*. Esta publicação veio dar resposta a uma necessidade identificada no que se refere à literacia em saúde, sobre os direitos da Criança em contexto de cuidados de saúde primários, uma vez que, no que se refere ao

contexto hospitalar, já tinha sido publicada em 1996 a Carta da Criança Hospitalizada, acompanhada de um conto infantil *Zebedeu, um príncipe no hospital*, recentemente adaptado à língua gestual e muito brevemente, editado em braile.

Numa época em que se conseguiram reduzir significativamente as ocorrências à pediatria hospitalar, a afluência aos centros de saúde tornou-se mais recorrente. Foi urgente prestarmos atenção a este contexto que acolhe as nossas Crianças e famílias e dotá-las de conhecimentos sobre os seus direitos, de forma a serem respeitadas no âmbito do seu *Superior Interesse*. Em contexto de pandemia, os cuidados de saúde primários revelaram-se imprescindíveis na resposta de uma saúde integrada.

Esta Carta teve o apoio de edição da Câmara Municipal de Lisboa e a honrosa revisão téc-

nica da Direção-Geral da Saúde (DGS). Foi lançada oficialmente no dia da Criança, 1 de Junho, numa cerimónia formal que contou com várias personalidades, destacando-se a sua diretora Dr.^a Graça Freitas e a Presidente do IAC, Dr.^a Dulce Rocha.

Trata-se de um conjunto de princípios que defendem que **As Crianças e os pais/mães/cuidadores têm direito a receber informação adaptada à sua idade e compreensão**. Muitas vezes incorremos no erro de minimizar as suas capacidades e considera-se que não compreendem o que lhes é explicado e subestimamos a sua opinião quando **As Crianças têm direito a expressar a sua opinião. As Crianças devem ser atendidas, sempre que possível, por profissionais com formação em Pediatria ou Saúde Infantil**. É uma preocupação generalizada na maioria dos profissionais de saúde,



mas muitas vezes não é uma premissa cumprida por falta de recursos humanos. **O espaço deve ser o mais adaptado possível às necessidades das Crianças**. Tentando dar cumprimento a este direito, o Setor da HSAC possui um projeto de humanização dos espaços como: salas de espera, gabinetes de vacinação, espaços de amamentação... **As Crianças devem ser tratadas de forma holística, como um todo psicológico, social e físico**, este é o paradigma que vigora e defendemos, e sensibilizamos, nas nossas ações, os profissionais de saúde. **As Crianças têm o direito a estar acompanhadas pelos pais/mães/cuidadores em todos os momentos da prestação dos seus cuidados**, princípio defendido pelo IAC há largos anos e que levou a audições parlamentares, contribuindo para a alteração legislativa, garantindo assim o acompanhamento das Crianças pelo cuidador ou figura de referência afetiva, sendo menores de 18 anos. **A equipa de profissionais de saúde deve estar organizada de modo a dar suporte e capacitar todos os intervenientes nas redes em que a criança se insere**. Desta preocupação nasceram os Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, onde em alguns casos, o IAC também está representado, numa perspetiva de trabalho em rede, onde todos possam contribuir para o bem-estar físico, psíquico e social das Crianças. **A intimidade de cada Criança deve ser respeitada, independentemente da sua idade**. Devemos ter em conta que este é um direito desde o seu nascimento e que há situações (e.g. salas de observação) em que se deve ter especial atenção a este aspeto. **A equipa de profissionais de saúde deve assegurar um plano de continuidade de cuidados para a criança com doença crónica complexa** porque não se alcança a

saúde plena nestas circunstâncias e deve-se garantir que fora do ambiente hospitalar, existe suporte social e até familiar, que garanta que os cuidados necessários para atenuar e/ou minimizar situações agudas que ponham em risco os procedimentos clínicos anteriores e até a própria saúde da Criança. **As Crianças têm o direito a ser tratadas todas da mesma forma independentemente da sua raça, religião, idade, classe social, entre outras**, como previsto na própria Constituição da República Portuguesa, com o direito à não-discriminação.

O nosso principal propósito é empoderar profissionais de saúde, famílias e as próprias Crianças de forma a garantir os seus cuidados de forma holística, integrada em que a Criança é o principal ator em que a saúde é muito mais que a ausência de doença e o bem-estar emocional revela-se determinante no controlo da ansiedade e consequentemente da dor.

Queremos aumentar a literacia em saúde quer das Crianças, quer das próprias famílias que poderão pedagogicamente influenciar os conhecimentos dos seus filhos em termos de Direitos.

Pretendemos auxiliar na promoção de contextos clínicos mais humanizados de forma a que as Crianças se sintam mais confortáveis e seguras e assim melhorar-se os níveis de saúde e de bem-estar.



Em contexto de pandemia, todas as questões relacionadas com saúde física e mental, foram uma preocupação, esta última alvo de um estudo do nosso Setor, para que se pudessem encontrar estratégias de apoio para situações de risco.

Os materiais editados revelaram-se de grande importância para o empoderamento das Crianças e famílias. Conscientes de que a meta ainda não foi alcançada, temos como objetivos futuros para a CCCSP, a edição em Braile e uma versão em língua gestual. Porque o IAC existe para todos e não esquece cada um, porque a nossa missão é defender e promover os Direitos de TODOS!

A Carta da Criança nos Cuidados de Saúde Primárias pode ser consultada **aqui!**



Os meus direitos no centro de saúde



Eu tenho direito a perceber o que se passa.

Eu tenho direito a falar e a dar a minha opinião.



Eu tenho direito a profissionais de saúde
que compreendam as crianças.

Eu tenho direito a um espaço onde me sinto bem.

Eu tenho direito a que vejam os meus dói-dóis,
como me sinto e o que se passa à minha volta e comigo.

Eu tenho direito a estar sempre com a minha família.

Eu tenho direito a ver outros
médicos e enfermeiros se precisar.

Eu tenho direito à minha privacidade.



Eu tenho direito a que continuem a tratar de mim
depois de ir ao centro de saúde.

Eu tenho direito a ser igual a todas as outras crianças.



Impactos psico-sociais da pandemia

ESTAMOS AQUI

Site

www.iacrianca.pt

Redes sociais



Email

iac-sede@iacrianca.pt

iac-marketing@iacrianca.pt

Morada

Av. da República, 21 | 1050-185 | Lisboa

Telefone

+ 351 213 617 880



Desde 1983 na Defesa e Promoção
dos Direitos da Criança