

# Vida Boa

Janeiro/Junho 2007

Direcção Regional de Planeamento e Saúde Pública

Semestral

ISSN 1646-4842



**doenças reumáticas:**  
a primeira causa de incapacidade temporária  
em Portugal

## Índice

Editorial . . . . .	2
Tuberculose na Região	
Autónoma da Madeira . . . . .	3
Relações Afectivas entre Pais e Filhos	7
Tétano Neonatal . . . . .	9
A Asma na Criança . . . . .	10
O Adolescente e a Sexualidade . . . .	12
Intervenção Familiar na	
Toxicodependência . . . . .	14
Envelhecer, Mantendo-se Jovem .	17
A Família na prestação	
de cuidados ao idoso . . . . .	19
Parkinson... garantindo a	
mobilidade com segurança! . . .	21

## Caderno

Doenças Reumáticas . . . . .	24
Artrite Psoriática . . . . .	26
Fibromialgia - Uma doença	
nova? . . . . .	27
Artrite Reumatóide:	
da sensibilidade ao preconceito	28
Artropatias Microcristalinas (Gota) . .	30
Doenças Reumáticas	
da Infância e Adolescência . . . .	32
Exercício Físico e Doenças	
Reumáticas . . . . .	34

Toxi-Infecções Alimentares . . . .	36
Manuais de alimentação . . . . .	38
Indicações aos Autores . . . . .	39

## Editorial

Susana Bazenga

As Doenças Reumáticas são a causa mais frequente de doença no homem atingindo cerca de 8 a 10% da população portuguesa e são motivo de muita dor, sofrimento e dependência.

Pela transcendência deste problema de Saúde Pública entendeu-se consagrar o Caderno desta Revista às *Doenças Reumáticas* no qual poderemos encontrar artigos como Artrite Psoriática, Fibromialgia, Artrite Reumatóide, Artropatias Microcristalinas (Gota), Doenças Reumáticas da Infância e Adolescência, o Exercício Físico e Doenças Reumáticas.

As Doenças Reumáticas podem surgir em qualquer idade e constituem a principal móbil de absentismo e uma das primeiras causas de invalidez. Estas doenças, quando não diagnosticadas ou tratadas atempada e correctamente, acarretam graves consequências a nível físico, psicológico, familiar, social e económico, tendo também impacto na comunidade e na economia já que elas afectam todos os aspectos da vida.

O facto de as doenças reumáticas, reconhecidas pelo efeito de abalo que produz a nível individual, familiar e social, não serem uma prioridade nas agendas da saúde da maioria dos países da Europa, determinou que várias associações de doentes, com apoio de algumas companhias de indústria farmacêutica, desenvolvessem uma acção de sensibilização, em larga escala, que se traduziu pela criação e difusão do **Manifesto para o Terceiro Milénio**, no espaço geográfico da União Europeia. O cumprimento das Declarações subentendidas neste manifesto obrigará a uma acção conjunta e integrada dos autores das políticas europeias de saúde, dos prestadores de serviços e dos investigadores de forma a:

- Aumentar a sensibilização do público para a magnitude e o impacto das doenças reumáticas;
- Dar poderes às pessoas com doenças reumáticas através do financiamento de programas;
- Envolver as pessoas com doenças reumáticas na elaboração das políticas públicas;
- Desenvolver e reconhecer as organizações nacionais e internacionais de pessoas com doenças reumáticas;
- Providenciar serviços sociais rápidos e de boa qualidade;
- Assegurar a sensibilização dos médicos e profissionais de saúde;
- Envolver as pessoas com doenças reumáticas, na colaboração, no estabelecimento das prioridades da investigação médica relevante e dos orçamentos;
- Alargar o âmbito da investigação aos impactos sociais das doenças reumáticas;
- Reforçar leis e regulamentos;
- Providenciar programas de educação/formação totalmente acessíveis.

No fundo, este **Manifesto para o Terceiro Milénio** trata-se de uma chamada de atenção para a situação de vida de pelo menos 103 milhões de cidadãos europeus que sofrem de doença reumática.

**Direcção:** Director Regional de Saúde Pública - Dr. Maurício Melim • **Coordenação e Redacção:** Ana Clara Silva; Carmo Faria; Cristiana Ferreira; Lurdes Perdigão; Margarida Ribeiro; Sara Magalhães; Susana Bazenga • **Revista "Vida Boa"** - nº. 23 - Janeiro/Junho 2007 • **Periodicidade:** Semestral **Edição:** Direcção Regional de Planeamento e Saúde Pública • **Telef.:** 291 212 300 • **Fax:** 291 281 421 **e-mail:** drsp@drsp.sras.gov-madeira.pt • **Execução Gráfica:** O LIBERAL, Empresa de Artes Gráficas, Lda. **Exemplares:** 1000 • **ISSN** 1646-4842 • **Depósito legal:** 245957/06

# Tuberculose na Região Autónoma da Madeira

## Doença do passado, do presente e perspectivas futuras

• Cristina Martins \*

No dia 24 de Março comemora-se o Dia Mundial da Tuberculose.

A Tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa que ainda constitui um grande problema de Saúde Pública em Portugal, com uma incidência das mais elevadas dos países da União Europeia.

A luta antituberculosa tem grandes tradições na Madeira.

### Eboço Histórico da Tuberculose na Ilha da Madeira

Pensa-se que a existência desta doença remonta desde as civilizações mais antigas, talvez há pelo menos 5000 anos, tendo vindo sempre a acompanhar a evolução das sociedades humanas com elevadas taxas de morbilidade e mortalidade, com vários surtos de recrutamento.

Ao longo dos milénios a TB conheceu diversas interpretações (sendo inicialmente considerada um fenómeno sobrenatural e de castigo divino) e os doentes sujeitos a vários tratamentos que sofreram uma verdadeira revolução quando a doença passou a ser considerada um processo natural do organismo e que culminou com a quimioterapia específica (tuberculostáticos ou antibacilares). Foi preconizada a terapêutica higieno-dietética (curas de ar puro, repouso e superalimentação) e, como consequência desta sanatorização, a terapêutica médico-cirúrgica e medicamentosa não antibacilar (como, por exemplo, cálcio e óleo de fígado de bacalhau).

As características climáticas e as suas belezas naturais fizeram com que a Ilha da Madeira assumisse um papel de extraordinário relevo a nível mundial, sendo recomendada, por vários médicos nacionais e estrangeiros, na cura de doenças pulmonares crónicas, em particular da TB, quando o clima foi considerado como o melhor remédio para a doença. No final do Séc. XVIII começaram a chegar alguns doentes, sobretudo ingleses, mas foi a partir da 2ª década, com especial relevância a partir da 2ª metade do Séc. XIX e antes da era da quimioterapia, que a Madeira passou a ser considerada



como sanatório natural da “Tísica Pulmonar”, chegando ao Funchal um número crescente de doentes. Com essa finalidade foi local de residência temporária de realeza, de intelectuais e de todos aqueles que a procuravam com fins curativos.

Nos finais do Séc. XIX, em Portugal, à semelhança de outros países europeus, a TB tinha uma alta taxa de morbilidade e mortalidade. Inicia-se então a era das instituições hospitalares destinadas exclusivamente a estes doentes – os Sanatórios (de montanha e marítimos) – e anos mais tarde a dos Dispensários aos quais caberiam as funções de profilaxia, diagnóstico e terapêutica dos doentes que não necessitassem de internamento.

Em Portugal o primeiro estabelecimento destinado ao tratamento de doentes tuberculosos foi um hospital

mandado construir no Funchal pela Rainha D. Amélia, viúva de D. Pedro IV, Rei de Portugal e I Imperador do Brasil, em memória de sua filha Maria Amélia, falecida ainda jovem naquela cidade e vitimada pela tuberculose, tendo recebido os primeiros doentes em 1862 – Hospício Princesa D. Maria Amélia. Assim nasceu o 1º Sanatório em Portugal, actualmente transformado em lar de idosos.

Ainda aquela Rainha, sensibilizada para as tão graves proporções da doença tuberculosa no país que dizia milhares de doentes, em 1899 tomou a seu cargo a organização da luta antituberculosa em Portugal fundando e financiando uma instituição privada – a Assistência Nacional aos Tuberculosos (A.N.T.) – que iniciou a construção de uma vasta rede nacional daqueles estabelecimentos e colaborou com outras instituições oficiais e privadas que tinham os mesmos objectivos mas dispersão de serviços. Em 1945 a A.N.T. passa a organismo estatal.

No início do Séc. XX, no auge da época da terapêutica climatérica foi projectado para a Madeira, por um concessionário alemão, um grande investimento na área do turismo – Companhia dos Sanatórios da Madeira. A troca de alguns privilégios para a construção de sanatórios de montanha e marítimos, aquele teria de construir um hospital para tratamento gratuito de doentes portugueses pobres e com “tísica pulmonar”. Assim, em 1905 inicia-se a construção do então chamado “sanatório dos pobres”. Mas o acordo sofreu fortes críticas da colónia inglesa que dominava na época o comércio e a indústria madeirense pelo que em 1909 é feita a rescisão do contrato entre o governo português e o alemão saindo gorado o projecto, estando o edifício ainda em construção. Quando ficou concluído, já foi inaugurado como hospital – Hospital dos Marmeleiros.

Em 1933 foi inaugurado o Dispensário Anti-Tuberculoso do Funchal (actual Centro Dr. Agostinho Cardoso), em Dezembro de 1940 o Sanatório Dr. João de Almada (posteriormente transformado em Hospital e actualmente integrado na Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados) e em 1951 o Preventório de Santa Isabel, hoje lar de idosos.

### **Epidemiologia global da Tuberculose e na RAM - Panorama Actual**

A descoberta da estreptomomicina em 1947 que iniciou a era da quimioterapia específica da TB a que se seguiram outros tuberculostáticos todos eles de comprovada eficácia, associada à melhoria das condições sócio-económicas das populações, tornou possível a esperança da erradicação da doença.

Verificou-se, de facto, um declínio acentuado na

taxa de morbilidade e, muito particularmente, da taxa de mortalidade, mas sobretudo a partir de 1985 assisteu-se a uma estagnação da situação epidemiológica da TB, verificando-se mesmo o seu ressurgimento, de tal modo que em 1993 a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a TB uma emergência global, incentivando todos os países a promoverem adequada e eficazmente Planos de Luta e Controlo da Tuberculose, de modo a poderem vencer aquele terrível flagelo cuja incidência global estava a aumentar 0,4% por ano.

Embora com diferenças entre os vários continentes e os diversos países, segundo a OMS em todo o mundo quase 1/3 da população, isto é, 2 biliões de pessoas está infectada e em risco de desenvolver a doença, existem 8,4 milhões de casos novos/ano, dos quais 2 milhões morrem. Quanto às estimativas para os próximos 20 anos, calcula-se que cerca de 1000 milhões de pessoas serão infectadas, mais de 150 milhões estarão em risco de desenvolver a doença, dos quais 36 milhões irão morrer.

Reconheceu-se múltiplas causas para esta situação: a exclusão social (indivíduos sem abrigo, toxicod dependência, alcoolismo), imigrantes vindos de países com alta prevalência de TB, má nutrição, pobreza, crescimento do número de pessoas com alterações da imunidade (doentes diabéticos, oncológicos, transplantados) e o advento da pandemia HIV/ SIDA.

Aceita-se hoje que não são as deficientes condições do nível económico ou educativo nem as condições sanitárias ou habitacionais, tantas vezes apontadas como os principais elementos pela incidência da doença, que influenciam a queda da morbilidade tuberculosa mas será o diagnóstico precoce de doentes potencialmente contagiosos e o seu tratamento também precoce, eficaz e completo que contribuirá para se inflectir decisiva e positivamente a situação epidemiológica da TB. O impacto do tratamento dos casos infecciosos dá-se ao nível individual, com a cura do doente, e ao nível da comunidade, eliminando a fonte de infecção.

O encerramento e desorganização de infra-estruturas de saúde e de serviços de luta contra a tuberculose, por se pensar que a doença estava controlada e se achar que tinham perdido a sua importância desde que apareceram os tuberculostáticos, com o conseqüente abrandamento da luta e negligência na gestão da doença (deficiente capacidade de detecção, de diagnóstico e cura), terão contribuído para se manter a sua endemicidade.

Apesar de na RAM terem sido desactivadas algumas estruturas por o número de casos de TB já não o justificar, a luta não abrandou e actualmente é considerada uma região de baixa incidência e prevalência.



### O que é a Tuberculose?

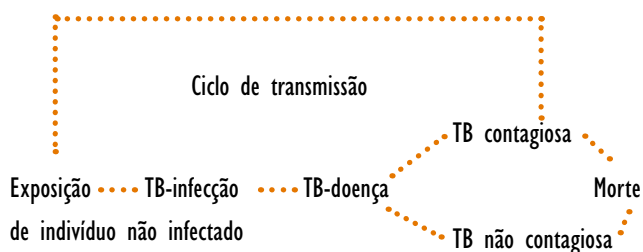
A TB é uma doença provocada por uma bactéria - *Mycobacterium tuberculosis* - que foi identificada por Robert Koch em 1882, também conhecida por bacilo de Koch ou B.K.

A principal porta de entrada no organismo é a via inalatória (aérea) pelo que em 95% dos casos o órgão mais atingido é o pulmão. Mas a TB pode afectar qualquer órgão ou sistema do organismo, pelo que além do aparelho respiratório pode atingir os aparelhos genito-urinário e digestivo, gânglios linfáticos, articulações e ossos, pele, meninges, entre outros.

### Como se propaga a Tuberculose pulmonar?

O doente com Tuberculose Pulmonar é emissor de bacilos (bacilífero), portanto em fase de contágio, quando tosse, expectora, espirra, fala ou canta, é o principal veículo de transmissão da doença pois as pequenas gotículas de saliva que são projectadas para o ar, contendo bacilos no seu interior, e que permanecem no ar ambiente durante algum tempo, podem ser inaladas por qualquer pessoa.

Por ser transmissível de pessoa para pessoa diz-se que é uma doença contagiosa, existindo um ciclo de transmissão que a perpetua, caso este não seja interrompido.



A exposição a um caso potencialmente contagioso (bacilífero) é um pré-requisito para se ser infectado. Uma vez que alguém é exposto, há factores que determinam o risco de se ficar infectado, factores de risco que determinam a probabilidade de uma pessoa infectada desenvolver TB-doença e factores de risco de um doente vir a morrer.

Os factores de risco dependem das características do bacilo (número, concentração no ar e tamanho das gotículas salivares) e também do hospedeiro (estado imunitário, susceptibilidade familiar).

As partículas inaladas podem ser retidas nas vias aéreas superiores e não atingirem o pulmão. Por outro lado, indivíduos com escassa emissão de bacilos têm baixa capacidade de propagar a doença. Havendo risco de um indivíduo exposto e não infectado passar a infectado deve fazer tratamento com tuberculostáticos (quimioprofilaxia).

### O que é a Tuberculose-infecção e qual o risco de progredir para tuberculose-doença?

A grande maioria das pessoas que inalaram bacilos tendo estes atingido o pulmão (e que foram assim infectadas) é capaz de lutar contra estes, impedindo o seu crescimento e inactivando-os de modo que eles permanecem no organismo mas na forma de “adormecidos” ou quiescentes. É a chamada tuberculose-infecção.

Os indivíduos com tuberculose-infecção:

- Não têm sintomas e, logo, não se sentem doentes
- Não transmitem a doença a terceiros
- Podem desenvolver a doença mais tarde, por reactivação dos bacilos que ficaram “adormecidos” ou quiescentes
- São diagnosticados por geralmente reagirem positivamente ao chamado Teste de Mantoux
- Devem fazer tratamento com tuberculostáticos (quimioprevenção da tuberculose-latente ou da tuberculose-infecção)

Calcula-se que cerca de 10% das pessoas infectadas desenvolvam doença, metade nos primeiros anos após a infecção e os outros vários anos mais tarde.

O risco de infecção progredir para doença depende fundamentalmente de dois factores: por um lado do grau de infecciosidade do indivíduo doente e por outro da resistência (imunidade) do indivíduo exposto.

O comprometimento de qualquer um destes mecanismos leva a que a infecção progrida mais rapidamente para doença, existindo situações mais susceptíveis de isso acontecer: idade (crianças ou idosos), malnutrição, alcoolismo, diabetes mellitus, neoplasias, infecção pelo HIV, doentes com outras doenças pulmonares, indivíduos a fazerem terapêuticas imunossupressoras.

A forma de TB na criança é quase sempre a primo-infecção.

### Qual o quadro clínico da Tuberculose-doença?

O quadro clínico da TB depende do órgão atingido.

No caso da tuberculose do aparelho respiratório, a clínica é muito diversa, dependendo da extensão das lesões, da sua localização e da própria idade e reacção do hospedeiro, podendo o doente apresentar-se assintomático ou com um quadro agudo.

Embora alguma sintomatologia clínica seja sugestiva desta entidade, a maioria dos sintomas que acompanham a doença podem igualmente aparecer noutras doenças pulmonares pelo que a clínica só por si não pode fazer o diagnóstico.

Na tuberculose pulmonar do adulto muitos doentes referem um início insidioso das queixas que aumentam

de intensidade lentamente ao longo de semanas ou meses. Predominam, nesta fase, as queixas gerais como a astenia, a anorexia, sensação de mal-estar e perda de peso; a febre (de predomínio vespertino), a sudorese (principalmente nocturna) são frequentes bem como a irritabilidade e a dificuldade em concentrar a atenção. A tosse com expectoração é o sintoma dominante, na maioria dos casos, podendo ser a expectoração muco-sa ou muco-purulenta; por vezes é de tipo irritativo. A expectoração hemoptóica ou mesmo hemoptise podem ser o sinal de alerta da doença. A dor torácica é outro sintoma que pode surgir, sendo geralmente incaracterística.

Diremos que são sintomas sugestivos de TB pulmonar:

- Tosse acompanhada de expectoração persistindo por mais de 2 semanas rebelde às terapêuticas habituais;
- Sintomas aparentando “síndromes gripais” arrastados ou repetidos em curto espaço de tempo;
- Sensação de mal-estar geral acompanhado de astenia e irritabilidade;
- Hemoptises ou expectoração hemoptóica.

### Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose (PNT)

O PNT tem como modelo as orientações da OMS, estando integrado nos Cuidados de Saúde Primários.

Como já se disse, os doentes bacilíferos pulmonares são a fonte de contágio e o veículo de transmissão da doença, pelo que a TB é considerada uma doença contagiosa, existindo um ciclo de transmissão que a perpetua. Para combater a tuberculose-doença e a infecção tuberculosa é necessário interromper este ciclo.

#### As estratégias de luta assentam em dois pilares:

1- Na diminuição do risco de infecção numa colectividade, através de um diagnóstico e tratamento precoces dos doentes bacilíferos, com um tratamento eficaz e completo, é o principal meio de se conduzir ao controlo e erradicação da doença;

2 - Na prevenção, quer pela quimioterapia nos grupos de risco, quer pela vacinação BCG, embora este não contribua significativamente para esse fim.

O tratamento é moroso (6 meses no mínimo), exigindo a associação de vários medicamentos tuberculostáticos.

O cumprimento rigoroso da medicação é a base do sucesso terapêutico e da prevenção do aparecimento de resistências aos tuberculostáticos, pelo que o tratamento deverá ser controlado com observação directa da toma dos medicamentos (TOD). O B.K. tem grandes capacidades morfológicas, adaptando-se facilmente aos novos medicamentos, provocando a falta de adesão à terapêutica continuada nos doentes multiresistentes.

### Diagnóstico da situação na RAM

Resumo de algumas medidas de frequência, caracterização demográfica e indicadores de progresso

ANO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Casos Novos</b>	58	44	43	34	65	45	55
Taxa incidência	22.89	17.96	17.55	13.88	26.53	18.37	22.45
Taxa sucesso terap	91.38	88.64	95.35	94.12	89.23	91.11	
<b>TB Pulmonar</b>	46	26	33	24	46	34	47
% de casos novos	79.31	59.09	76.74	70.59	70.77	75.55	85.45
Taxa sucesso terap	91.3	92.31	93.94	91.67	91.3	94.12	
estrangeiros / %	2 / 3.45	8 / 18.18	3 / 6.98	2 / 5.88	7 / 10.77	1 / 2.22	6 / 10.91
HIV/SIDA / %	2 / 2.94	2 / 4.16	2 / 4.16	2 / 5.26	6 / 9.24	4 / 8.00	2 / 3.58
<b>Retratamentos</b>	10	4	5	4	6	5	1
% total de casos	14.7	8.16	10	12.82	8.45	9.43	1.75
<b>TOTAL</b>	68	48	48	38	71	50	56
Taxa sucesso terap	89.71	89.58	93.75	94.74	88.73	92	

#### Casos Novos / Idade

Idade \ Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
00 - 04	1		1		1	1	1
05 - 14	1		1		1	1	
15 - 24	9	3	1	2	4	7	4
25 - 34	16	11	11	6	17	10	17
35 - 44	14	9	12	8	18	5	11
45 - 54	10	8	11	10	6	12	13
55 - 64	6	6	5	4	9	6	3
65 - 74	1	5		4	4	2	4
≥ 75		2	1		5	1	2
<b>TOTAL</b>	58	44	43	34	65	45	55

#### Casos Novos / Concelho

Concelho \ Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Calheta	2	1		3			2
Câmara de Lobos	6	8	6	8	10	7	7
Funchal	33	24	24	15	40	27	29
Machico	4	3	1		2	5	3
Ponta do Sol	1	1			3		
Porto Moniz	1						1
Porto Santo							
Ribeira Brava	3		1	2	3		4
Santa Cruz	8	7	9	5	5	3	6
Santana			2		2	2	2
São Vicente				1		1	1
<b>TOTAL</b>	58	44	43	34	65	45	55

Fonte: Centro Dr. Agostinho Cardoso

### Perspectivas futuras

A TB é uma doença curável e prevenível.

Mas o problema da TB só pode resolver-se numa escala global e apesar de todo o progresso científico verificado ao longo do último século, em todo o mundo, a TB permanece um desafio à sociedade pois é um doença não só do doente, como indivíduo, mas também da comunidade e só com o conjugado de esforços será possível aplicar correctamente os Programas de Luta Contra a Tuberculose e controlar a doença, para que no futuro as perspectivas sejam bem melhores que as actuais.

Na RAM justifica-se manter o empenhamento nos objectivos de uma política bem definida com a consciencialização dos governantes e seu investimento para o problema, apoiada por uma estratégia bem elaborada e por uma organização adequada, competindo aos cidadãos em geral e a todos que se relacionam com a tuberculose lutar por estes objectivos.

\* Consultora em Medicina Geral e Familiar  
Directora do Centro Dr. Agostinho Cardoso

# Relações Afectivas entre Pais e Filhos

## – O Alimento Invisível que faz Crescer

• Vera Lúcia Gouveia Pestana \*

Nascer, representa a grande aventura em todo o ciclo de experiências do homem e certamente de entre todas as outras, a mais arriscada (Gomes Pedro 2005). O AFECTO da criança é a relação da satisfação com as suas expectativas. As suas expectativas são descobrir, aprender e gostar. O seu desenvolvimento é potenciado pelo modo como ela gosta de viver e de como ela se sente gostada (Gomes Pedro 2005). A solicitação de afectos está comprovada, em vários estudos, como uma competência nata no ser humano, **uma competência de sobrevivência**. Ele fá-lo de início numa forma reflexa, através do choro, das expressões faciais e corporais e pelo olhar. O bebé está equipado com as tendências para procurar e receber este «alimento» cerebral essencial. Os neurónios ou as células cerebrais que estão presentes na hora do nascimento estão lá à espera de estímulo para se deslocarem, multiplicarem e ligarem, e isso só acontece se as relações humanas afectivas estiverem presentes. USAR ou PERDER. Todas as estimulações realizadas através dos sentidos são importantes: o falar, o cantar, a música, a estimulação visual como o esboço dum sorriso, os movimentos da boca, o brilho dos olhos, o colorido numa simples bola vermelha colocada a 20 cm, a luz, o simples toque, ou através de massagens regulares com muitos estudos já comprovados, o cheiro da mãe, do leite materno, são tudo formas de instigação muito valiosas. Todo o bebé está programado para na primeira hora de vida seguir a face humana a 180° graus, rastejar da barriga da mãe até a mama para se alimentar ou até de deitar a língua de fora, se nós o também fizermos a uma curta distância, caso ele esteja em estado de alerta ou desperto. Já lá foi o tempo em que se pensava que um recém-nascido era igual a muitos outros, que só sabia chorar, dormir e mamar. A sua forma de olhar já os personaliza, a forma como muda dos vários estádios de consciência desde o sono profundo até o choro, os seus tremores mais ou menos intensos, a sua capacidade já autónoma de levar a mão à boca para se auto-confortar ou

o choro para se auto-regular. Peritos são capazes de prever o seu temperamento desde a sua fase de recém-nascido. Peritos e pais que são incentivados a olhar os seus bebés.

O terceiro milénio é já conhecido pelo milénio da deterioração das relações, das depressões, numa sociedade cada vez menos centrada na criança. Torna-se urgente falar de família pois actualmente verificamos uma alteração tanto na composição da família, como nas expectativas criadas pelos seus membros, nomeadamente nas suas relações, levando a uma diminuição da qualidade da relação. Em Portugal, cerca de 58% das famílias não têm mais de três pessoas e 78% não tem mais de quatro. O índice de disfunção familiar em 2003 foi de 27%, tendo vindo a aumentar. Prevê-se que em Portugal, mais de 60% das crianças nascidas até o ano 2020, viverão a maior parte das suas vidas numa família mono-parental (Gomes Pedro 2005). A nossa sociedade é uma sociedade de pais que estão menos preparados para a sabedoria parental e o seu comportamento reflecte esse problema. O stress do dia-a-dia faz-se sentir e isto é um factor de vulnerabilidade das nossas famílias. Lamentavelmente as crianças sentem-se muitas vezes entregues aos seus recursos limitados, afastados dos seus portos de abrigo a maior parte do tempo das suas vidas. Mas grave se torna a situação quando ao fim do dia optam por brincadeiras sem contacto humano, como o computador e os jogos electrónicos, sem falar na Internet que usada de forma não controlada poderá ser um risco acrescido. O diálogo entre pais e filhos é mudo ou muitas vezes este pouco tempo de encontro está rodeado de conflito. Assim, a criança cresce integrada numa sociedade dita desenvolvida, onde todo se passa com muita pressa, valorizando-se o materialismo, o consumismo onde a permissividade é cada vez mais regra, associando-se a neutralidade do “tanto faz”. Sendo esta a sociedade imposta à criança, é aqui que ela vai tentar se adaptar, interiorizando aquilo que lhe ensinaram. Não podemos sentir emoções que nunca tivemos e não podemos sentir a cons-



ciência e a intimidade duma relação humana a não ser que tenhamos tido essa experiência com alguém nas nossas vidas.

O Primeiro Direito inscrito na Convenção de Direitos da Criança é o de que **“Os homens devem assegurar, na medida do possível, a sobrevivência e o desenvolvimento da criança”** (Nações Unidas, Convenção dos direitos da criança, 1991). Os cuidados sensíveis e afectivos são fundamentais para a sua sobrevivência, para atravessar com êxito as fases de desenvolvimento através da maturação de processos neurológicos, levando ao desenvolvimento das funções mais importantes do cérebro onde se relaciona a capacidade de aprender, de serem mais afectuosas, solidárias e tolerantes. O desenvolvimento económico das nações, o crescimento dos mercados, a evolução da tecnologia informática e da comunicação tem-nos feito crer que as necessidades básicas estão asseguradas e daí uma relativa negligência das relações humanas ou emocionais, relações essas existentes desde que o homem é homem.

**A tecnologia básica da idade das cavernas está esquecida.** É uma solução tão barata e tão ao nosso alcance que muitas vezes é difícil ver e por vezes difícil de concretizar... às vezes ao fim do dia torna-se delicado deixar os afazeres do final do dia ou de desligar o botão da televisão para dar atenção, por 15 minutos que seja, a um filho que tão logo será adulto. Quando está em causa o desenvolvimento duma criança, estes aspectos deverão ser pensados com muita atenção, também pelos profissionais da família referentes à Saúde, à Educação e Ciências Sociais como as próprias políticas dos Sistemas Formais que regulam estas intervenções. A multidisciplinaridade deveria ser regra e as suas intervenções cada vez mais direccionadas para uma preocupação constante em criar espaços de diálogo, de aliança e parceria com os pais, visando a “paixão” que hoje sabemos ser essencial para um bom investimento parental na vida emocional de cada criança em função das especificidades do seu comportamento, das suas relações e da sua cultura. As crianças crescem no seu processo evolutivo natural de desenvolvimento e os pais também crescem como pais, necessitando de amparo duma forma contínua para que possam reflectir sobre as suas necessidades. A exaustão parental é uma realidade cada vez mais presente.



O fenómeno de adaptação duma criança explica o seu mecanismo de sobrevivência, os seus sucessos futuros, a realização dos seus sonhos, da sua felicidade e explicam a razão de termos nascido. O processo das relações afectivas ao longo da vida nunca acaba: expandem-se transformam-se e reformam-se (Brazelton, 2004).

\* Enfermeira Especialista em  
Saúde Infantil e Pediátrica

#### Bibliografia:

Gomes-Pedro, J. (2005). *Para um sentido de coerência na criança*. Lisboa: publicações Europa-América

Caldeira, P. (2 Dez. 2005). *Uma em cada 300 crianças tem perturbações da relação*. Diário de Notícias da Madeira. pg. 11

Stern, D. (1980). *Bebé-mãe Primeira relação humana*. Lisboa. Moraes editores

Brazelton, T. B. & Greenspan, S. (2004). *A criança e o seu mundo – Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem (4ª edição)*. Lisboa. Editorial presença

Gomes, Pedro, Nugent, J Young, J & Brazelton, T. B (2005). *A criança no século XXI* IN Kennell, John (1ª edição). *A criança e a família no século XXI*. Lisboa. Dinalivro (23-47).



# Tétano Neonatal

• Ana Paula Freitas de Almada \*

A vacinação é essencial para a prevenção de determinadas doenças, para as quais foram previamente criadas vacinas em laboratório e com bases científicas que fundamentam a sua administração no Homem com bastante segurança e um elevado efeito terapêutico.

O Tétano é uma das doenças que podem ser prevenidas pela vacinação em qualquer indivíduo que queira ser vacinado.

É uma doença grave que pode levar o Homem à morte (quando não está vacinado) por paragem cardio-respiratória.

A porta de entrada da bactéria do Tétano é toda a ferida feita à superfície da pele. Uma vez “instalado” na ferida, este microorganismo liberta um veneno (toxina) na corrente sanguínea altamente tóxico e capaz de levar a paralisia dos diversos músculos incluindo o músculo de coração e consequentemente à morte. A gravidade da doença depende do local da ferida; do contexto no qual ocorreu; do estado de saúde do indivíduo; do seu estado vacinal e poder patogénico da própria bactéria do Tétano. O que é um facto na doença do Tétano é que uma vez aparecendo o primeiro sintoma é uma questão de horas para o indivíduo apresentar contrações dos músculos dos membros que são fatais se não forem tratadas atempadamente em meio hospitalar.

O tipo de Tétano aqui focado em particular tem uma importância na protecção dos bebés na altura do seu nascimento, esta protecção é transmitida à criança pela vacinação da mãe.

O “*Clostridium tetani*” que é a bactéria responsável pelo aparecimento do Tétano no recém-nascido vive em meio anaeróbio e é capaz de produzir toxinas altamente tóxicas ao Homem. Estas toxinas, por sua vez, actuam na medula e são responsáveis pela disfunção dos reflexos do recém-nascido, aparecendo no mesmo as convulsões.

Outro factor de risco que contribui para um recém-nascido ser infectado pela bactéria do Tétano é a falta de cuidados de assepsia ao cordão umbilical, este por si só é também uma porta de entrada frequente da bactéria de Tétano.

O período de incubação do Tétano neste caso pode ser 3 dias.



A primeira manifestação clínica é geralmente a recusa alimentar; posteriormente os espasmos generalizados; contracções tónicas facilmente desencadeadas pelos estímulos sonoros, luminosos e tácteis, a criança pode apresentar hiper-flexão dos membros superiores junto do tórax, hiperextensão dos membros inferiores, lordose acentuada, mímica facial (Trismo) alterada, olhos cerrados, boca entreaberta e os lábios contraídos. A maioria das mortes nas crianças ocorre entre os 4-14 dias.

As mulheres grávidas e aquelas que se encontram em idade fértil ou que pretendem engravidar constituem um grupo de risco para transmitirem Tétano aos seus filhos, se durante a gravidez e idealmente antes da mesma não tiverem a vacinação actualizada.

As vacinas são de uma forma geral bem toleradas pela população e gratuitas em todos os Centros de Saúde da Região Autónoma da Madeira. No caso particular da vacina do Tétano esta confere uma eficácia de 100% aos indivíduos que têm a vacinação actualizada. Qualquer profissional de saúde estará apto a responder às questões relacionadas com a vacinação.

Como nota final é importante certificar-se que leva o seu boletim de vacinas quando procura o Centro de Saúde da sua residência pois este documento é a prova do seu estado actual de vacinação. No caso de não ter boletim de vacinas dirija-se ao profissional de Enfermagem pois não será por isso que não poderá ser vacinado se assim o desejar.

\* Enfermeira  
Centro de Saúde de São Roque

# A Asma na Criança

• Paula Dilai Mendes Franco Catanho \*

A asma é uma doença inflamatória crónica das vias aéreas caracterizada, do ponto de vista funcional, por uma obstrução reversível das vias aéreas e hiperreatividade brônquica persistente.

A prevalência da asma aumentou dramaticamente nas últimas décadas. Muitos estudos epidemiológicos avaliaram factores de risco ambientais que podem explicar o aumento sustentado de asma.

O contacto com antigénios bacterianos e infecções virais no início da infância parece ter efeito protector em relação à ocorrência posterior de doença alérgica. Apesar de as alterações no estilo de vida contribuírem significativamente para a expressão da doença, a hereditariedade também representa um papel major na patogénese da asma e das doenças alérgicas.

A asma brônquica é uma doença que afecta muitos milhões de seres humanos em todo o Mundo e, pode ser, potencialmente fatal, tendo um considerável impacto sobre o doente, a sua família e mesmo sobre a sociedade, que se deve preocupar com ela, atingindo custos muito elevados.

Nos indivíduos susceptíveis, esta inflamação leva a episódios recorrentes de pieira, dispneia, aperto torácico e tosse, particularmente à noite e no período matinal. Estes sintomas estão associados a uma obstrução generalizada mas variável das vias aéreas que é pelo menos parcialmente reversível espontaneamente ou com tratamento.

A asma pelo seu componente genético tem relação com os antecedentes familiares e pelo seu componente ambiental tem relação quer com o meio ambiente “de interior” quer “de exterior”.

As alterações do meio ambiente “de interior”, relacionadas com a habitação e local de trabalho, e nas crianças, a nível da escola, são também factores de risco. O ambiente interior está condicionado às características habitacionais (humidade, bolores, ...), presença de tabagismo activo ou passivo, existência de animais domésticos, existência de números elevados de famílias de ácaros. Também os pólenes, no interior das habitações



ou, predominantemente, no exterior, são factores sensibilizantes.

O meio ambiente “de exterior” está relacionado com a poluição (fumos de fábrica, veículos automóveis, ...) e com as características climatéricas (temperatura, humidade, ventos, precipitação, exposição solar).

A asma é uma doença de elevada prevalência, encontrando-se na maioria dos países desenvolvidos valores, na população geral, entre os 5 e os 10%, com ligeiro predomínio no sexo masculino.

A asma é uma das doenças crónicas mais frequentes na idade pediátrica e a sua prevalência tem vindo a aumentar nas últimas décadas, particularmente nos países desenvolvidos com estilo de vida Ocidental. É uma doença multifactorial, dependendo de uma interacção entre complexos factores genéticos e ambientais. O aumento recente na prevalência das doenças alérgicas em geral e particularmente da asma brônquica na criança, aceite pela generalidade dos autores, não

poderá ser explicado apenas por factores genéticos, reforçando o papel do ambiente, nas suas componentes do interior e do exterior dos edifícios. Por outro lado, diferentes prevalências em populações submetidas a condições ambientais, aparentemente semelhantes, realçam a importância dos factores genéticos.

### Factores de Risco:

- Susceptibilidade genética
- Exposição Ambiental
- Exposição a Alergenos
- Infecção
- Poluição
- Tabagismo
- Susceptibilidade do Hospedeiro.

Um indivíduo geneticamente predisposto, na presença de desencadeantes ambientais, expressa a doença, a qual pode ser posteriormente modulada pela influência subsequente do mesmo ou de outros factores ambientais.

Como condicionantes do aumento da prevalência da asma brônquica, particularmente em idade pediátrica, estão actualmente bem documentados os efeitos de alguns alergenicos, como os ácaros do pó e os alergenicos da barata, menos os dos poluentes e infecciosos, muito pouco os referentes a factores genéticos, sociais e socioeconómicos.



Os padrões alimentares têm marcado recentemente uma particular atenção, como responsáveis por um aumento da susceptibilidade dos hospedeiros a outros factores de risco. A menor exposição do indivíduo que resulta da diminuição do número de elementos do agregado familiar e

da prevenção das infecções em geral poderá estar na base do eclodir das doenças alérgicas.

Pesquisas sugerem vários factores que podem contribuir para o aumento da asma infantil. Entre eles, o aumento da sobrevivência de fetos prematuros com pulmões não totalmente desenvolvidos, o aumento do número de mulheres grávidas fumadoras, o que eleva a probabilidade de baixo peso e capacidade pulmonar reduzida no recém-nascido.



Além disso, é bem conhecido o facto de que a exposição ao fumo do cigarro in útero é capaz de alterar o crescimento das vias aéreas e pulmões do feto, o que aumenta tanto a resistência como o risco de sibilância nas fases mais precoces da vida. Muitos dos efeitos do tabaco ocorrem no início da gestação, quando o número e estrutura das vias aéreas são determinadas, o aumento do número de familiares que vivem na pobreza com crianças mais expostas a alergenicos e poluentes, como o fumo passivo, e com menos acesso a serviços médicos.

De entre os factores de risco que têm sido identificados para a expressão da doença asmática na criança, alguns serão dificilmente preveníveis, nomeadamente os genéticos, contrastando com os preveníveis, particularmente ambientais, passíveis de intervenção (exposição alérgica, tabagismo, poluentes, dieta, ...). **A prevenção primária deve ser então a meta a seguir.**

### BIBLIOGRAFIA

Pinto, J; Almeida, M; *A criança asmática no mundo da alergia;*  
Euromédice, Lisboa

\* Enfermeira do Centro de Saúde Dr. Rui Adriano F. Freitas



# O Adolescente e a Sexualidade...

• Carina António\* / Lícia Silva \*\*

**C**ozar os meus preciosos anos de adolescência! Não passam de miséria e problemas” (Townsend, 1984, p. 20). Esta frase, dita por um adolescente de 15 anos, reflecte como o adolescente vivencia este turbulento período de vida.

Na adolescência há uma constante pesquisa da resposta à pergunta “quem sou eu?” e o que foi aprendido na infância deverá ser submetido a uma reorganização através da experimentação. O adolescente não tem um estatuto bem definido, uma vez que já não é criança que aprecia a protecção, mas ainda não é adulto que gere a sua autonomia.

A transição da infância para a adolescência não é fácil, ocorrendo mudanças a diversos níveis, que são universais, mas que dependem grandemente do contexto em que são desenvolvidas, exigindo uma grande adaptação por parte do adolescente. A nível biológico sucedem-se transformações corporais; a nível cognitivo, o adolescente ganha capacidade de elaborar raciocínios progressivamente mais complexos; psicologicamente, a estruturação da identidade e o desenvolvimento da autonomia acontecem e, finalmente, a nível social há uma execução de novos papéis.

É a adaptação eficaz a estas diversas alterações que irá permitir a vivência de uma sexualidade adulta saudável.

Actualmente, cada vez mais os focos de atenção estão a debruçar-se sobre a sexualidade na adolescência e tal é pertinente, já que muitos dos problemas que afectam os adolescentes estão relacionados com a sexualidade.

Quando esta é tida apenas como a

necessidade de satisfação de um desejo fisiológico, não é satisfatória a nível psicológico ou afectivo. Para que a sexualidade seja vivida de forma plena e saudável, o indivíduo precisa de criar laços afectivos e de nutrir sentimentos pelo companheiro. Sexualidade não é apenas sexo... Implica muito mais... Um gesto carinhoso, um abraço, um beijo... e na adolescência, os sentimentos não são meramente expressos mas também intensamente vividos e reduzir a sexualidade nesta fase da vida a uma simples campanha de uso do preservativo é empobrecedor, uma vez que a educação dos afectos não deve cingir-se apenas à informação sobre os métodos contraceptivos disponíveis.

A adolescência é o período em que há reafirmação da identidade sexual e o adolescente torna-se capaz de estabelecer relações mais profundas e de maior compromisso com os seus pares, fundamentadas em sentimentos e afectos mais duradouros.

No desenrolar desta fase, vários intervenientes têm um papel importante, nomeadamente os pais que se tornam fonte de conflitos uma vez que o adolescente procura edificar uma identidade independente e afasta-se da geração precedente. Apesar desta situação, os pais devem ter um papel activo e participar no processo de aprendizagem sexual do adolescente, mais especificamente no estabelecimento dos papéis sexuais e valores sobre o corpo. Porém, há

muitos pais que ou não se sentem à vontade para abordar este tema com os filhos adolescentes, ou sentem que não têm conhecimentos para transmitir informações correctas ou, ainda, têm pouca disponibilidade a nível sócio-profissional.



Contudo, aqueles que desenvolvem desde cedo uma relação de abertura nesta área, conversando sobre o tema com naturalidade, sentem menos dificuldade ao lidar com a sexualidade dos filhos adolescentes. Além disto, a educação a nível sexual faz parte da forma como educamos os nossos filhos e o mais importante não é o domínio dos conceitos, mas sim as atitudes e a percepção que a criança tem da vida de casal.

A informação sobre o amor e a sexualidade cabe a todos nós e a escola tem um papel fundamental, pois é o local onde os adolescentes convivem grandemente com outros jovens e esboçam frequentemente os primeiros movimentos de envolvimento afectivo-sexual. Assim, os professores devem ultrapassar eventuais dificuldades na abordagem da sexualidade e tentar estabelecer uma relação empática com o adolescente, aceitando-o como este é e trabalhando sempre em parceria com a família.

O grupo de amigos na adolescência é também essencial e torna-se numa fonte de identidade e no refúgio afectivo, que progressivamente substitui o papel dos pais. É neste grupo que o adolescente irá ter a maioria das suas conversas sobre sexualidade, porém grande parte da informação trocada com os amigos é incompleta e/ou incorrecta. De início, os aspectos físicos estarão bem presentes no diálogo, como a anatomia e a fisiologia do aparelho reprodutor, mas com o passar do tempo as conversas incidem principalmente nas relações afectivas e nas emoções.

Outra presença efectiva na vida do adolescente deverá ser a do profissional de saúde. Este tem também um papel importante na educação da sexualidade e assim compete-lhe ultrapassar quaisquer barreiras à abordagem deste tema, zelar pela preservação da privacidade do jovem, transmitir conhecimentos, incentivar a expressão de sentimentos, reduzir o medo e ansiedades e reforçar o sentimento de auto-estima.

Actualmente, os adolescentes estão em contacto frequente com símbolos sexuais e são expostos a uma infundável sobreestimulação sexual através da televisão, cinema, revistas ou Internet. Esta situação associada à vulnerabilidade própria deste período da vida, leva ao aumento da susceptibilidade de adopção de comportamentos de risco fazendo com que os adolescentes sejam um grupo de alto risco a nível sexual.

Por estas razões, e tendo em consideração as necessidades do adolescente e a realidade em que este se encontra, devemos oferecer-lhe uma adequada educação da sexualidade, uma atitude compreensiva no seio da família, fácil acesso aos serviços de saúde e um uso comercial e publicitário da sexualidade controlado.



É iminente investir numa intervenção que consiga eficazmente ajudar o adolescente de forma individualizada, tendo sempre em mente que a educação da sexualidade deve primar pela afectividade.

É isto que nós, que convivemos com os adolescentes diariamente devemos transmitir-lhes...devemos orientá-los na fase difícil, mas única, que é a adolescência.

#### Bibliografia:

- Townsend, S. (1984). *Adrian Mole na crise da adolescência* (9.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Difel.
- Afonso, E. & Lucas A. (Julho/Agosto, 2001). *A sexualidade na adolescência*. *Servir*, 49(4), 165-171.
- Caldeira, E. (Janeiro/Fevereiro, 2005). *Comportamentos sexuais dos adolescentes*. *Servir*, 53(1), 29-38.
- Fonseca, H. (2005). *Compreender os Adolescentes* (3.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Presença.

\* Enfermeira no C.S. do Campanário

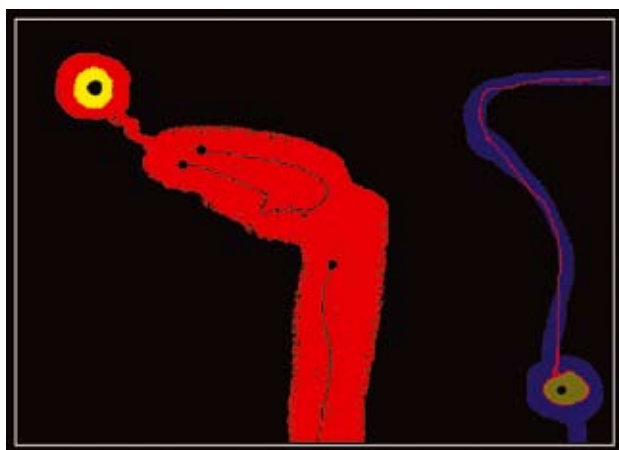
\*\* Enfermeira no C.S. da Serra d'Água

# Intervenção Familiar na Toxicodependência: do paradigma da sua importância terapêutica à realidade do Centro de Santiago

• Carla Câmara/Luisa Santos\*/ Paulo Milheiro\*\*  
Luz Morna\*\*\*/ Helena Nóbrega\*\*\*\*

*“ Ajudar as famílias a aprender a lidar com o seu problema de toxicodependência é importante, e é certamente benéfico a existência de profissionais de apoio às famílias.”*

*Luís Patrício (2002). In, Droga para que se saiba*



**É** sabido que a **Toxicodependência** é um fenómeno determinado por factores de natureza diversa que conjugados estabelecem as condições propícias ao seu aparecimento e manutenção (Fleming, 1995). Os seus efeitos continuam a ser devastadores quer para o indivíduo consumidor quer para a família e para a sociedade a que o mesmo pertence, e por esta razão assume-se, inequivocamente, como um dos mais graves e complexos problemas de saúde pública, cuja abordagem terapêutica deverá ser efectuada numa óptica de **Modelo Integrado de Intervenção**. Este Modelo de Tratamento desenvolve-se com recurso ao diagnóstico ou diagnósticos de índole clínico – somático e psicopatológico – e social, às capacidades do doente e da família, à avaliação da motivação do toxicodependente para se tratar, à definição de um prognóstico e ao trabalho técnico de carácter multidisciplinar (Patrício, 2002). É com base nestes pressupostos, que o referido **Modelo Terapêutico** reconhece e advoga que a família desempenha um papel de crucial importância no trata-

mento da toxicodependência já que este problema não afecta exclusivamente o paciente identificado (toxicodependente) mas o funcionamento de todo o grupo familiar (Natal & Estebaranz, 1995).

De acordo com Coletti (2005) a **Intervenção Familiar na Toxicodependência** assenta em duas ideias fundamentais. A primeira baseia-se no facto de que o recurso à droga por parte de um dos elementos de uma determinada família não é mais do que o sintoma de uma disfunção do próprio sistema familiar. A segunda ideia está alicerçada na convicção de que qualquer família com um elemento toxicodependente “sofre” as consequências directas e indirectas inerentes ao problema de toxicodependência e que estas podem interferir negativamente ou mesmo obstaculizar o processo terapêutico do doente, inviabilizando assim o seu sucesso. Mas, que tipo de famílias são estas? Que estrutura familiar apresentam? Possuirão padrões específicos de funcionamento? A este respeito, poder-se-á desde logo afirmar que embora não seja possível traçar um perfil relativo às famílias de toxicodependentes, é no entanto viável identificar ao nível da sua estrutura e funcionamento alguns padrões e algumas características comuns (Fleming, 1995).

Fleming (1995) na sua obra “Família e Toxicodependência” empreende uma exaustiva revisão bibliográfica sobre o “*papel crucial desempenhado pelos factores familiares no desencadear e manutenção da toxicodependência*” (p.53), e socorrendo-se de inúmeros estudos levados a cabo por conceituados investigadores da especialidade, aponta para algumas características



inerentes à estrutura e funcionamento familiar das famílias dos toxicodependentes. Relativamente à **estrutura familiar** destas famílias faz notar, entre outras, as seguintes características:

- fronteiras ou limites pouco nítidos entre a geração dos pais e a geração dos filhos e a existência de uma fronteira ou limite rígido entre a família e a comunidade onde a mesma se insere, traduzindo o medo da separação entre os membros da família;
- inversão da hierarquia familiar em que o sistema filial surge tão ou mais influente que o sistema parental;
- ausência de limites e de elos claros na díade pai-filho (relações emaranhadas, distantes ou demasiado difusas e equivocadas);
- proximidade relevante entre um dos progenitores e o filho toxicodependente, mantendo-se o outro progenitor numa posição periférica (na maioria dos casos os dois elementos hiper-envolvidos são de sexos opostos (mãe-filho).

Num outro plano de análise, ou seja, em relação ao **padrão de funcionamento familiar**, a mesma autora realça algumas das particularidades destas famílias:

- frequência, em várias gerações, de condutas de consumo (fármacos psicotrópicos e alcoolismo em especial);
- conflitos intrafamiliares com alianças claras (não secretas !!!) entre o toxicómano e o progenitor mais próximo dele (clivagens familiares);
- existência de grupos de pares ou de “contra cultura”, para os quais o toxicodependente se vira, por períodos, a seguir a conflitos familiares;
- práticas educativas perpetuadoras de dependência relacional (“mães simbióticas”).

Um estudo recentemente realizado pela **Unidade de Investigação do Centro de Santiago**, mais precisamente durante o ano de 2005, cuja apresentação pública se concretizou em 2006 no Pré-Congresso das V Jornadas de Psiquiatria da Região, que tinha como principais objectivos conhecer qual a percepção que as famílias objecto de estudo (N= 100) possuíam sobre a sua estrutura e o seu funcionamento e saber que avaliações faziam da intervenção familiar a que tinham sido submetidas no **Centro de Tratamento de Toxicodependência da RAM** (intervenção individual familiar; grupo de famílias e terapia familiar), revelou que estas mesmas famílias apresentavam algumas características comuns entre as quais se



destacam as seguintes:

- a) forte dependência do toxicodependente em relação à sua família de origem (85%);
- b) existência de permissividade familiar ao nível das regras e limites (59%);
- c) proximidade significativa entre um dos progenitores e o toxicodependente e afastamento ou ausência do outro progenitor face ao toxicómano (85%);
- d) presença de patologias familiares e dependências (álcool e fármacos em particular) com carácter de transgeracionalidade (64%);
- e) existência de padrões de comunicação desqualificante (64%);
- f) existência do mito do bom entendimento e felicidade familiar (80%);
- g) responsabilização do toxicodependente por todos os problemas da família (toxicómano como “bode expiatório”) (92%).

Relativamente à avaliação da intervenção, os resultados da investigação demonstraram que 96% das famílias, sujeitas a intervenção familiar no Centro, consideraram esta acção técnica especializada muito importante/importante no tratamento da toxicodependência, especialmente ao nível do apoio à família, orientação da mesma face ao problema do seu familiar e informação específica acerca da patologia e sua respectiva terapêutica.

A reflexão aqui apresentada parece não deixar margem para dúvidas que se é verdade que a família pode desempenhar um papel de relevante importância no desencadeamento/manutenção da toxicodependência na família, também não é menos verdade que a acção da família junto do familiar toxicodependente, desde que técnica e terapeuticamente orientada, pode ser decisiva no tratamento da sua patologia.

Para finalizar e numa perspectiva de orientação destinada àqueles que lidam diariamente com este problema, será oportuno fazer-se referência a alguns comportamentos que as famílias deverão adoptar perante um familiar toxicodependente e outros que convirá evitar a todo custo.

### **Comportamentos Positivos**

- Estar disponível para ajudar o toxicodependente a tratar-se;
- Manifestar afecto e compreensão mas recusar veementemente ajuda ao mesmo para consumir;
- Dialogar e promover a reflexão conjunta;
- Impor regras e disciplina em casa;
- Reforçar positivamente os pequenos sucessos alcançados;
- Assumir que a recuperação e tratamento da toxicodependência é um processo moroso (meses ou anos).

### **Comportamentos Negativos**

- Perseguir o toxicodependente para o vigiar;
- Culpabilizar e recriminar o mesmo;
- Permitir que maltrate e desrespeite a sua família;
- Ceder a chantagens e ameaças;

- Permitir que o toxicodependente destrua a vida dos restantes elementos da família;
- Impor tratamentos ou fazer chantagens de modo a que o toxicodependente adira aos mesmos;
- Fazer do toxicodependente apenas uma vítima.

#### *Referências Bibliográficas*

COLETTI, M. (2005). *Trabajo con Familias, Terapia Familiar y Tratamientos Integrados*. In *Ponencias Y Comunicaciones en el Encuentro de Profesionales en Drogodependencias y Adicciones. Investigación e Evaluación*. Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz, pp. 109-117.

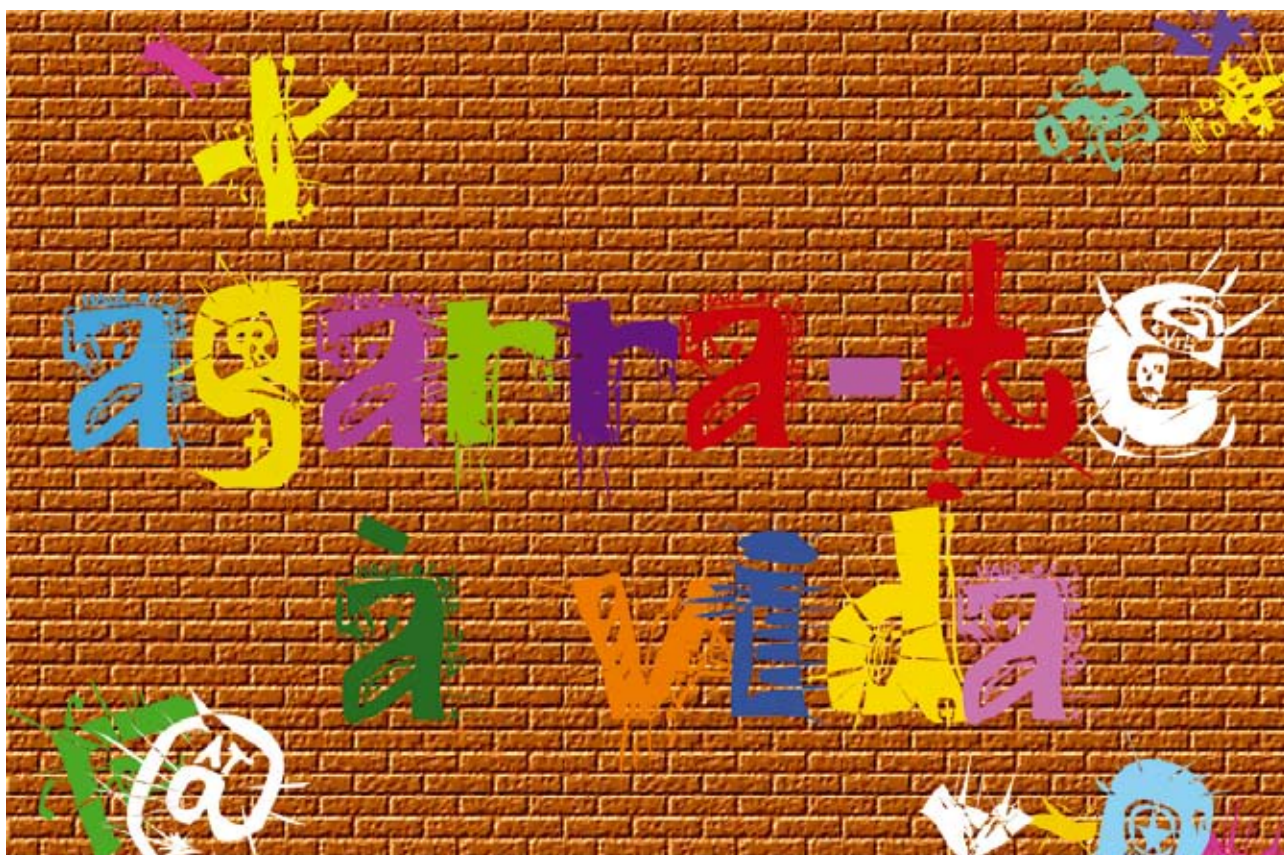
FLEMING, M. (1995). *Dinâmica, Estrutura e Funcionamento da Família do Consumidor de Droga*. In M. Fleming. *Família e Toxicodependência*. Porto, Edições Afrontamento, pp.53-63.

FLEMING, M. (1995). *O Sistema Familiar e a Toxicodependência*. In M. Fleming. *Família e Toxicodependência*. Porto, Edições Afrontamento, pp.65-74.

PATRÍCIO, L.D. (2002). *Tratar a pessoa doente*. In L.D. Patrício. *Droga para que se saiba*. 1ª edição, Lisboa, Livraria Figueirinhas, pp. 113-190.

NATAL, R.G. & ESTEBARANZ, P.S. (1995). *Experiencia grupal con familiares de drogodependientes en tratamiento*. In *Cuadernos de Trabajo Social n.º 8*, Madrid, Servicio de Publicaciones, Universidad Complutense, pp. 161-167.

\*Psicólogas / \*\*Assistente Social / \*\*\* Enfermeira / \*\*\*\*  
Socióloga do Centro de Santiago  
Centro de Tratamento de Toxicodependência da RAM





# Envelhecer, Mantendo-se Jovem

• Lurdes Perdigão \*

**A**lgumas pessoas olham-se ao espelho e arrepiam-se ao verem as rugas que vão aparecendo na face, as manchas que sobressaem na pele, a barriga que aumentou, a celulite que não consegue ser disfarçada e pensam, inúmeras vezes: *a idade já pesa...já lá vai o meu tempo de jovem... estou a envelhecer!...* Pensam nas dores que vão aparecendo nas articulações, nas doenças que não tinham e passaram a ter, nas preocupações que aparecem com a idade ... e voltam a lamentar o aumento de anos, recordando os tempos de juventude.

Outras, porém, demoram-se perante a sua imagem e admiram-se com o que vêem, sentem-se muito jovens, cada vez mais activas e a transbordar energia e saúde e pensam para os seus botões: *sinto-me cada vez mais jovem!*

Perante atitudes tão distintas, questiono-me sobre o que é, afinal, ser jovem. Saí de casa e fui à procura de respostas. Inquiri um vasto número de pessoas entre os 11 e os 81 anos de idade sobre **O que é ser jovem para si?** e as respostas foram diversas mas não necessariamente antagónicas como se pode verificar nos depoimentos que passo a transcrever.

- "Ser Jovem é ter poucas responsabilidades, férias grandes, ter carinho, amor e afecto..." M.O. (11anos)

- "Ser Jovem é complicado porque nos começamos a aperceber dos problemas da vida. Aparecem-nos borbulhas e é a altura em que mais problemas temos com o corpo. Às vezes queremos-nos impor mas levamos com os nossos pais em cima. Mas apesar de tudo isto tem as suas coisas boas." H.P. (14 anos)

- "Ser Jovem tem os seus lados bons e maus. É a altura em que queremos sair, estar com os amigos, fazer coisas diferentes... o que implica uma maior autonomia a que nem sempre os pais cedem, pois acham que os filhos são "criancinhas" para toda a vida. É a altura em que nos preocupamos mais com a estética, devido às mudanças, que não estamos à espera, do nosso corpo. Mas é das melhores fases da nossa vida." C.O. (15 anos)

- "Ser Jovem é o que eu sou. É estudar, passear, pensar no futuro, ter saúde. Os meus pais também são jovens." J.F. (19 anos)

## Ser Jovem...

**É nascer, viver e morrer,  
É idealizar e poder dar frutos  
É ter esperança e desafiar os capítulos da  
novela da vida  
É saber que o amanhã existe e a vida não  
acabou  
Ser jovem é ter paciência e saber esperar  
É partilhar alegrias e tristezas,  
É amar e ser amado...  
É sonhar e construir sonhos  
É imaginação, aventura e saúde  
É viver intensa e saudavelmente  
Ser jovem é saber envelhecer!...**

- "Ser Jovem é ser grande e pequeno, é ter garra, energia, é cair e poder levantar-se, é ser livre. Ser jovem é apreciar o mais pequeno detalhe." L.A. (25 anos)

- "Irreverência, esperança, ilusão e desejo de mudança são as características mais pertinentes da Juventude. Seremos jovens enquanto as tivermos porque a juventude não é uma questão de idade cronológica mas antes de idade mental." L.P (33 anos)

- "Ser Jovem é um estado de disposição activa que se manifesta numa explosão de cor, energia, alegria e que não tem obrigatoriamente a ver com a idade cronológica." J.F.(40 anos)

- "Ser Jovem é viver a vida com entusiasmo. É ainda poder sonhar." H.P. (51 anos)

- "Ser Jovem é apanhar erva, ir ao palheiro dar comida às vacas, acordar cedo e deitar tarde, viver perto do mar e nunca ir à praia. Essa foi a minha juventude. Nunca me senti tão jovem como hoje." L.N. (66 anos)

- "Eu hoje fui à praia com os meus netos. Ajudei a colocar protector solar, comi, nadei e brinquei com eles e senti-me tão jovem... É isto, para mim, ser jovem!" T.B. (70 anos)



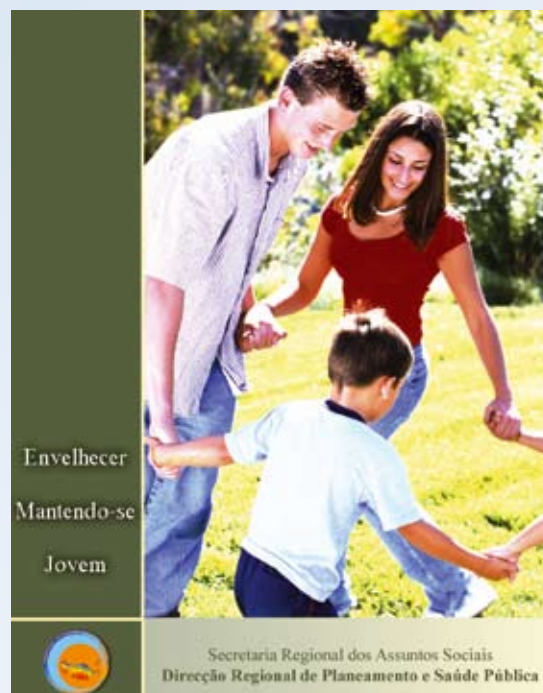
- “Ser Jovem é ter 14, 15, 16 até trinta e tal anos. É a melhor idade, mas há muitas pessoas que não têm juventude porque não sabem usá-la ou porque são infelizes. Há outras pessoas que sabem usar a juventude mesmo depois daquela idade. Eu sinto-me na juventude idosa.” L.V. (81 anos)

O conceito de **Jovem** muda muito de pessoa para pessoa, de idade para idade, do percurso de vida de cada um, das suas vivências presentes ou passadas... mas em qualquer das idades os inquiridos não deixam de “transpirar” juventude, parecendo esta mais uma questão de idade mental do que cronológica em que os sonhos permanecem e a vida pulsa.

Segundo a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) a juventude é o estado de quem é jovem e o jovem é entendido como uma pessoa nova com idades entre os 15 e 24 anos, salvaguardando, porém, a liberdade de cada país poder estabelecer a faixa etária para o jovem, de acordo com a sua realidade. Em Portugal, para aderir ao *Cartão-jovem* é necessário ter idade compreendida entre os 12 e os 25 anos. Mas para participar na SPOT, Feira Nacional da Juventude, que se realizará em Lisboa no período de 15 a 18 de Setembro deste ano e onde serão promovidos debates, concertos, informação, espectáculos e muita animação, é necessário ser jovem europeu com idade compreendida entre os 12 e os 35 anos, abrangendo uma década mais do que a definida pelo *cartão-jovem* e pela UNESCO.

Por aqui se pode constatar que a delimitação da idade do jovem não é estanque ou, então, tem tendência para vir a aumentar. De qualquer forma, a linha divisória pretende, na essência, apenas delimitar o período de vida em que o “jovem”, em formação, se encontra a viver economicamente dependente da família, ou do Estado e, por isso, é-lhe dada a oportunidade de usufruir de regalias ou benefícios que a passagem à vida activa lhe negará. Ultrapassar a idade dos 25 ou dos 35 não significa, pois, ter de desistir de ser jovem.

Se olharmos atentamente à nossa volta, talvez possamos ver, por vezes com alguma perplexidade, “jovens” na casa dos 60, 70, 80 e mesmo 90, como é o caso do nosso realizador Manuel de Oliveira que à beira dos 100 anos, se mantém profissionalmente activo, deixando-nos a todos convencidos que ele possui o elixir da “eterna” juventude. E há outros exemplos. Mick Jagger, sexagenário, que ainda há bem pouco tempo actuou no nosso país durante duas incansáveis horas; Tina Turner, com quase 68 anos, até muito recentemente encantava milhares de fãs com a sua música e dança; Sean Connery que parece possuir o segredo retratado



na máxima “quanto mais velho, melhor”, entre outros.

De facto, “envelhecer” não é necessariamente sinónimo de perda de juventude. E o melhor de tudo é que o prolongamento da juventude está muito mais ao nosso alcance do que imaginamos.

Para tal, é necessário evitar os comportamentos de risco, através da adopção de estilos de vida saudáveis. E como diz o velho aforismo *mais vale prevenir que remediar* o melhor e o mais importante é começarmos mesmo por aí. Uma alimentação equilibrada e saudável, a prática regular de actividade física, o abandono de hábitos prejudiciais à saúde da população em geral como o tabagismo e o alcoolismo contribuem, indiscutivelmente, para a redução de doenças e, consequentemente, para o aumento da longevidade.

A longevidade também aumenta através da prevenção de Acidentes Rodoviários, que ocorrem, por vezes, de uma forma absurda e irresponsável, fruto de infracções ao código de estrada ou ao efeito do álcool.

A protecção solar, sobretudo na época de muito (maior) calor é outro factor a ter em conta. A exposição solar intensa e prolongada elimina rapidamente os benefícios do sol. Para além das doenças graves que pode provocar, como os melanomas, provoca o envelhecimento e o aparecimento de manchas na pele.

Se banirmos os maus hábitos do nosso quotidiano e integrarmos nele práticas de vida “ditas” saudáveis, talvez o dia 12 de Agosto decretado pela ONU (Organização das Nações Unidas) como o Dia Internacional da Juventude nunca lhe passe despercebido e daqui a muitos anos possa pertencer, feliz e orgulhosamente, ao grupo dos que se sentem jovens aos 90 anos.

\* Técnica Superior de Ciências da Educação  
DRSP

# A família na prestação de cuidados ao idoso

• Anália Perestrelo \* / Ângela Vasconcelos\*\* / Lina Luís\*\*

Desde sempre existiram idosos. No entanto, com o passar dos anos, o seu número aumenta cada vez mais, verificando-se uma mudança importante na composição demográfica da população devido não só ao aumento do número das pessoas idosas no seu total, mas também à sua proporção relativa face aos outros grupos etários.

O aumento crescente do número de idosos, sobretudo dos mais idosos, é hoje uma realidade universal e, como tal, a Região Autónoma da Madeira não é excepção.

Lage (2005) afirma que ser idoso não é sinónimo de doença, mas pelas alterações físicas e psicológicas que sofre ao longo do tempo torna-se mais vulnerável e com limitações na realização das suas actividades de vida.

Os idosos não envelhecem todos da mesma maneira, nem ao mesmo ritmo. A velhice pode ser bem ou mal sucedida dependendo de cada um, ou seja, do seu percurso de vida.

O envelhecimento deve ser encarado como mais uma etapa da vida. Este processo é natural, individual e contínuo, iniciando-se logo à nascença, verificando-se alterações biológicas que conduzem a uma diminuição da capacidade funcional e alterações de papéis na sociedade.

A diminuição da capacidade adaptativa do idoso leva ao aumento da dependência do ambiente familiar, visto que a família é desde sempre a instituição responsável pelo apoio físico, emocional e social dos seus membros.

Assim, verificamos que o conceito de família tem vindo a alterar-se ao longo dos tempos. Pois, no passado, este englobava várias gerações (avós, pais, filhos e netos), enquanto que actualmente esse conceito abrange a família mono-parental (pais e filhos).

Apesar da evolução que a família tem sofrido ao longo dos tempos, esta desempenha um papel

importantíssimo no bem-estar do idoso e na sua manutenção na comunidade, evitando a institucionalização.

Deste modo, a sociedade espera que a família, em especial os filhos, preste um apoio nas actividades diárias do idoso.





No entanto, os familiares encontram cada vez mais dificuldades para levar a cabo o apoio aos seus idosos, especialmente em situação de dependência, de modo a compatibilizar, por um lado, a vida pessoal, familiar e profissional e, por outro lado, a suportar os encargos financeiros decorrentes do apoio que prestam. A existência de estruturas de apoio aos familiares prestadores de cuidados vai permitir uma melhor qualidade de vida do idoso bem como do seu familiar.

Deste modo, Silva et al. (1997) enumeram as principais necessidades sentidas pelos prestadores de cuidados a idosos, tais como:

- Instituições para acolher os idosos temporariamente, de forma a permitir que os prestadores informais tirem alguns dias de férias;
- Coordenação entre serviços sociais e de saúde;
- Apoio institucional prestado à noite e fins-de-semana;
- Informação e formação acerca da prestação de cuidados.

Se estas necessidades não forem satisfeitas poderão trazer consequências para a família entre as quais stresse, depressão ou mesmo levar a uma situação de exaustão, podendo mesmo conduzir à interrupção da prestação de cuidados ao idoso.

Há que ter sempre presente que o stresse inerente à prestação de cuidados varia de acordo com o tipo e gravidade de doença, factores pessoais, situa-

cionais e experiências anteriores com a doença.

A fim de minimizar os efeitos do stresse, é necessário que os familiares encontrem estratégias que os ajudem a lidar com as dificuldades: **reservar algum tempo livre para si próprio; ocupar algum tempo em actividades que aprecie; partilhar tarefas com outros membros da família; falar dos seus problemas com alguém**, nomeadamente com o enfermeiro de família. Além do apoio que poderá prestar à família, torna-se também um elo de ligação entre esta e os vários recursos da comunidade.

Assim sendo, há que ter sempre presente que **o bem-estar do idoso depende do bem-estar da família prestadora de cuidados**, logo o suporte que é fornecido à família torna-se um ponto crucial para que esta possa ter qualidade de vida e proporcionar cuidados com qualidade.

#### Bibliografia:

- Lage, I. (Janeiro 2005). *Aproximação ao seu estado de saúde. Nursing*, (195), 6-12.
- Pimentel, L. M. G. (2001). *O lugar do idoso na família: Contextos e trajectórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Reis, J. J. (Março 1996). *O envelhecimento. Geriatria*, (83), 9-14.
- Silva, A., Malta, D., Neves, M. Rodrigues, P. & Águas, R. (Outubro/Dezembro 1997). *O papel da família no idoso (I). Informar*, III (11), 9-13.

\* Enfermeira do C.S. Porto da Cruz

\*\* Enfermeiras do C.S. Santana





# Parkinson... garantindo a mobilidade com segurança!

• Ana Abreu \*/ José Castro \*\*/ Simone Gomes \*

A doença de Parkinson é uma doença crónica e degenerativa do sistema nervoso central, lentamente progressiva, afectando 1% da população acima dos 65 anos de idade. Afecta principalmente o sistema motor por morte das células produtoras de Dopamina, um produto responsável pelos movimentos finos do corpo.

Os sintomas da doença aparecem lentamente, podendo começar as vezes com um tremor, outras vezes com falta de expressão facial, diminuição do piscar, olhar fixo e movimentos lentos (Brdicinesia). A marcha fica cada vez mais difícil, com passos pequenos, arrastando os pés, com os braços encolhidos, tronco inclinado, e em casos avançados a pessoa aumenta a velocidade da marcha para não cair. Outras vezes, poderá ficar parado com enorme dificuldade para se colocar em movimento.

Sendo uma doença incapacitante afecta não somente o doente mas a família e amigos que têm de conviver com a mesma diariamente.

Para eles tudo é novo e a adaptação é uma etapa difícil, surgindo necessidades de informação de forma continua para fazer face ao dia-a-dia, à medida que a doença progride.

Cuidar dum doente com Parkinson é quase sempre desgastante e geralmente esta responsabilidade recai sobre o cuidador. Sabemos que não é fácil lidar com a doença, pois aos poucos tudo se vai alterando.

A mobilidade é uma das Actividades de Vida Diária mais comprometidas nestes utentes devido aos sintomas de tremor, rigidez articular e bradicinesia (lentidão do movimento) bem como instabilidade na postura, o que pode por em risco a segurança do mesmo, daí que seja importante a intervenção tanto no treino da mobilidade como nas medidas de segurança. Por esta razão, é necessário ajudá-lo a potenciar a sua autonomia e independência perante a sua nova situação e levar os outros com quem está em contacto a encarar



com naturalidade e inteligência aquilo que parece não ter “remédio”. Desta forma sugerimos algumas estratégias ao cuidador:

## Relativamente à mobilidade:

- Treino de marcha, andar diariamente
- Orientar o doente para: Olhar horizonte, base ampla (afastar os pés à largura dos ombros), balançar os braços e levantar bem os pés
- Evitar mudanças de direcção bruscas
- Ouvir música (reforço sensorial), ajuda a ganhar ritmo para a marcha
- Incentivar postura erecta, com as costas direitas
- Banho quente /massagem, porque ajuda no relaxamento dos músculos
- Não forçar a marcha

## Medidas de segurança

- Cama articulada com protecções laterais (grades), a fim de evitar queda
- Cadeiras de braços e não muito baixas
- À noite mantenha as luzes de presença nos locais de passagem e casa de banho
- Pisos livres de obstáculos e não escorregadios



Em suma, para as pessoas com Parkinson é muito importante participar em actividades que tragam prazer à vida. A melhoria da qualidade de vida depende não apenas dos medicamentos, mas também e muito da relação pessoal entre o doente e aqueles que o cercam, do apoio e aceitação que deles recebe. Podemos concluir que cuidar destes doentes pode ser complexo, sendo importante que o cuidador conheça estratégias facilitadoras do autocuidado de modo a que o doente não se sinta tão dependente e frustrado e tenha mais tempo para tarefas que são do seu interesse.

*Referências Bibliográficas:*

SMELTZER, Suzanne; BARE, Brenda: *Tratado de enfermagem Medico - Cirurgica*, 9ª ed. Vol 4, cap. 59, pag.1649-1655, Guanabara koogan, Rio de Janeiro, 2002,

ABREU, Dália; outros: *Intervenção de Enfermagem nas Doenças Degenerativas do Sistema Nervoso*. In: *Enfermagem em Neurologia*, 1ªed., cap.8- pag.155-159, Formasau- formação e saúde lda, Coimbra, 2001

WWW.Parkinson.pt; 11/08/06

- Evitar tapetes e mobília frágil, com esquinas
- Guardar objectos perigosos (ex. peças com arestas)
- Roupa e calçado adequados, sapatos antiderrapantes
- Duche com base antiderrapante e banco de apoio
- Corrimões de apoio
- Vigiar a acção do doente ao longo do dia
- Incentivar a andar devagar

\* Enfermeira, desempenha funções no Serviço de Oftalmologia/Neurologia/Neurocirurgia do Hospital Central Funchal,

\*\* Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, desempenha funções no Serviço de Oftalmologia/Neurologia/Neurocirurgia do Hospital Central Funchal





# doenças reumáticas



**“Tanto sofrimento a Tantos durante Tanto Tempo...”**

*Hollander*



# Doenças Reumáticas

• Alberto Quintal \*

"Tanto Sofrimento a Tantos durante Tanto Tempo..."  
Hollander

**A**s Doenças Reumáticas podem ser definidas como "doenças e alterações funcionais do sistema músculo-esquelético de causa não traumática", envolvendo esta designação um grupo de mais de cem doenças que atingem articulações, tendões, músculos, ossos e outras constituintes do Aparelho Locomotor.

O termo "Reumatismo" é usado frequentemente para caracterizar estas doenças. Esta designação não é inteiramente correcta, pois não existe apenas uma patologia mas sim múltiplas doenças reumáticas que necessitam de diagnóstico correcto, a fim de serem instituídas terapêuticas apropriadas.

No entanto, é frequente estabelecer-se confusão acerca destas denominações... o que origina muitas vezes ideias e procedimentos errados quando se contacta e acompanha doentes do Foro Reumatológico, por vezes com consequências graves em termos de mortalidade mas essencialmente de morbilidade.

Muitas destas

doenças podem ser tratadas e até curadas, contrariamente ao que é vulgar entender-se. Porém, mesmo naquelas em que tal não é possível, o controlo da doença e a prevenção das suas consequências é actualmente uma realidade face às novas terapêuticas existentes, quer médicas e ou cirúrgicas (tratamentos modificadores da evolução da doença, artroplastias, etc.). Importante é que se faça o diagnóstico o mais precocemente possível, o que implica uma modificação da atitude dos profissionais de saúde face ao doente com doença reumática, conhecendo melhor os sinais e sintomas destas patologias e, sempre que for necessário, possam referenciar, em tempo útil, o doente para consultas especializadas.

Infelizmente ainda hoje há quem considere estas doenças e os doentes que delas sofrem problemas secundários, que constituem uma fatalidade... nada mais errado e perigoso em termos de futuro, podendo ser a diferença entre uma vida produtiva e capaz ou a incapacidade motora e dolorosa.





Não é surpreendente que Hollander tenha afirmado que “nunca tantos sofreram tanto durante tanto tempo”...

Por todos os motivos apontados, é importante uma maior sensibilização dos Profissionais de Saúde, das Entidades Oficiais que gerem a problemática da Saúde, da População em geral e dos doentes em particular. A constituição de Associações de Doentes assume papel importante nos apoios que muitos necessitam, contribuindo para realçar os problemas existentes nos meios de comunicação social e políticos e ajudando, na medida do possível, a minimizar as alterações do dia-a-dia dos doentes.

Outra ideia generalizada é que as doenças reumáticas são próprias das pessoas com idade mais avançada. Se a Osteoartrose, doença degenerativa articular, e a Osteoporose, doença metabólica óssea, são de facto mais frequentes nos menos jovens e as mais prevalentes neste grupo etário, muitas outras nada têm a ver com a idade.

De facto, estas doenças podem surgir em qualquer faixa etária, incluindo crianças e adolescentes. (No Hospital Central do Funchal funciona uma consulta dedicada exclusivamente a este grupo de doentes).

A Artrite Reumatóide, doença potencialmente incapacitante e deformante se não for tratada precoce e correctamente, a Artrite Gotosa (vulgo “Gota”), a Espondilite Anquilosante, o Lupus Eritematoso Sistémico, a Fibromialgia e muitas outras são mais frequentes em indivíduos mais jovens ou na idade média da vida. As Lombalgias, as habituais “dores nas costas”, quem poderá afirmar que as desconhece...?

Outro grupo de doenças emergentes relacionadas com o exercício de determinadas profissões, nomeadamente as tendinites, bursites - as chamadas doenças reumáticas peri - articulares ou de partes moles - constituem cada vez mais causas de dor músculo - esquelética, absentismo laboral e incapacidade para o trabalho.

Em resumo, as Doenças Reumáticas constituem a causa mais frequente de doença no Homem, representam 20 – 21% das consultas em clínica geral, têm um grande impacto sobre a comunidade e em termos económicos representam uma fatia importante do produto interno bruto dos Países mais desenvolvidos. Constituem também as primeiras causas de invalidez e a nível individual e familiar podem ter um impacto devastador. Envolvem a auto-estima do doente, a sua capacidade de valorização e progressão profissionais, causando depressão, ansiedade e insegurança não só no indivíduo doente mas também na família, originando muitas vezes disfuncionamento familiar.



São exemplos a Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas, a Associação Nacional de Doentes com Artrite Reumatóide, dos Doentes com Lupus, com Artrite Idiopática de Infância, Espondilite Anquilosante, etc.

Todos não somos demais no Apoio e Auxílio destes doentes, esperando que o futuro próximo possa trazer Novas Esperanças em todos os aspectos, no âmbito das Doenças Reumáticas.

Tenhamos confiança!

*\* Chefe de Serviço de Reumatologia  
Responsável da Unidade de Reumatologia  
Hospital Central do Funchal  
SRS, EPE*

# Artrite Psoriática

• Mário F. Rodrigues \*



Fonte: "Atlas of RHEUMATOLOGY"

**E**m alguns doentes com Psoríase surge uma artropatia inflamatória que se denomina Artrite Psoriática.

Até ao século XIX a associação entre artrite e psoríase era confundida com a Lepra, e só após os trabalhos de Alibert (1850), Bazin(1860) e Bourdillon (1888) se distinguiu a Artrite Psoriática da Lepra.

Em 1973 Moll e Wright publicaram uma classificação de Artrite Psoriática, largamente usada até aos nossos dias.

A Psoríase é uma doença proliferativa inflamatória crónica da pele e anexos, de ocorrência comum, afectando de 1 a 3% da população, dos quais cerca de 20% apresentarão uma artropatia inflamatória.

A Artrite Psoriática não é sempre uma situação clínica benigna, revestindo frequentemente a forma de doença crónica progressiva, atingindo mais de 5 articulações em cerca de 40% dos casos, e podendo conduzir a graves limitações funcionais em 11% dos doentes.

Em cerca de 75% dos casos a doença cutânea surge em primeiro lugar e em 15% a Psoríase e a Artrite surgem simultaneamente. Deve notar-se que não há uma relação directa entre a gravidade/extensão da Psoríase e a Artrite. A afecção das unhas mostrou ser a única manifestação da psoríase que permite prever o aparecimento de artrite, já que 90% dos doentes com artrite a apresentam.

O padrão de envolvimento articular e a evolução da Artrite Psoriática são muito variáveis, distinguindo-se, de acordo com Moll e Wright, cinco padrões:

- 1) Oligoartrite assimétrica (envolvimento de até 3 articulações), que é a forma mais comum, afectando 70% dos doentes;
- 2) Poliartrite simétrica (envolvimento de 4 ou mais articulações), semelhante à Artrite Reumatóide, que ocorre em cerca de 15% dos doentes;
- 3) Atingimento exclusivo das articulações interfalângicas distais das mãos e pés, quase sempre com psoríase das unhas, que ocorre em cerca de 5% dos doentes e é considerada a forma típica de Artrite Psoriática;
- 4) Forma mutilante, de extrema gravidade, muito incapacitante, e que afecta cerca de 5% dos doentes;
- 5) Espondilite Anquilosante, mais frequente no sexo masculino.

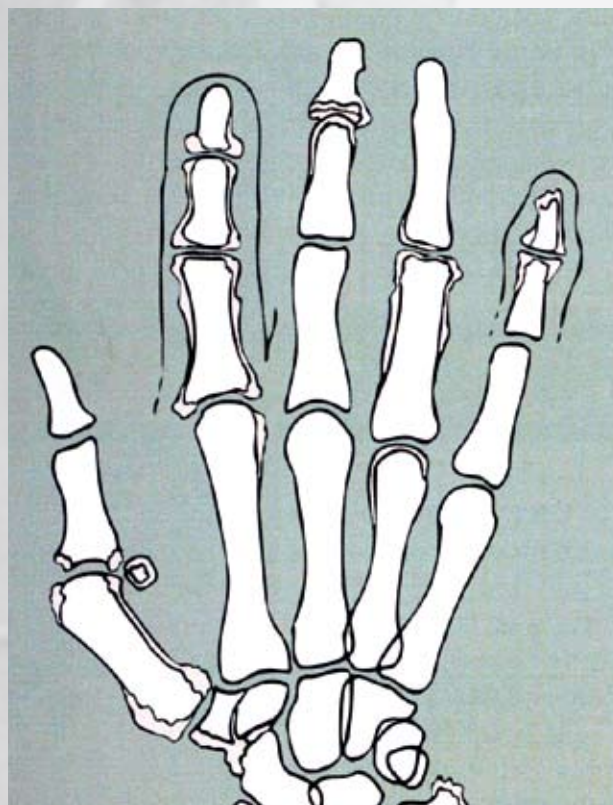
No decurso da evolução da artrite, podem verificar-se sobreposições entre os grupos acima descritos.

Os objectivos do tratamento são controlar a inflamação, travar a progressão das lesões e, consequentemente, evitar a incapacidade funcional, bem como controlar a doença cutânea, já que ambas podem induzir perturbações emocionais importantes.

É fundamental, portanto, a participação de uma equipa multidisciplinar, envolvendo o reumatologista, o dermatologista, o fisiatra, o ortopedista, o psicólogo, o fisioterapeuta, etc.

Actualmente, os anti - inflamatórios não esteróides, os analgésicos, a leflunomida e os inibidores do TNF- $\alpha$  constituem a base farmacológica do tratamento da doença articular.

\* Reumatologista. Chefe de Serviço do Hospital Central do Funchal. SRS, E.P.E.



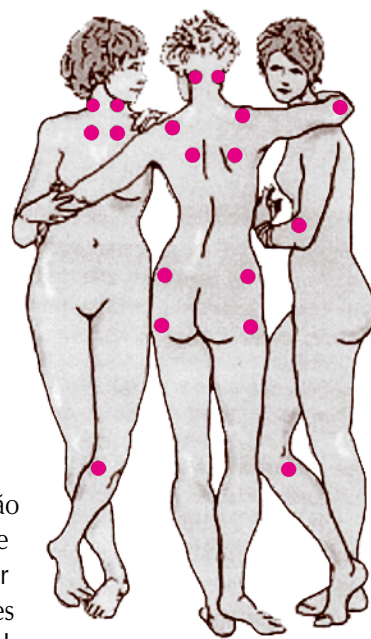
Fonte: "Atlas of RHEUMATOLOGY"



# Fibromialgia

## - Uma doença nova?

• Mário F. Rodrigues \*



Nos últimos tempos o termo Fibromialgia passou a ser usado com muita frequência, quer pelos profissionais de saúde, quer pelo público em geral, principalmente devido à criação, por personalidades de grande destaque social, de uma associação de doentes (MYOS), com a consequente grande visibilidade nos órgãos de comunicação social. Talvez por isso, a Fibromialgia seja por vezes olhada como uma situação clínica nova, que não é, e objecto de considerações de total incompreensão sobre a sua natureza.

Desde há muitos anos os reumatologistas diagnosticam e tratam a Fibromialgia.

O termo Fibromialgia foi introduzido na literatura médica em 1976, por Hensch, e posteriormente os trabalhos de Smythe, Moldofsky, Yunus e Bennett nas décadas de 70 e 80 do século XX, conduziram à elaboração dos critérios de diagnóstico do Colégio Americano de Reumatologia (1990), hoje largamente utilizados.

A Fibromialgia pode definir-se como uma entidade clínica geralmente crónica, que provoca Dor e Rigidez Músculo-Esquelética Difusa e Fadiga, de grau e duração variáveis, associadas a Pontos Dolorosos fixos e antecipadamente conhecidos.

Porém, o complexo sintomático da Fibromialgia é mais amplo do que a dor, rigidez e fadiga atrás descritos.

O Sono não Retemperador, isto é, o doente refere que acorda pior do que quando se deita, é quase sempre referido. Ou, por outras palavras, os doentes não melhoram com o repouso.

Há também um conjunto variado de sintomas, nem sempre presentes mas que, quando referidos, muitas vezes levam a que os doentes façam múltiplos exames (normais...), tais como o Cólon Irritável (diarreia/obstipação, "colite seca"), Bexiga Irritável (urinar frequentemente), Cefaleias (dores de cabeça, "enxaqueca"), Impotência funcional (dificuldade em executar tarefas habituais), Edema subjectivo (o doente sente, por exemplo, a mão "inchada" mas tal não se consegue confirmar) ou as Parestesias ("Formigueiros").

A normalidade dos exames complementares de diagnóstico perante aquelas queixas conduz a uma grande

falta de compreensão sobre a realidade da Fibromialgia, por parte dos prestadores de cuidados de saúde, médicos incluídos, e pode

gerar interpretações erradas, em especial associando-a a causas psicológicas e/ou psiquiátricas, que não sendo geralmente reais, provocam ansiedade e desânimo nos doentes, que se sentem incompreendidos e até alvo de reprovação e censura, em especial nos locais de trabalho.

Vários estudos demonstram que: a Fibromialgia não é uma doença psiquiátrica; não é necessária a existência de anomalia psicológica para o seu aparecimento (embora alguns doentes -25 a 30%- possam apresentar problemas psicológicos, em especial a depressão); e os níveis de "Stresse" diário podem ser maiores nestes doentes;

Conhecem-se também factores agravantes e moduladores da Fibromialgia, tais como o frio e as mudanças de clima.

O tratamento do doente com Fibromialgia deve ser individualizado, não existindo fórmulas genéricas que se possam aplicar a todos os doentes. Há, no entanto, alguns cuidados que podem ser aplicados tais como: informação (educação), apoio emocional (evolução geralmente crónica) e reassseguramento (compreensão da situação); melhoria do padrão de sono; terapêutica física e ocupacional; terapêutica farmacológica (analgésicos, relaxantes musculares anti-inflamatórios, ansiolíticos, anti-depressivos em baixa dose, etc.);

Seguramente a compreensão da situação, pelos profissionais de saúde, familiares e outros contactos sociais, e a manutenção de actividade física acompanhando o tratamento medicamentoso são fundamentais no tratamento da Fibromialgia.

\* Reumatologista. Chefe de Serviço do Hospital Central do Funchal. SRS, E.P.E.

# Artrite Reumatóide: da sensibilidade ao preconceito

• *Herberto Jesus* \*

## Introdução

A Artrite Reumatóide é a “patologia mãe” da Reumatologia. É uma doença articular crónica e evolutiva. A causa principal é a inflamação, a qual é desencadeada pela acção directa das células (linfócitos) e dos seus produtos. As lesões resultam de uma destruição lenta e contínua das articulações.

A detecção precoce desta patologia permite alterar o seu curso “mais negro”, permitindo uma melhor qualidade de vida.

## Factos sobre Artrite Reumatóide

Atinge cerca de 0,5-1% da população. É mais frequente no sexo feminino, no despertar da idade adulta. No Homem ocorre em qualquer grupo etário.

O seu quadro clínico caracteriza-se por poliartrite simétrica, com duração superior a 2 meses, envolvendo as articulações periféricas dos membros.

Apresenta um curso variável, ou seja, é diferente de “pessoa para pessoa”. Numa fase tardia pode atingir outros órgãos (olho, pele, pulmão, coração).

## Como é o seu início?

O episódio “típico” inicial caracteriza-se por

edema das pequenas articulações das mãos e pés, ao qual está associado a rigidez matinal superior a uma hora (dificuldade em mover as mãos).

Este quadro mantém-se constante durante 2 meses. Nesta fase torna-se importante a exclusão de outras patologias, nomeadamente as patologias infecciosas.

## Existe alguma análise que permita o diagnóstico?

O diagnóstico é essencialmente clínico e radiológico. A imagiologia revela alterações destrutivas nas articulações (erosões). No entanto, existe uma análise que possibilitará, num futuro próximo, o aperfeiçoamento da acuidade diagnóstica.

## Tenho Artrite Reumatóide há 3 meses, que devo fazer?

O diagnóstico implica um compromisso entre o médico e o doente. O curso da patologia determinará a actuação terapêutica.

A introdução de fármacos associada a um programa de reabilitação (técnicas específicas, exercício físico) permitirá assumir a integridade do “complexo clínico”. Hoje é possível controlar esta patologia através da implementação de terapêuticas “mais potentes”.

## Não tenho edemas, mas tenho dores!

Esta patologia caracteriza-se por artrite (edema, dor e calor). Por vezes o



Fonte: “Atlas of RHEUMATOLOGY”





quadro clínico está controlado (sem edemas articulares), mas o doente apresenta dores músculo-esqueléticas difusas. Neste caso as dores podem ser resultado de síndrome depressivo ou de Fibromialgia.

### **Vou ficar incapacitado para a Vida?**

A detecção precoce desta entidade permite estabelecer um “programa de vida”, o qual tem como objectivo principal a adequação a uma actividade produtiva consciente e eficaz. A compreensão da patologia e a responsabilidade em assumir um papel activo na gestão da doença evitarão a incapacidade.

### **Os novos tratamentos mudaram a Artrite Reumatóide?**

Existem tratamentos recentes efectuados de acordo com os protocolos da Sociedade Portuguesa da Reumatologia e em conformidade com o Ministério da Saúde. Estes tratamentos só são utilizados como a “última linha”, ou seja, quando todos os outros fármacos não são eficazes. Os resultados obtidos revelam uma melhoria do estado clínico. Exigem uma responsabilidade acrescida de ambos os intervenientes, o médico e o doente.

### **Os medicamentos melhoram os sintomas?**

Os fármacos melhoram os sintomas, controlando a artrite (dor, rubor e calor) e evitando a destruição das articulações e a deformação das mãos e pés.



Fonte: "Atlas of RHEUMATOLOGY"

### **Existe algum medicamento que cure esta doença?**

Neste momento existe um grande interesse no desenvolvimento de fármacos para a Artrite Reumatóide. Não há o medicamento ideal, mas hoje o que temos é muito melhor quando comparado com o dia de ontem.

### **A “Mensagem”**

A detecção precoce da Artrite Reumatóide é a principal preocupação do técnico desta área de especialização. A demora é inimiga da perfeição!

\* Reumatologista  
do Hospital Central do Funchal, SRS, E.PE.



Fonte: "Atlas of RHEUMATOLOGY"



# Artropatias

## Microcristalinas (Gota):

### “Devagar se vai ao longe”



• *Herberto Jesus* \*

#### **Introdução**

As artropatias microcristalinas são doenças resultantes da deposição de microcristais nas articulações. A mais frequente é a Gota. Esta surge no homem na 3ª a 4ª década de vida e na mulher pós-menopáusia.

Apesar de o seu curso indolente, é uma patologia crónica, evolutiva e destrutiva.

#### **O que são microcristais?**

Microcristais são partículas microscópicas que desencadeiam a activação de células, as quais são responsáveis pelo aparecimento da inflamação.

A formação exagerada de cristais de ácido úrico ocasiona a deposição “anormal” do mesmo no organismo.

#### **É uma doença articular?**

Embora atinja preferencialmente as articulações dos membros inferiores (pé e joelho) e cotovelos, pode “espalhar-se” a outras articulações e ao rim (“pedra”).

#### **“Crise de Gota”**

O episódio clássico de gota revela-se como uma “artrite previamente anunciada”: edema, dor e calor do 1º dedo do pé. Resolve em três dias e pode ressurgir 1 ano após o primeiro episódio, na mesma ou noutras articulações.

O aumento progressivo do número de crises intercalado com períodos assintomáticos é o “cartão de visita” da Gota.

#### **Tenho ácido úrico no sangue, tenho Gota?**

A gota caracteriza-se por aumento do ácido úrico no sangue, o qual num determinado contexto promove o aparecimento da “crise”.

Mas, não é obrigatório haver esse aumento sanguíneo, pois existe Gota com ácido úrico normal no sangue.

Não esquecer que o ácido úrico deposita-se nas articulações e quando essa deposição está aumentada, ele diminui no sangue.

**Não se tratam “valores do sangue”, mas sim doenças.**

#### **Tenho Gota no rim?**

A ausência de tratamento contínuo ocasiona a deposição crónica de cristais no rim, o que em última instância resulta em insuficiência renal e em formação de “pedra no rim”.

#### **Porque tenho Gota?**

A gota surge num determinado contexto sócio-fisiológico: abuso de bebidas alcoólicas, aumento de colesterol, dietas ricas em purinas (carne, marisco) e “tendência” para a Diabetes Mellitus.

Estes factores promovem a produção de ácido úrico, motivando a inflamação nas articulações e assim facilitam o aparecimento e a perpetuação desta entidade.

#### **Se reduzir os factores de risco curo a minha doença?**

A eliminação do consumo de bebidas alcoólicas, a redução do consumo de gordura e de açúcar e a diminuição do consumo de carnes ricas em purinas reduz de forma substancial o número de crises. Por vezes é necessário a utilização de fármacos por períodos variáveis.

#### **Tenho de tomar sempre os comprimidos?**

Embora a Gota seja uma doença “ocasional”, ela está sempre presente no organismo, por isso é necessário tomar os comprimidos, mesmo nos períodos assintomáticos.



Fonte: "Atlas of RHEUMATOLOGY"



Fonte: "Atlas of RHEUMATOLOGY"

### **A Gestão da Gota**

A gota é uma doença crónica e relacionada com "comportamentos sócio-fisiológicos".

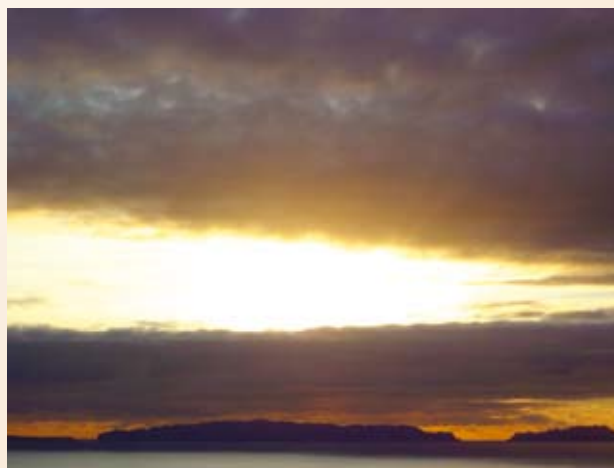
É uma entidade cuja gestão depende do próprio interessado.

Se houver uma promoção de estilos de vida saudáveis e uma adequação de comportamentos em ambiente social, posso afirmar que a doença diminui de actividade.

**A Gota está nas suas mãos, ou melhor, está na forma de como vê e vive o mundo.**

**Está na forma de como cuida do seu templo.**

*\* Reumatologista  
do Hospital Central do Funchal, SRS, E.P.E.*



Fonte: "Atlas of RHEUMATOLOGY"



# Doenças Reumáticas da Infância e Adolescência

• Ricardo Ornelas Figueira \*

**A**o contrário do que grande parte da população pensa, as doenças reumáticas não são doenças exclusivas dos idosos. Na verdade, em todo o mundo cerca de uma em cada 1000 crianças sofre de doença reumática.

Existem numerosas doenças reumáticas que ocorrem nas crianças e jovens, sendo as “**Artrites Idiopáticas Juvenis**” (AIJ) o conjunto mais comum das doenças reumáticas.

**Artrite Idiopática Juvenil** define-se como a artrite antes dos 16 anos, com uma evolução mínima de 6 semanas, após a exclusão de outros diagnósticos.

ARTRITE	Inflamação da articulação
IDIOPÁTICA	Causa desconhecida
JUVENIL	Iniciada antes dos 16 anos

Tabela 1

Existem três formas principais de Artrite Idiopática Juvenil:

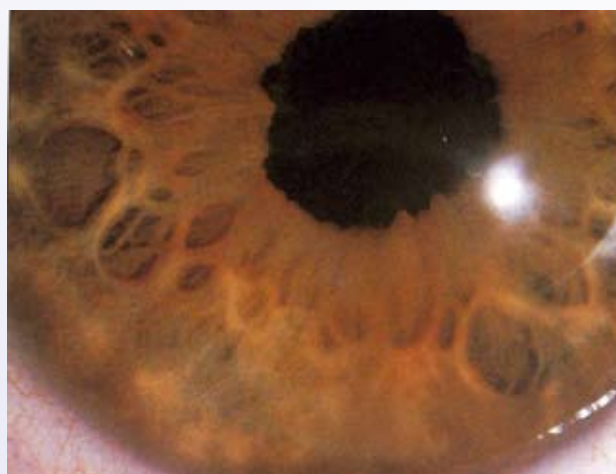
- **Forma sistémica** - Envolve todo o organismo, incluindo os órgãos internos. Manifesta-se por febre alta, manchas na pele, falta de apetite, emagrecimento, perturbação do estado geral da criança. No início da doença pode não haver envolvimento das articulações.

- **Forma poliarticular** – Existe artrite de 5 ou mais articulações desde o início da doença (primeiros 6 meses).

- **Forma oligoarticular** – Existe artrite de até 4 articulações desde o início da doença.

Na maioria dos casos não são conhecidas as causas que originam o aparecimento da doença e embora pareça haver alguma predisposição familiar não é frequente a doença surgir em irmãos.

O diagnóstico é muitas vezes um enorme desafio e só um elevado grau de alerta dos pais pode permitir ao médico a identificação da doença nas suas fases iniciais.



Fonte: "Atlas of RHEUMATOLOGY"

Envolvimento ocular na artrite infantil.

Alguns aspectos atrasam frequentemente o recurso à consulta médica:

**1-** Um joelho inchado, quente e doloroso é muitas vezes atribuído a mais uma queda ou outra forma de traumatismo, não levando os pais de imediato ao reumatologista.

**2 -** A dor é entendida pela criança como algo que a impede de acompanhar as pessoas de quem mais gosta e que a incapacita para as suas brincadeiras. Pode dar origem a uma reacção de apatia, regressão no processo de desenvolvimento e nunca referir o sintoma: a dor.

**3 -** As manifestações articulares podem não estar presentes nos primeiros meses da doença.

Para o diagnóstico, o reumatologista precisará conhecer em pormenor a história da doença e realizar uma observação pormenorizada da criança. Além de análises de sangue e urina poderá ser necessário retirar um pequeno fragmento de membrana sinovial (membrana que reveste as articulações e produz o líquido sinovial) e mesmo assim, por vezes, só após alguns meses de observação da evolução da doença é que se torna possível confirmar o diagnóstico.

Estas crianças precisam de acompanhamento por uma equipa multidisciplinar que envolve médicos e técnicos de saúde de várias áreas. Quer para avaliar a



actividade da doença, quer para controlar os efeitos dos vários medicamentos usados no tratamento é necessário realizar frequentemente radiografias e análises de sangue e urina. Todas estas crianças devem ser observadas por um médico oftalmologista imediatamente a seguir ao diagnóstico e, daí em diante, a intervalos diferentes consoante as características e a evolução da doença. As formas oligoarticulares associadas a uma determinada análise de sangue positiva (ANA +) têm mais frequentemente inflamação dos olhos (uveíte ou irite), a qual pode ser assintomática. A ausência de tratamento pode diminuir a visão.

**Todas as crianças com doença reumática crónica estão em risco, não somente pelas terapêuticas prolongadas a que estão sujeitas, mas também pelas dificuldades físicas, sociais, educacionais e emocionais que as afectam.**

O tratamento inclui vários medicamentos desde os anti-inflamatórios não esteróides, o paracetamol, os corticosteróides, em comprimidos ou administrados localmente nas articulações atingidas, até medicamentos mais potentes que diminuem o sistema imunitário (de defesa) do nosso organismo. As técnicas de Medicina Física e Reabilitação e o uso de talas evitam a deformação das articulações.

Aspectos como os cuidados com a alimentação, a postura e o posicionamento das articulações atingidas, os períodos de repouso e a actividade física constituem obrigações que devem ser partilhadas entre o médico reumatologista e o núcleo familiar.

A evolução da AIJ é muito variável mas com o tratamento atempado e adequado, a maioria das crianças passa grande parte da sua vida sem queixas articulares e leva uma vida sem limitações. De facto, cerca de metade destas crianças chegam à idade adulta sem limitações significativas ou mesmo “curadas”.

Uma doença crónica interfere na vida diária da criança nos aspectos físico, psicológico e social, mas os seus pais e toda a estrutura familiar, ambições e projectos são também profundamente afectados. Assim, em complemento de todas as atitudes terapêuticas acima enunciadas é indispensável o apoio emocional à criança e a toda a família.

**O objectivo de quem trata crianças com doenças crónicas é evitar interferências no seu desenvolvimento normal e ajudá-las a atingir a idade adulta na plenitude das suas potencialidades.**

*\* Interno Complementar de Reumatologia HCF, SRS, E.P.E.*



Fonte: "Atlas of RHEUMATOLOGY"



Fonte: "Atlas of RHEUMATOLOGY"

# Exercício Físico e Doenças Reumáticas

• Ricardo Ornelas Figueira \*

São bem conhecidos os efeitos benéficos do exercício físico regular na prevenção das doenças cardíacas, na diabetes mellitus, na hipertensão arterial e na hipercolesterolemia. A actividade física ajuda a controlar o peso, diminui os sintomas de ansiedade e depressão e contribui para a saúde dos ossos, músculos e articulações, favorecendo a saúde e o bem-estar.

As pessoas fisicamente activas recorrem menos a consultas médicas, necessitam menos de ser hospitalizadas e vivem mais tempo, mas...**Será que os doentes com doenças reumáticas também podem praticar exercício físico?**

**- Sim. Para o doente com doença reumática um programa de exercício apropriado é extremamente importante.**

As doenças reumáticas são um conjunto de centenas de patologias que incluem as doenças de origem não traumática, inflamatórias, degenerativas da coluna vertebral e das articulações periféricas, do tecido conjuntivo (estrutura de suporte do corpo e órgãos internos) e dos vasos, as doenças metabólicas articulares e ósseas e as alterações dos tecidos moles peri-articulares. São exemplos de doenças reumáticas a osteoartrose, a gota, a artrite reumatóide, a espondilite anquilosante, o lúpus eritematoso sistémico, a esclerodermia e a fibromialgia.





Este grupo de doenças é o principal motivo de consulta médica e uma das principais causas de absentismo laboral e reforma antecipada na nossa população.

Na doença reumática, a artrite (inflamação da articulação) é uma das principais causas de limitação da actividade física. A dor, a rigidez, a fadiga e o medo de piorar fazem com que o doente rejeite o exercício e escolha a inactividade, entrando num ciclo vicioso que agrava a doença e dificulta a melhoria.

Integrado no tratamento, o exercício físico diminui a dor e a rigidez das articulações, melhora a flexibilidade, a força muscular e contribui para a manutenção de um peso correcto.

### Que tipo de exercício é útil e seguro para o doente com doença reumática?

O exercício depende da doença reumática, das articulações atingidas, do grau de inflamação e da estabilidade das mesmas e por isso, antes de iniciar qualquer plano, o doente deve sempre aconselhar-se com o seu médico.

Nas fases iniciais de um programa de exercício físico é indispensável o acompanhamento por um técnico (fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional) e a partir desta fase a frequência e a manutenção da actividade dependem da resposta ao plano de exercício instituído. A presença de cansaço persistente, diminuição da força muscular, aumento da rigidez, edema e dor nas articulações, que dura mais de uma hora após o exercício, obriga a uma revisão do plano e reavaliação pelo médico assistente.

O programa de exercícios deve ser simples e de baixa intensidade, favorecendo os exercícios que possam ser realizados pelos doentes nas suas próprias casas.

De um modo geral, os exercícios de alongamento, que visam reduzir a rigidez e manter a amplitude dos movimentos das articulações, os **exercícios de fortalecimento muscular**, que ajudam a manter o tónus e o papel protector dos músculos sobre as articulações, e o **exercício aeróbio** (marcha,

hidroginástica, bicicleta ou passadeira) que contribui para a saúde do aparelho cardiovascular e controlo do peso são os três tipos de exercício mais indicados.

Os exercícios de alongamento podem ser realizados diariamente, mesmo durante os períodos de agudização da doença. Já os exercícios de fortalecimento muscular devem ser realizados utilizando baixo peso e apenas em dias alternados para permitir o repouso das articulações. O exercício aeróbio deve ser praticado pelo menos três vezes por semana durante 20 a 30 minutos consecutivos ou repartidos por períodos de 10 minutos.

Na tabela 1 apresentam-se algumas recomendações para a prática de exercício físico por doentes reumáticos.

- 1 Discuta sempre o plano de exercícios com o seu médico.
- 2 Efectue os exercícios com o acompanhamento de um fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional.
- 3 Antes de começar os exercícios faça sempre um bom aquecimento.
- 4 Poderá estar recomendada a aplicação de calor nas articulações antes de cada sessão de exercícios.
- 5 Inicie os exercícios de fortalecimento muscular com muito baixo peso.
- 6 O aumento de peso deve ser gradual e muito lento.
- 7 Poderá aplicar gelo sobre as articulações após o exercício.
- 8 Não se esqueça do exercício aeróbio.
- 9 Diminua a intensidade e consulte o seu médico se houver agravamento da sua doença.
- 10 Escolha o plano de exercícios que mais lhe agrada e torne-o parte do seu dia-a-dia.

**Para o doente com doença reumática, a actividade física, tal como os medicamentos e os períodos de repouso ao longo do dia, deve fazer parte do tratamento e por isso deve ser praticada regularmente e sob a orientação do seu médico.**

“Os que não encontram tempo para o exercício terão de encontrar tempo para as doenças.”- Edward Derby.

\* Interno Complementar de Reumatologia HCF, SRS, E.P.E.



# TOXI-INFECÇÕES ALIMENTARES

• Carmo Faria \*

O conceito de segurança alimentar é amplo e abrangente. Uma família está segura do ponto de vista alimentar quando todos os seus membros têm acesso adequado em quantidade e qualidade, em higiene e em questões culturais aos alimentos necessários para uma vida saudável e não estão em risco de perder esse acesso.

Para a maior parte dos consumidores os problemas de segurança alimentar apenas se colocam quando são atingidos por uma qualquer toxi-infecção alimentar. Estas ocorrem mais frequentemente em épocas estivais, devido sobretudo a práticas inadequadas de manipulação de alimentos e utilização incorrecta do frio.

## Doenças transmitidas por alimentos

As doenças transmitidas por alimentos são, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), doenças de natureza infecciosa ou tóxica causadas (ou supostamente causada) pelo consumo de alimentos ou água. Muitas destas doenças têm sintomas comuns como diarreias, dores abdominais, vómitos e desidratação.

Na origem destas doenças estão envolvidos diversos agentes como:

Agentes biológicos – bactérias, vírus e parasitas.

Agentes químicos – produtos de limpeza e desinfetante, metais pesados, pesticidas e fertilizantes.

Agentes físicos – devido à presença de um pedaço de palha de aço, madeira, vidro, cabelo ou insecto.

O risco de acontecer uma toxi-infecção alimentar depende de vários factores: o agente tóxico que provoca a doença, a quantidade desse agente tóxico e a susceptibilidade do consumidor, pois determinados grupos populacionais como as crianças, as grávidas, os idosos, os portadores de doenças crónicas (cancro, diabetes, HIV...) são grupos em que o risco é mais elevado.

Na base da prevenção destas toxi-infecções alimentares está o reconhecimento dos principais factores que estão na sua origem e a mudança de hábitos na manipulação de alimentos e da água.

Assim, os principais factores que estão na origem destas patologias são:

- Utilização de ingredientes contaminados em refeições preparadas incorrectamente;
- Tratamento térmico defeituoso ou arrefecimento inadequado dos alimentos;
- Preparação das refeições com uma antecedência excessiva;
- Emprego incorrecto de restos de comida;
- Contaminação por pessoas infectadas;
- Transferência da contaminação a partir de alimentos crus ou de superfícies e/ou equipamentos contaminados.

Desta forma, propomos um conjunto simples de regras que pode contribuir para minorar o risco de contrair doenças de origem alimentar:

## Limpar

- Lavar as mãos, utensílios e superfícies com água quente e detergente antes e depois da preparação de alimentos, especialmente depois de preparar carnes, ovos e peixe.

- Os vegetais devem ser bem lavados em água corrente antes de serem consumidos.

- Nenhum utensílio de cozinha, tábua de corte ou de limpeza, deve ter componentes de madeira ou outros materiais porosos.

## Separar

- Manter a carne, aves, ovos e peixe ou marisco crus, e os respectivos sucos, longe dos alimentos prontos a comer.

- Nunca pôr alimentos cozinhados em pratos previamente utilizados para carne, aves, ovos, peixe e mariscos crus.

- Colocar no frigorífico os alimentos cozinhados nas prateleiras superiores e os crus nas inferiores para que os seus sucos não derramem sobre os já cozinhados, ambos devidamente embalados.

## Cozinhar

- Cozinhar os alimentos de modo a garantir que no seu interior se alcance uma temperatura de 75°C. Uma vez que em casa não é frequente a existência de termómetros que permitam medir a temperatura no interior

dos alimentos, considere os seguintes princípios: as carnes de animais de capoeira, porco e picada devem ser comidas sempre bem passadas; as restantes podem ser comidas bem ou mediamente passadas, mas nunca cruas; os ovos devem ser cozinhados até que as claras e as gemas estejam duras. Quando o molho de um assado não se encontra claro (se está sanguinolento ou rosado) é uma indicação de que não se atingiu a temperatura de 75°C no seu interior.

- Aquecer os alimentos que tenham sido previamente preparados até à emissão de vapores ou à ebulição, consoante o caso. Na prática é submeter os molhos, os caldos e as sopas à fervura.

### Conservar/ refrigerar

- A maioria das bactérias cresce bem entre 5 e os 60°C. Como tal, não se deve deixar os alimentos perecíveis, os alimentos prontos a comer ou os restos de comida, à temperatura ambiente por períodos superiores a duas horas (nos dias quentes não ultrapassar uma hora). Como alternativas para conservação tem a refrigeração (a temperaturas inferiores a 4°C) e a congelação ou, no caso dos pratos prontos a comer, a manutenção dos alimentos a temperaturas superior a 65°C.

- Proteger os alimentos de insectos, roedores e animais domésticos.

- Para descongelar alimentos faça-o no frigorífico ou no microondas e nunca à temperatura ambiente.

### **Os bufetes**

O problema dos bufetes para festas (casamentos, baptizados) é que estão reunidas as condições óptimas para que hajam bactérias patogénicas e que elas se multipliquem. São vários os relatos de festas em vários países do mundo em que dezenas de convidados são vítimas de infecções ou intoxicações alimentares.

Nos bufetes há tendência para servir vários alimentos não cozinhados ou mal cozinhados, como maioneses, ovos moles, sobremesas com natas, rosbife, mariscos, etc.

É frequente a comida ser preparada com uma grande antecedência para garantir que tudo está pronto a tempo e exposta na mesa à medida que vai ficando pronta, muitas vezes a descoberto, estando sujeita à contaminação do ambiente. Habitualmente, estas festas realizam-se em alturas quentes do ano ou em locais aquecidos, nos quais as bactérias têm a temperatura ideal e o tempo suficiente para se poderem multiplicar.

Outro factor como a utilização dos mesmos talheres para servir diferentes pratos, por ex. os talheres de uma salada, que naturalmente não foi cozinhada, para servir um prato de carne, transmitindo desta forma bactérias da salada para a carne.



Assim sendo, tente minimizar o risco de uma toxinfecção alimentar em bufetes através de alguns cuidados, tais como:

- Evite carnes mal passadas, pratos com ovos;
- Caso os alimentos tenham que ficar expostos muito tempo, garanta que estão refrigerados abaixo dos 4°C ou, no caso de serem servidos quentes, mantidos a temperaturas superiores a 65°C;
- Garanta que existem talheres para servir cada um dos pratos;
- Mantenha a comida coberta até ao momento de ser servida.

E ... Bom apetite !!

*\* Nutricionista da Direcção Regional de Planeamento e Saúde Pública*



# Manuais de alimentação

• Carmo Faria / Ricardo Oliveira / Teresa Esmeraldo / Teresa São Marcos \*

**A**pós a elaboração dos manuais de alimentação saudável com recomendações para os mais novos, a Direcção Regional de Planeamento e Saúde Pública edita outros dois manuais, desta feita com maior interesse para as futuras mães. Lembramos que os quatro manuais já divulgados nos anos anteriores, cujos títulos: “A Aventura dos Alimentos” – 1 aos 5 anos e 6 aos 9 anos e “Comer...com saber” – 10 aos 13 anos e 14 aos 18 anos podem ser requisitados através da Direcção de Serviços de Promoção e Educação para a Saúde.

Na sequência do nosso trabalho, integrado nas estratégias do Plano Regional de Saúde de 2004 a 2010, a elaboração de um manual de alimentação saudável ganhou assim mais dois capítulos. Um primeiro dedicado às grávidas e aleitantes e um segundo subordinado à alimentação durante o primeiro ano de vida com os seguintes títulos: “Comer com saber... na gravidez e aleitamento” e “Comer com saber... no primeiro ano de vida”.

A selecção da informação, face ao excesso que existe sobre esta matéria, levou a que o nosso grupo de trabalho privilegiasse o essencial, através de um texto de fácil leitura e de carácter prático. As orientações dadas procuram dar resposta às situações mais frequentes que podem surgir na alimentação da grávida, aleitante e do bebé, mas também conciliar esta informação entre os profissionais de saúde.

É nosso desejo que os manuais sejam um instrumento de apoio, dando seguimento ao aconselhamento dado pelos profissionais de saúde ou servir para a orientação e formação das futuras mães.

No manual sobre alimentação durante a gravidez e o aleitamento, além das recomendações sobre a escolha dos alimentos ao longo dos vários trimestres, são também realçados aspectos relacionados com a evolução do peso da grávida, os cuidados alimentares nas complicações mais frequentes e ainda os aspectos relacionados com a amamentação.

Saber comer merece toda a nossa atenção para começar bem a vida. A escolha dos alimentos durante este período marcado pelo cuidado redobrado, na qualidade mais do que pela quantidade, é uma garantia de saúde da mãe e do bebé. Não se trata de apenas aumentar o aporte energético da grávida com uma escolha aleatória de alimentos, mas sim equili-

brar correctamente os nutrientes de acordo com o acréscimo das necessidades nutricionais durante a gestação. Mais do que nunca, os estudos têm demonstrado que a satisfação das necessidades em função do desenvolvimento e crescimento harmonioso do bebé durante o período de gestação constituem uma mais valia na prevenção da doença. A importância que a alimentação tem na gravidez e aleitamento é demasiada para ser negligenciada e por esta razão a Direcção Regional de Planeamento e Saúde Pública lança este manual com o objectivo de apoiar e motivar as futuras mães na promoção de uma alimentação saudável antes, durante e após a gravidez.

O manual sobre alimentação no primeiro ano de vida destaca os benefícios do aleitamento materno e os aspectos práticos a considerar na diversificação alimentar, tais como, a introdução dos vários grupos de alimentos e a sua planificação em refeições.

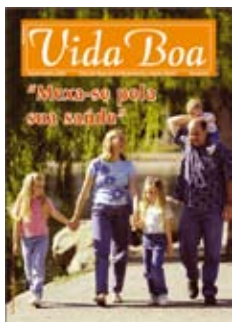
O leite materno é o alimento ideal para o bebé humano, não só nesta fase de transição da vida uterina para o meio exterior, como também é um garante das suas necessidades nutricionais até ao início da diversificação alimentar.

É tarefa dos pais proporcionar uma alimentação capaz de assegurar o normal crescimento e desenvolvimento da criança e, simultaneamente, oferecer alimentos com diferentes paladares e texturas, de modo a criar desde cedo hábitos alimentares saudáveis.

De facto, as preferências alimentares condicionam desde que nascemos a nossa escolha. O bebé sabe distinguir o doce, o salgado, o ácido e o amargo. Neste caso podemos afirmar que os gostos são inatos. A maneira como aprendemos a gostar de um alimento depende seguramente da diversificação alimentar no primeiro ano de vida e da forma como é gerida a relação entre pais e filhos. Na realidade o dar de comer não se limita apenas ao valor nutricional, mas estende-se também ao afecto que nutre esta relação. Sendo assim, além dos conhecimentos que os pais tenham sobre o valor nutricional dos alimentos, as refeições terão que se fazer num contexto familiar positivo.

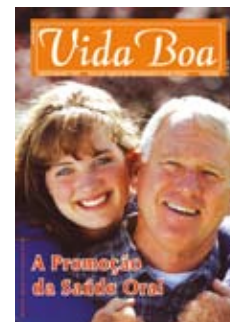
\* Nutricionistas





## REVISTA VIDA BOA

### Revista de Promoção e Educação para a Saúde



## INDICAÇÕES AOS AUTORES

A Revista VIDA BOA está aberta a toda a colaboração aceitando artigos cuja **temática** esteja relacionada com a **Promoção e Educação para a Saúde**. Neste sentido, serão aceites artigos originais que obedeçam às regras abaixo descritas.

### 1 - Regras Gerais

- A selecção e oportunidade de publicação são da exclusiva responsabilidade da Direcção da Revista Vida Boa;
- Podem ser efectuadas revisões dos artigos, pela Direcção, que beneficiem a sua clareza e compreensão, sem lhes alterar o significado;
- A Direcção da Revista poderá propor modificações, aos autores, nomeadamente ao nível do tamanho dos artigos e clarificação de linguagem utilizada para melhor compreensão por parte dos leitores;
- O conteúdo dos artigos é da exclusiva responsabilidade do(s) autor(es);
- A identificação do(s) autor(es) é realizada com nome, título profissional, instituição e serviço onde desempenha funções, telefone e e-mail para eventual contacto;
- Pela publicação do artigo o(s) autor(es) receberão uma declaração e um exemplar da Revista.

### 3 - Ilustrações

- O texto deverá ser acompanhado de pelo menos 1 fotografia/imagem para ilustração;
- As fotografias/imagens deverão ter boa qualidade de imagem (300 dpis) e ser **enviadas separadamente do corpo do texto**;
- Deverão ser utilizadas, de preferência, fotografias/imagens originais. Caso contrário dever-se-á indicar a fonte;
- As fotografias de pessoas e Instituições são da responsabilidade do autor do artigo;
- No caso de fotografias/imagens/quadros/gráficos/figuras/tabelas que são para serem colocadas ao longo do texto, os autores deverão enviar anotações claras sobre as ilustrações e o respectivo enquadramento no texto.

### 4 - Referências Bibliográficas

Seguir as indicações da Norma Portuguesa, NP 405-1.

### 2 - Apresentação – extensão e formato texto


- O texto deverá ter uma extensão de 5000 caracteres (excluindo espaços);
- O texto deve ser enviado em formato Word, em folhas A4, a 1,5 espaços, tipo de letra Times New Roman, tamanho 12;
- O texto, para além de impresso, deve fazer-se acompanhar de disquete ou CD;
- O suporte informático deverá estar rotulado com o nome do(s) autor(es) e nome do ficheiro;
- O autor deverá também assinalar partes do texto para eventuais destaques.

### **Os originais devem ser enviados para:**

*Direcção Regional de Planeamento e Saúde Pública - Educação para a Saúde.*  
A/C Enfermeira Susana Bazenga

*Rua das Pretas, nº 1 - 2º andar*  
*9004- 515 Funchal*  
*Madeira*

*e-mail:*  
*edu.saude@drsp.sras.gov-madeira.pt*



**Cómer com saber...**  
**na gravidez e no aleitamento**



**Cómer com saber...**  
**no primeiro ano de vida**



Região Autónoma da Madeira  
**Secretaria Regional dos Assuntos Sociais**