

*saúde  
infantil*

A B R I L 1 9 9 8

O logotipo

Readmissões não-previstas  
no Serviço de Urgência

Febre em lactentes

Distúrbios mentais maternos  
do pós-parto

Exames radiológicos em Pediatria

Obstipação: abordagem dietética

Primeira consulta de desenvolvimento

A ferro e fogo

Esofagite cáustica

Texto de apoio — Revisões — Informações

*Hospital Pediátrico de Coimbra*

neste  
número

saúde  
infantil

**DIRECTOR**

Luís Lemos

**EDITOR**

Luís Januário

**REDACÇÃO**

Manuel Salgado, Boavida Fernandes

**CONSELHO DE LEITURA**

Os profissionais do quadro técnico  
do Hospital Pediátrico

e

**Neonatologia**

Conceição Ramos, Gabriela Mimos,  
Mário Branco

António Marques - enf., Crisitra Galdeira - enf.

**Clínica Geral**

Maria José Hespárrua

**Dermatologia**

Ana Moreno

**Estatística e Métodos**

Pedro Ferreira

**Propriedade:**

Associação de Saúde Infantil de Coimbra

**Secretariado**

Sandra Fonseca

ASIC — Hospital Pediátrico de Coimbra  
3000 Coimbra

FAX: (039) 484464 - Telefone (039) 480335 ou 484464

**Assinaturas 1998**

ANUAL	2 750\$00
Sócios da ASIC	2 200\$00
Estrangeiro	3 500\$00
PALOPs	3 000\$00
NÚMERO AVULSO	1 300\$00

Tiragem: 1300 exemplares

**Concepção Gráfica e Paginação Electrónica:**

REM, Ideias e Comunicação, Lda  
Rua Afrânio Peixoto, n.º 70, r/c — 3030 COIMBRA  
Telef./Fax: (039) 70 33 32

**Montagem e impressão:**

Nuprint, Artes Gráficas S.A.

Depósito Legal n.º 242/82



Impresso em papel reciclado

**EDITORIAL**

O LOGOTIPO .....	3
H. Carmona da Mota	
READMISSÕES NÃO-PREVISTAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA ..	5
Luís Lemos	
FEBRE SEM FOCO EM LACTENTES COM IDADE	
ENTRE 28 DIAS E 3 MESES .....	19
Lucília Martins, Luísa Mendes	
DISTÚRBIOS MENTAIS MATERNS DO PÓS-PARTO .....	29
Olga Cordeiro, Teresa Sintra	
EXAMES RADIOLÓGICOS EM PEDIATRIA	
ESTUDO CASUÍSTICO DO SERVIÇO DE RADIOLOGIA .....	43
Maria da Luz Caetano, Carlos Alberto Ferrão	
OBSTIPAÇÃO NA CRIANÇA: ABORDAGEM DIETÉTICA .....	55
Paula Garcia, Manuel Salgado	
A CIÊNCIA MÉDICA HÁ CEM ANOS .....	66
PRIMEIRA CONSULTA DE DESENVOLVIMENTO - CASUÍSTICA	
Margarida Azevedo, Susana Nogueira, Helena Porfírio,	
Guiomar Oliveira, Boavida Fernandes	
A FERRO E FOGO .....	79
H. Carmona da Mota	
<b>TEXTOS DE APOIO DA CONSULTA DE PEDIATRIA GERAL</b>	
<b>AVALIAÇÃO DO PERÍMETRO CRANIANO E DA</b>	
<b>FONTANELA ANTERIOR .....</b>	<b>84</b>
<b>CASO CLÍNICO</b>	
<b>ESOFAGITE CÁUSTICA DE DIAGNÓSTICO TARDIO .....</b>	<b>85</b>
Alexandra Cabral, Manuel Salgado, Graça Ramalheiro,	
Isabel Gonçalves, Nicolau da Fonseca	
<b>CARTA AO EDITOR .....</b>	<b>91</b>
<b>REVISÕES BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>93</b>
<b>INFORMAÇÕES .....</b>	<b>95</b>

# Normas de publicação

1. A revista "Saúde Infantil" destina-se a todos os profissionais de saúde que tenham a seu cargo a prestação de cuidados básicos de saúde à criança. Os artigos a publicar (originais, revisões de conjunto, casos clínicos) deverão, portanto, debater problemas de interesse eminentemente prático, cujo objectivo seja a promoção da qualidade dos serviços a prestar.
  2. As opiniões expressas nos artigos são da completa e exclusiva responsabilidade dos autores.
  3. Os manuscritos devem ser submetidos ao Editor da revista, Luís Januário, Revista Saúde Infantil — Hospital Pediátrico — 3000 COIMBRA. Os trabalhos propostos serão submetidos à Redacção da Revista, que poderá aceitá-los, solicitar correcções ou rejeitá-los.
  4. Os direitos de autor serão transferidos através da seguinte declaração escrita que deve acompanhar o manuscrito e ser assinada por todos os autores: «Os autores abaixo assinados transferem os direitos de autor do manuscrito (título do artigo) para a Revista Saúde Infantil, na eventualidade deste ser publicado. Os abaixo assinados garantem que o artigo é original e não foi previamente publicado.» Situações excepcionais de textos não originais poderão ser apreciadas.
  5. Serão oferecidas 10 separatas ao primeiro autor de cada artigo, **desde que previamente solicitadas**.
  6. Preparação dos originais:
    - A. A revista agradece que, sempre que possível, os trabalhos sejam executados em computador. (Por questões de compatibilidade recomenda-se, no caso do PC, o uso do programa Word for Windows ou qualquer outro processador de texto que permita a gravação do documento com extensão MCW — Word for Mac e, no caso do Macintosh, o uso do Word em qualquer das suas versões. De notar contudo que o Word 6 é já inteiramente compatível com os dois sistemas operativos, pelo que a sua utilização é recomendada). Neste caso solicitamos aos autores o envio da disquete, que lhes será devolvida logo que o texto seja transcrito.
    - B. Caso os artigos sejam dactilografados, pede-se que os sejam a duas entrelinhas com pelo menos 2,5 cm de margem. A página de título, os resumos em português e em inglês, os nomes dos autores e as instituições onde trabalham devem ser dactilografados em páginas separadas.
    - C. O número de autores deve ser restrito aos que verdadeiramente participaram na concepção, execução e escrita do manuscrito.
    - D. Página do título: deve conter o título do artigo (conciso e informativo), os apelidos e nomes dos autores e respectivo grau profissional ou académico, o nome da instituição donde provém o trabalho, o nome e morada do autor responsável pela correspondência acerca do manuscrito, o nome da entidade que eventualmente subsidiou o trabalho.
    - E. Resumos: não devem exceder 150 palavras. Incluem: objectivos do trabalho, observações fundamentais, resultados mais importantes (sempre que possível com significado estatístico) e principais conclusões. Realçar aspectos originais relevantes. Indicar as palavras-chave do artigo (até cinco palavras).
    - F. Texto: os artigos devem ser divididos em 4 secções:
      - a) Introdução (definição dos objectivos do trabalho).
      - b) Métodos (critérios de selecção dos casos, identificação das técnicas utilizadas, sempre que possível com referência bibliográfica).
      - c) Resultados (apresentados na sequência lógica do texto, das figuras e dos quadros).
      - d) Discussão e conclusões (implicações e limitações dos resultados, sua importância). As conclusões devem estar relacionadas com os objectivos enunciados inicialmente. Não usar ilustrações supérfuas ou repetir no texto dados dos quadros.
    - G. Bibliografia (deverá ser mencionada por ordem de entrada no texto). Estilo Vancouver.
- Exemplos:
- artigo de revista* - Soter NA, Wasserman SL, Austen KF. Cold urticaria. *N Engl J Med* 1976; 89:34-46.
- artigo de livro* - Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganismus. In: Sodeman WA, ed. *Pathologicphysiology: mechanisms of disease*. Philadelphia: WB Saunders, 1974: 457-72.
- livro* - Klaus M, Fanaroff A. *Care of the high-risk neonate*. Philadelphia: WB Saunders, 1973.
- G. Quadros e ilustrações:
- Não utilizar o programa de processamento de texto para criar quadros. Os dados dos quadros devem ser apresentados sem linhas ou sublinhados e as colunas devem ser separadas unicamente por uma tabulação e nunca por espaços. As instruções específicas para a preparação de cada quadro devem ser fornecidas separadamente em suporte de papel.
  - A referência a cada quadro/gráfico/figura deve ser incluída sequencialmente no texto e indicado claramente — através da colocação da respectiva legenda, separada do texto por um parágrafo — o local da sua inserção.
  - Os gráficos devem ser apresentados em ficheiro separado, capaz de ser decodificado através do Excel e acompanhados do respectivo suporte de papel.
  - Sempre que não for possível entregar o trabalho em disquete mas apenas em suporte de papel, o mesmo deverá estar limpo e preciso, de modo a possibilitar a sua ulterior digitação electrónica.
  - As radiografias devem ser fotografadas pelo autor. As dimensões destas fotografias devem ser de 9 por 12 cm. As figuras podem ser: fotografia, desenho de boa qualidade, de computador ou profissional.



## O LOGOTIPO

**O** Ministério da Saúde adoptou um logotipo com que chancela os documentos oficiais. Nada acontece por acaso: representa uma mulher e um homem.

Na figura feminina, impecavelmente penteada, surpreende a estreiteza da cintura pélvica, que muito dificilmente permitirá um parto eutócito. Compreende-se agora que o criativo — sem dúvida sob orientações superiores e seguramente com o seu beneplácito final — tenha tornado estéril o casal. Não sei se é assim que o MS vê a família mas é certo que este logotipo ignora as crianças portuguesas.

Compreende-se melhor agora a razão da drástica redução do número de vagas para Pediatria (de **35** em 1996 e 1997 para **14** em 1998). Tal como as crianças, os pediatras são vistos como uma espécie em vias de extinção.

Mas nem todas as intenções do MS são preocupantes. Entre os objectivos para 1998 figura o de "Diminuir em pelo menos 5% (*sic*) a afluência às urgências hospitalares..."(1)

Quando este objectivo for conhecido (estamos em Abril e ainda não é) e se se concretizar (estamos em Portugal), os pediatras do HP ficarão aliviados de 7 das 140 crianças que, diariamente, aqui acorrem de urgência por não terem alternativa. É pouquinho mas já é alguma coisa.

A persistirem estas intenções, é de esperar que lá para 2020, acorram ao S. Urgência do HP, apenas as crianças que de tal necessitem.

Temo que construam o novo Hospital Pediátrico a partir destas expectativas.

**H. Carmona da Mota**

1. Saúde em Portugal. Uma estratégia para o virar do século. Orientações para 1998. Ministério da Saúde.

# READMISSÕES NÃO-PREVISTAS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA, APÓS ALTA DAS UNIDADES DE INTERNAMENTO DE CURTA DURAÇÃO

Luís Lemos

## RESUMO

Para uma avaliação qualitativa de alguns aspectos da actividade assistencial nas Unidades de Internamento de Curta Duração (U.I.C.D.) do Serviço de Urgência (S.U.) do Hospital Pediátrico de Coimbra, procurámos caracterizar, em 1995, o grupo de crianças que, tendo tido alta daquelas Unidades para o domicílio, regressou, sem que isso tivesse sido previsto, nas 72 horas seguintes. Analisámos também os diagnósticos iniciais e os estabelecidos na readmissão.

Em 1995 inscreveram-se no S.U. 54.853 crianças e destas 3.101 foram admitidas em U.I.C.D. Do total das 2.564 que tiveram alta destas Unidades para o domicílio, 149 (5.8%) regressaram de modo não-previsto ao S.U. nas 72 horas seguintes.

Em 37 dos 149 casos (25%) houve necessidade de re-internamento em U.I.C.D. e destes apenas 1 não teve alta para o domicílio nas horas seguintes.

Do conjunto das 149 crianças que regressaram ao S.U. de modo não previsto no momento da alta das U.I.C.D., 5 tinham novos diagnósticos de maior significado clínico — 3 diagnósticos de broncopneumonia, que permitiram medicação no domicílio e 2 casos de imprevisíveis acidentes agudos aparentemente fatais (ALTE), que recuperaram bem, mesmo antes da chegada ao hospital.

Não houve falecimentos em nenhum dos casos que foi readmitido no S.U.

De um modo geral as orientações de alta das U.I.C.D. parecem ter sido bem ponderadas.

**Palavras-chave:** internamento de curta duração, readmissão, Serviço de Urgência.

## SUMMARY

In order to evaluate some aspects of the attendance in the short term stay units of the emergency room of the Children's Hospital of Coimbra (Hospital Pediátrico) the authors aim to characterise the group of children who, during 1995, after being discharged from those units returned to the emergency room on the following 72 hours. We have also analysed the initial diagnosis and those made on readmission.

In 1995 were registered 54.853 children in the emergency room; 3.101 were admit-

ted in the short stay units. One hundred and forty-nine (5.8%) out of 2.564 discharges, returned unexpectedly to the emergency room on the following 72 hours.

Thirty-seven out of the 149 cases (25%) needed to be readmitted in the short term stay units and only one wasn't sent home on the following hours. Of the 149 children who returned to the emergency room unexpectedly, 5 had new diagnosis of larger clinical meaning – 3 diagnosis of bronchopneumonia, that could be treated at home and 2 cases of apparently fatal severe accidents (ALTE), that had a good recovery even before arriving at the hospital.

There were no deaths in any of the cases readmitted in the emergency room

Generally, the discharge orientations from the short term stay units seem to have been judiciously given.

**Keywords:** short term stay unit, emergency department, readmissions.

## Introdução

Por múltiplas e históricas razões os Serviços de Urgência (S.U.) de Pediatria, sobretudo nos centros urbanos, sofrem de uma crescente e inadequada pressão de utilização que não dá mostras de abrandar em fins dos anos 90.

A enorme e já crónica distorsão na utilização dos S.U. nos Hospitais Pediátricos e Serviços de Pediatria dos centros urbanos — caracterizada pelo elevado número absoluto de inscrições e pela grande percentagem de situações benignas que não foram previamente observadas por profissionais de saúde — tem conduzido à procura institucional de algumas medidas adaptativas ou mesmo correctoras.

A ineficácia da maior parte destas últimas — alguns êxitos pontuais não alteram o panorama geral no país — tem conduzido ao reforço e expansão de soluções que permitem preservar o melhor possível, para os casos mais complexos, a qualidade assistencial e humana do atendimento nos S.U.

As Unidades de Internamento de Curta Duração (U.I.C.D.) são disso um bom exemplo.

No Hospital Pediátrico de Coimbra ( H.P.) as U.I.C.D. foram instituídas desde a sua abertura, em 1977 e têm constituído, para além de outros inestimáveis benefícios, um sistema tampão essencial para o cada vez mais habitual congestionamento das enfermarias com doentes crónicos e/ou com patologias complexas.

Assim, por exemplo, em 1994, 2.964 (5,5%) dos 51.114 inscritos no S.U. foram admitidos em U.I.C.D. e apenas 18% destes últimos foram posteriormente admitidos nas enfermarias médicas ou cirúrgicas do H.P.

A experiência tem mostrado que a grande maioria das crianças pode regressar ao domicílio nas 24 h que se seguem à admissão em U.I.C.D.

Este tipo de Unidades tem-se expandido em muitos Serviços de Pediatria do nosso país.

Múltiplos aspectos das actividades assistenciais nas U.I.C.D. do H.P. têm sido objecto de avaliações, ao longo dos anos (1-40).

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 5-17

Um outra experiência, noutra país, de uma Unidade com alguns objectivos semelhantes, foi recentemente relatada (41).

No presente trabalho, beneficiando da informatização global do nosso S.U. que ocorreu a partir de 1994 (39) procurámos avaliar alguns novos parâmetros qualitativos da assistência prestada em U.I.C.D., através da evolução dos casos que, após a alta, regressaram ao S.U. nas 72 h seguintes, durante o ano de 1995.

## Material e métodos

No S.U do H.P. existe, desde 1994, uma informatização global quer dos dados administrativos quer dos diagnósticos de saída dos sectores médicos e cirúrgicos. Através do sistema informático é possível analisar separadamente por um lado as situações mais benignas que regressaram ao domicílio após a observação ou as que necessitaram de exames complementares de diagnóstico quer ainda as que foram admitidas em U.I.C.D.

Em relação ao ano de 1995 seleccionámos os processos das crianças que tiveram alta de U.I.C.D. para o domicílio e nestes analisámos alguns parâmetros: idade, proveniência (concelho de residência) e diagnóstico de saída.

Utilizando um programa elaborado especificamente para o efeito, obtivemos uma listagem nominal das crianças que regressaram ao S.U. nas 72 h após a alta de U.I.C.D. Nestes processos registámos se o regresso tinha sido ou não previsto. Entendeu-se por regresso previsto sempre que isso estava explicitamente mencionado no processo clínico da U.I.C.D., ainda que no condicional, isto é, se necessário de acordo com o aconselhamento no momento da alta. Em todos os outros casos considerou-se o regresso como não previsto e nestes analisou-se o diagnóstico de saída de U.I.C.D., a orientação no momento de alta e o novo diagnóstico de saída.

Interessou-nos saber se alguma evolução fatal tinha acontecido a qualquer das crianças que não regressaram ao S.U. nas 72 h seguintes à alta daquela unidade. Para este efeito e por indicação da Direcção Geral da Saúde, enviámos às Conservatórias do Registo Civil de todos os Concelhos de Distrito de Coimbra e de um total de 24 Concelhos de outros Distritos - Aveiro (6), Leiria (6), Viseu (4), Guarda (4), Castelo Branco (4) e Santarém (1) - de onde provinham 95 % das crianças que tiveram alta de U.I.C.D., um pedido de informação sobre os óbitos pediátricos em 1995 e respectiva data e causa.

## Resultados

Em 1995 foram inscritas no nosso S.U. 54.853 crianças. Nesse ano foram admitidas em U.I.C.D. 3.101 doentes. A taxa média de ocupação desta Unidade foi de 94%.

Os vinte diagnósticos de saída mais frequentes estão indicados no Quadro I.

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 5-17

QUADRO I — U.I.C.D — 1995  
(Os vinte diagnósticos mais frequentes)

	Nº diagnósticos
Traumatismos cranianos	326
Síndrome febril	314
Convulsões febris	245
Vómitos	226
Gastroenterite / diarreia	216
Catarrho respiratório superior / adenoidite	181
Asma / dispneia expiratória	141
Hemartroses/ hemofilia	131*
Broncopneumonia	122
Epilepsia / convulsões	107
Bronquiolite	105
Pielonefrite	
Intoxicações	86
Dor abdominal	84
Otite média aguda	73
Laringotraqueíte	66
Refluxo gastro-esofágico	47
Politraumatizado	30
Apendicite aguda	
Aspiração de corpo estranho	26
Hipersensibilidade proteínas leite de vaca	
Intoxicação alimentar	25
A.L.T.E.	24

\* correspondem a 22 crianças

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 5-17

Do total de 2.564 crianças que tiveram alta de U.I.C.D. para o domicílio, 387 (15%) regressaram ao S.U. nas 72 h seguintes. Em 149 casos o regresso não fora previsto.

Oitenta e nove (60%) destes casos voltaram para o domicílio, após re-observação médica, sem necessidade de qualquer exame complementar.

A análise mais detalhada destes 89 processos clínicos revela um predomínio etário no primeiro e segundo anos de vida — 78% com menos de 3 anos — residindo as crianças maioritariamente (77%) em Concelhos do Distrito de Coimbra e 44% no próprio Concelho de Coimbra.

Os diagnósticos de saída de U.I.C.D. e os destas readmissões não-previstas estão indicados no Quadro II. Verifica-se que predomina um grupo com o diagnóstico inicial de convulsão febril (22 casos), de diarreia (8), de laringotraqueíte (6), de catarrho respiratório superior (C.R.S.) e traumatismo craniano (5 de cada), de bronquiolite, pielonefrite, asma, síndrome febril e vómitos (4 de cada) e outros menos frequentes.



Quadro II — DIAGNÓSTICOS - READMISSÕES NÃO-PREVISTAS  
(Crianças com altas para o domicílio)

U.I.C.D. (Diagnóstico na readmissão)	URGÊNCIA SIMPLES (Diagnóstico inicial)
Convulsão febril	Síndrome febril (5)
“	Exantema vírico (3)
“	Síndrome gripal
“ + C.R.S.	Síndrome febril
“ + C.R.S.	Broncopneumonia
“ + C.R.S.	Estomatite
“ + Atraso psico-motor	Erro orientação pais
“ + Otite média aguda	Convulsão febril
“	Amigdalite viral
“	Otite média aguda
“	Infecção viral
“	C.R.S. sobreinfectado
“	C.R.S. + otite média aguda
“	C.R.S.
“	Asma
Diarreia	Diarreia (3)
“	Exantema vírico (2)
“	Angina estreptocócica
“	Otite média aguda
“	Febre escarar-nodular
Laringotraqueíte (2)	Laringotraqueíte (3)
“	Diarreia (2)
“	Bronquiolite
“	Asma
	Laringotraqueíte + estomatite herpética
Catarrho respiratório (C.R.S.)	C.R.S.
C.R.S. + engasgamento	C.R.S. + engasgamento
C.R.S. + dif. alimentares +	S. nefrótico
S. nefrótico	
C.R.S.	Impétigo
“	Otite média aguda (?)
Traumatismo craniano c/ fractura	Traumatismo craniano c/ fractura (2)
Traumatismo craniano	Otite média aguda
“	Candidíase oral
“	C.R.S.
Bronquiolite	Bronquiolite (3)
“	C.R.S.
Pielonefrite	Diarreia (3)
Pielonefrite	Hipersensibilidade antibiótico
Asma (2)	Asma (3)
Asma + Broncopneumonia	Asma + broncopneumonia
Asma	Asma
	C.R.S.
Síndrome febril	Angina viral
“	Asma
“	Exantema vírico
“	C.R.S.

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 5-17

Vómitos	Gastroenterite (3)
“	Hipersensibilidade P L vaca
Epilepsia	Espasmos infantis
“	Convulsão com febre
“	Convulsão atónica(?)
Hemartrose/ Hemofilia	Hemartrose/ hemofilia
“	Hemartrose + hematúria
“	?
Broncopneumonia	Broncopneumonia + pleira
“	?
Hipersensibilidade P L vaca	C.R.S.
“	Exantema viral
Otite média aguda	Exantema vírico
Celulite da face	Diarreia
Dor abdominal	Síndrome febril
	Dor abdominal + estomatite
Reacção de conversão	Dor torácica
Trauma lombo-perineal	Contusão membro inferior
Varicela + infecção cutânea	Exantema vírico
Dispneia expiratória	Vómitos + dores abdominais
Púrpura S Henoch	C.R.S.TF

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 5-17

Relacionando os diagnósticos de saída iniciais da U.I.C.D. e os estabelecidos a quando da reobservação médica, verifica-se que nalguns casos se confirmam apenas diagnósticos anteriores e noutros a evolução e o novo exame clínico permitiram evidenciar novos diagnósticos. De entre estes últimos realçamos um caso inicialmente com C.R.S. e convulsão febril e que na reobservação apresentava uma clínica compatível com broncopneumonia, com características muito benignas, pelo que não foi solicitada R.X., tendo a criança regressado ao domicílio sem mais recorrer ao S.U..

Do total de 149 casos que voltaram, de modo imprevisto, ao S.U. nas 72 h após a alta de U.I.C.D., 23 (15%) puderam regressar ao domicílio após a realização de exames complementares de diagnóstico.

Analisando estes 23 processos clínicos, constatamos um predomínio etário até ao fim do segundo ano de vida — 15 casos (73%)-, sendo 78% residentes em Concelhos do Distrito de Coimbra e 56% no Concelho de Coimbra. Os diagnósticos de saída da U.I.C.D. e os correspondentes a estas readmissões não-previstas estão indicados no Quadro III. Predominaram os diagnósticos iniciais de convulsões — febris ou não — (8 casos), dor abdominal, asma, gastroenterite e laringotraqueite (2 casos cada) e outros.

Quadro III — DIAGNÓSTICOS - READMISSÕES NÃO-PREVISTAS  
(Crianças com alta após realização de exames complementares)

U.I.C.D. (Diagnóstico inicial)	URGÊNCIA COM EXAMES (Diagnóstico na readmissão)
Convulsão febril	Síndrome febril (2) “ Cianose causa ? “ Broncopneumonia “ Asma
Convulsão com febre	C.R.S.
Epilepsia	Broncopneumonia
Convulsão apirética ?	Convulsão atónica ?
Dor abdominal	Dor abdominal
“	Síndrome febril Estomatite herpética
Asma	Asma C.R.S.
Asma	Asma Asma
Gastroenterite	Gastroenterite (2)
Laringotraqueíte	Laringotraqueíte
“	Asma Estomatite herpética
Vómitos	Ferida (acidental)
Traumatismo craniano em hemifólio	Hemartrose em hemifólio
Rinite purulenta febril	C.R.S.
Bronquiolite	Bronquiolite
Dispneia expiratória / Anemia	Dispneia expiratória / anemia
Intoxicação alimentar	Intoxicação alimentar

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 5-17

Realçamos dois casos — um com diagnóstico inicial de convulsão febril e outro com uma epilepsia já conhecida e admitido por convulsão e febre — que na reobservação médica apresentavam broncopneumonias, confirmadas por RX, mas cuja clínica permitia o tratamento ambulatório.

A criança readmitida e cujo diagnóstico de saída foi de hemofilia (apresentava uma hemartrose aguda) tinha uma hemofilia já conhecida e tinha estado em U.I.C.D. por traumatismo craniano benigno.

Finalmente do total de 149 que regressaram, sem que isso tivesse sido previsto, em 1995, ao S.U. nas 72 h após a alta da U.I.C.D., 37 (25%) tiveram que ser de novo admitidas em U.I.C.D.

Da análise destes 37 casos verifica-se que a distribuição etária é diversificada — 12 casos nos primeiros 12 meses de vida — e 34% até ao fim do segundo ano. Constatámos ainda que 62% residiam em Concelhos do Distrito de Coimbra e 40% no Concelho de Coimbra. Os diagnósticos de saída do primeiro e segundo internamento em U.I.C.D. estão indicados no Quadro IV.

Quadro IV — DIAGNÓSTICOS - READMISSÕES NÃO-PREVISTAS  
(Crianças com re-internamento em U.I.C.D.)

U.I.C.D. (Diagnóstico inicial)	U.I.C.D. (Diagnóstico na readmissão)
Hemartrose / hemofilia	Hemartrose / hemofilia (17)
Diarreia	Diarreia (2)
Vómitos	Vómitos
Bronquiolite	Bronquiolite
Dor abdominal	Dor abdominal
Intoxicação alimentar	Intoxicação alimentar
Cardiopatía / insuf. cardíaca	Cardiopatía / insuf. cardíaca
Laringotraqueobronquite	Laringotraqueobronquite
Vómito	Gastroenterite
Adenoidite / epilepsia	Efeito secundário de fármaco
C.R.S. / epilepsia	C.R.S. sobreinfectado
Púrpura S. Henoch	Púrpura S. Henoch c/ hematemese
C.R.S.	Tosse convulsiforme
Irritabilidade	Bronquiolite
Dermite seborreica	A.L.T.E / bronquiolite
Eczema sobreinfectado c/ herpes	Dor abdominal
Aspiração leite (vias aéreas superiores)	A.L.T.E./Refluxo gastro-esofágico
Convulsão febril	?
Dor abdominal	Gastrite ( <i>Helicobacter</i> )

saúde  
infantil

1998; 20/1: 5-17

A maioria destas admissões (17), foi devida a hemartroses agudas em crianças hemofílicas conhecidas. Dois casos de diarreia regressaram pela persistência dos sintomas, mas sem critérios de gravidade quanto ao volume de líquidos perdidos — as crianças foram hidratadas por via oral já que a perda de peso era inferior a 5%.

Os casos de bronquiolite, intoxicação alimentar, cardiopatía com insuficiência cardíaca e laringo-traqueobronquite apresentavam mais um arrastar dos sintomas pré-existentes do que um agravamento dos mesmos.

Uma criança de 4 anos com o diagnóstico anterior de epilepsia, de difícil controlo, foi hospitalizada em U.I.C.D. e aí foi constatado um comportamento hiper-cinético pelo que ao tratamento com carbamazepina foi associado, pelos colegas neurologistas, a pemoline. O regresso à U.I.C.D. ficou a dever-se a sonolência e prostração marcada. O nível sérico de carbamazepina era normal e a clínica foi atribuída a efeito secundário da pemoline. Retirado este fármaco os sintomas desapareceram.

Os dois casos readmitidos com o diagnóstico de ALTE (do inglês Apparent Life Threatening Event) são objecto de análise mais detalhada.

No primeiro tratava-se de uma criança de dois meses, com boa evolução ponderal sob alimentação materna exclusiva, que nunca tinha vomitado e que tinha estado em U.I.C.D. num primeiro internamento, por dermite seborreica.

A família, de etnia cigana, tinha maus recursos económicos, a mãe parecia ter algum défice intelectual e o pai era alcoólico.

Dois dias após a primeira alta de U.I.C.D. regressou por “engasgamento” durante a mamada, cianose e “paragem respiratória” (?) de 5-10 minutos. A criança tinha entretanto adquirido um catarro respiratório superior sem febre mas com tosse.

À entrada em U.I.C.D. tinha bom estado geral, obstrução nasal, estava apirética e com tosse frequente. O conjunto do quadro clínico foi interpretado como rinite viral e episódio de ALTE. Esteve 24 h em U.I.C.D. e nunca aí teve vómitos ou regurgitações.

Aos 3 meses de vida foi medicada com Cisapride por regurgitações pouco frequentes e um trânsito gastro-esofágico foi normal.

No segundo caso tratava-se de uma criança, fruto de gravidez e parto normais, com alimentação materna exclusiva e que tinha regurgitações pequenas e pouco frequentes.

Uma primeira hospitalização em U.I.C.D., aos 8 dias de vida, deveu-se a um episódio de regurgitação com saída de leite pelas narinas, dificuldade respiratória, cianose da face e hipotonia. Recuperou o bom aspecto habitual cerca de 15 minutos após e estava bem à entrada no S.U.. Ficou em U.I.C.D. mas nenhuma complicação foi aí notada. Teve alta orientado para a consulta de ALTE, onde foi observada 6 dias depois e considerada normal, não tendo sido prescritos fármacos.

Regressou ao S.U. 8 dias depois, por novo episódio de ALTE, muito semelhante ao anterior, cerca de 1 hora após a mamada. À entrada no S.U. ainda tinha cianose facial e ligeira dificuldade respiratória mas recuperou totalmente um excelente aspecto após cerca de 30 minutos em U.I.C.D.. Aqui teve três pequenas regurgitações e iniciou Cisapride. Uma ecocardiografia foi normal e teve alta 48h após a admissão.

Regressou ao S.U. após quase 72 h por um quadro clínico sobreponível aos anteriores. A mãe tinha-se esquecido de dar o Cisapride. A recuperação teria durado cerca de 5 minutos e a criança estava normal à entrada no S.U.

Com o diagnóstico de refluxo gastro-esofágico e ALTE esteve algumas horas em U.I.C.D. e foi em seguida hospitalizada no Serviço de Medicina, onde um esofagograma e estudo do pH esofágico se revelaram normais e o vírus respiratório sincicial foi isolado das vias aéreas superiores. A evolução posterior foi boa.

Verificámos que das 2.564 crianças que tiveram alta da U.I.C.D. para o domicílio em 1995 a maioria (2.177 ou seja 84%) não regressou ao S.U. nas 72 h seguintes.

Em relação a este último grupo, da análise dos dados das Conservatórias de Registo Civil conclui-se o seguinte:

- a) Em 3 casos — todos de Concelhos fora do Distrito de Coimbra — não obtivemos qualquer resposta.
- b) Em 2 casos — de onde provinham 42% das crianças que estiveram em U.I.C.D. — fomos respondido que, por ausência de registo de óbitos por grupos etários e por falta de recursos humanos, não era possível fornecer os dados solicitados.
- c) Das outras Conservatórias que responderam, 17 indicaram que não tinha havido óbitos no grupo etário que nos interessava e nas 19 em que houve um ou mais óbitos, nenhuma das crianças falecidas tinha estado na U.I.C.D..

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 5-17

## Discussão

O presente trabalho objectiva alguns dados de interesse sobre o funcionamento das U.I.C.D. do nosso serviço de Urgência.

Verificámos, em primeiro lugar, que no ano de 1995, do total de crianças que tiveram alta das U.I.C.D para o domicílio, apenas um reduzido número — 387 (15%) — necessitou de regressar ao S.U., durante o mesmo episódio. Muitas dessas crianças regressaram porque a isso foram aconselhadas ou porque isso tinha sido previsto, caso a evolução após a alta o aconselhasse e por estas razões não aprofundámos a análise destes casos.

Em 149 dos 387 ( 38%) o regresso ao S.U. não foi previsto no momento da alta da U.I.C.D. ou não havia nos registos médicos indicação alguma que permitisse concluir o contrário (o que pode ter empolado, artificialmente, aquele número).

Teria havido algum erro significativo de apreciação clínica destas situações aquando da ida para o domicílio?

Na maior parte destes casos —112/149 ( 74%) — a readmissão no S.U. revelou que se tratava de situações benignas, já que foi possível o regresso ao domicílio após a observação médica, sem ou com a realização de exames complementares de diagnóstico. Neste grupo identificámos três situações de novos diagnósticos com maior relevância clínica — pequenos focos broncopneumónicos.

Em 37/149 casos (26%) houve necessidade de reinternamento em U.I.C.D. e a maioria deles apresentava mais um arrastar dos sintomas pré-existentes do que um agravamento dos mesmos. Dois casos, mais graves, foram hospitalizados por ALTE ocorrido no domicílio, na realidade imprevisíveis no momento da alta inicial. Num dos casos, com ALTE recidivante, a não administração pela mãe de medicação anti-refluxo prescrita no Hospital, pode estar na origem da segunda admissão.

Não houve a registar nenhuma fatalidade nos casos que necessitaram de readmissão no S.U..

No conjunto podemos, pois, dizer que muito poucos — 5 — foram os casos que, de forma não-prevista, regressaram ao S.U. nas 72 após a primeira alta da U.I.C.D. com patologia significativa, o que parece indiciar orientações judiciosas, em 1995.

É bom, todavia, lembrar que das 2.564 altas de U.I.C.D. em 1995, 2.177 casos não voltaram ao S.U. nas 72 horas seguintes pelo que se pode especular quanto à evolução dos mesmos no domicílio. Teria havido evoluções fatais? Ou diagnósticos que passaram despercebidos no momento da alta? Ou casos com alguma evolução menos favorável, que tivessem necessitado de cuidados por outros médicos, noutras estruturas de saúde?

Tentámos apenas responder à primeira questão mas a total impossibilidade de fazer o levantamento dos dados nas duas Conservatórias do Registo Civil de onde provinha o número mais elevado de doentes — 936 —, deixa a resposta em aberto. É, todavia, importante saber que estas Conservatórias dizem respeito ao próprio Concelho de Coimbra e a um outro, com acesso rodoviário a Coimbra muito rápido e fácil e que não dispõe de Serviço de Pediatria local.

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 5-17

Parece-nos, pois, muito provável que, tendo estado horas antes em U.I.C.D., em caso de evolução desfavorável, os pais recorressem de novo a este Serviço.

Os dados recolhidos nas outras Conservatórias de cujos Concelhos provinham as crianças com alta da U.I.C.D., revelam que aí não houve evoluções fatais nas 72 h após a saída do Serviço.

A amplitude da casuística impossibilitou uma recolha, caso a caso, da evolução naquelas crianças que não regressaram ao S.U. É possível que algumas tenham tido necessidade de nova observação médica local mas, tendo estado hospitalizadas nas horas ou dias anteriores no H.P. é improvável que, em caso de agravamento, não voltassem de novo. Tanto mais que em Coimbra não há nenhum Serviço, na área dos Cuidados de Saúde primários, com atendimento permanente de situações pediátricas agudas e nos Centros de Saúde que funcionam até às 20 h, o atendimento de situações minimamente preocupantes, implica o seu envio ao nosso S.U. Na cidade de Coimbra não há nenhuma estrutura privada alternativa de atendimento de situações agudas pediátricas.

Em relação à maioria dos outros Concelhos de onde provinham as crianças inicialmente tratadas em U.I.C.D., o S.U. do H.P. é a área de drenagem natural.

Num estudo realizado em 1994, 99% dos utilizadores do nosso S.U. fazem-no por iniciativa própria, pelo que é também de presumir que, tendo tido um prévio contacto com este Serviço, em caso de evolução desfavorável aí regressassem, mesmo sem contacto com o médico local.

Pelas razões expostas parece-nos muito provável poder concluir-se que, de um modo geral, as orientações de alta da U.I.C.D., em 1995, foram bem ponderadas.

Não é possível comparar estes dados com outros equivalentes, a nível nacional, por inexistência dos mesmos.

A dimensão da nossa casuística, fruto de conhecidas condicionantes de âmbito nacional, não permite um estudo mais detalhado sobre a evolução após a alta hospitalar, como foi possível relatar num estudo de uma Unidade com objectivos genericamente semelhantes à nossa U.I.C.D. mas inserida numa realidade social e cultural completamente diferente (41).

### Agradecimentos

Ao Serviço de Informática do H.P., pela colaboração prestada. Os dados foram recolhidos através de aplicação do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (I.G.I.F.)

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 5-17

**BIBLIOGRAFIA**

1. Mota HC , Nereu V , Aires C , et al. Internamento de curta duração em situações de urgência: (Diarreia aguda). Rev Port Ped 1979;10:324-339.
2. Castanheira J, Lemos L. Etiologia das hematórias macroscópicas na criança (casuística do Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico). Saúde Infantil 1979;1:33-40.
3. Lemos L, Ribeiro L, Coelho A. Um problema actual em Saúde Pública: a vigilância das crianças com gastroenterite. Saúde Infantil 1980;2:119-138.
4. Brandão AN, Santos L J, Lemos L. Infecção urinária. Saúde Infantil 1980;1:23-34.
5. Fonseca N, Jardim A, Batista R. Intoxicações acidentais em crianças. Saúde Infantil 1980;1:81-86.
6. Moura DL, Ribeiro L, Pimentel B, Lemos L. Aspectos clínico-radiológicos das pneumonias lobares. Saúde Infantil 1981;2:93-98.
7. Correia AJ, Brandão AN, Coimbra JAM et al. Invaginação intestinal. Saúde Infantil 1981;1:37-52.
8. Cardoso S. Relação custos-benefício na Unidade de Internamento de Curta Duração do Hospital Pediátrico de Coimbra. Saúde Infantil 1982;3:215-218.
9. Mota HC, Coelho A, Alves AR. Alcoolismo agudo na criança. Saúde Infantil 1982;2:1103-108.
10. Lemos L, Martins I, Mota HC. Hospitalization de courte durée, avec la presence permanente des parents, en situations d'urgences pédiatriques. Helv paediatr Acta 1982;37:555-561.
11. Gameiro MGH, Terra RC, Fernandes A. Uma experiência de sistematização de cuidados de enfermagem” na Unidade de Internamento de Curta Duração do Hospital Pediátrico. Saúde Infantil 1983;3:185-190.
12. Costa LM, Correia AJ, Lemos L. Brucelose. Saúde Infantil 1984;3:217-228.
13. Fonseca N, Ramos MC, Brito M, Martins AMV. Intoxicações acidentais em crianças (II). Saúde Infantil 1984;3:259-268.
14. Correia A J, Nazário F, Lemos L. Metoclopramida: uma intoxicação iatrogénica frequente em Pediatria. Saúde Infantil 1984;2:161-166.
15. Lemos L. Avaliação do preenchimento do Boletim de Saúde Infantil. Saúde Infantil 1984;1:39-42.
16. Lemos L. A circulação da informação médica. Saúde Infantil 1987;1:5-9.
17. Heitor F, Júlia E, Mano Soares A, Lemos L. Intoxicações por inibidores das colinesterases na criança. Saúde Infantil 1987;1:39-48.
18. Santos E, Alegria A, Zamith D, Lemos L. A criança com febre e petéquias num Serviço de Urgência. Saúde Infantil 1988;2:153-158.
19. Lemos L. O bem estar da criança num Serviço de Urgência. Reflexões sobre uma experiência. Rev Port Ped 1988;19:137-143.
20. Damas L., Bicho A., Lemos L. Casuística do Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico. Amostragem de um ano - 1986. Saúde Infantil 1990;1:67-82.

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 5-17



21. Winckler L., Saraiva JM , Estêvão MH, Lemos L. Intoxicações por substâncias com acção de tipo atropínico. *Saúde Infantil* 1990;3:189-198.
22. Gabriel FM, Dias MLV ,Pires AMA et al. Intoxicações em crianças em idade escolar. *Saúde Infantil* 1990;3:199-202.
23. Gomes C, Marques A, Lemos L. Síndrome uretral: considerações teóricas e casuística-1989. *Saúde Infantil*1991;2:117-122.
24. Lemos L, Pimentel B, Sarabando JM. Sultamicilina em infecções urinárias em idades pediátricas. *Rev Port Ped* 1991;22:3-4.
25. Lemos L., Benavente PA , Silva L. Gastroenterites agudas em internamento de curta duração:experiência 5 anos após utilização da solução OMS. *Saúde Infantil* 1991;3:157-164.
26. Brito MJ, Lemos L. Epilepsia foto-sensível. *Saúde Infantil* 1992;1:65-80.
27. Taborda A, Carvalho A, Lemos L. Convulsões precoces pós traumatismo craniano - casuística. *Rev Port Ped* 1992;23:277-280.
28. Taborda A, Drago H, Sarabando J, Lemos L. Resistências bacterianas de E.coli, H.influenzae, S pneumoniae não hospitalares. *Rev Port D Infecciosas* 1994;2:89-92.
29. Mimoso G, Cunha M, Faria D, Lemos L. Laringotraqueíte: que atitudes? *Saúde Infantil* 1994;2:129-142.
30. Mota L, Nunes C, Lemos L. Intoxicações exógenas. *Saúde Infantil* 1994;2:7-16.
31. Agostinho M, Garcia P, Rocha G, Lemos L. Brucelose. *Saúde Infantil* 1995;1:29-38.
32. Ramos L, Escumalha M, Rocha G et al. Coproculturas:por que se pedem? Que utilidade podem ter? *Saúde Infantil* 1995;2:11-18.
33. Lemos L, Rocha G. A utilização de antibióticos num Serviço de Urgência pediátrica. *Saúde Infantil* 1995;3:5-18.
34. Ferreira R, Ferreira AJH, Leal HMC et al. Reacção de Widal numa população pediátrica normal. *Saúde Infantil* 1995;3:37-46.
35. Lemos L. Referências médicas em intoxicações agudas. *Saúde Infantil* 1996;3:5-14.
36. Pires A, Rocha G, Lemos L. Crianças com inscrições frequentes num Serviço de Urgência hospitalar. *Saúde Infantil* 1996;3:53-58.
37. Ferreira R, Ferreira AJH, Leal HMC et al. Reacção de Widal numa população pediátrica normal. *Rev Port D Infecciosas* 1996;1-2:78-81.
38. Lemos L, Rocha G. A utilização de antibióticos num Serviço de Urgência pediátrico. *Rev Port D Infecciosas* 1996;1-2:11-17.
39. Lemos L, Brinca B, Seabra J,et al. Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra-Informatização global clínica e administrativa. *Saúde Infantil* 1996;1:5-28.
40. Fernandes A, Faria D, Rocha G, Lemos L. Celulite da região orbitária. *Rev Port D Infecciosas* 1996;3-4:201-208.
41. Browne GJ, Penna A. Short stay facilities: the future of efficient paediatric emergency services. *Arch Dis Child* 1996;74:309-313.

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 5-17

# FEBRE SEM FOCO EM LACTENTES COM IDADE ENTRE 28 DIAS E 3 MESES

Lucília Martins<sup>1</sup>, Luísa Mendes<sup>1</sup>

## RESUMO

A febre sem foco nos pequenos lactentes é uma situação que pela potencial gravidade tem suscitado vários protocolos de actuação. Baseados na nossa anterior experiência e numa revisão de Powell elaborámos um protocolo de observação/investigação/terapêutica que aplicámos de forma prospectiva durante 4 anos. Esse protocolo inclui, baseado na escala de Yale, a separação em dois grupos: com bom estado geral (BEG) e sem bom estado geral (sem BEG). Foram estudadas 56 crianças. Dez crianças sem BEG foram internadas tal como dez BEG. As restantes foram seguidas em ambulatório. O diagnóstico mais frequente foi, em ambos os grupos, a doença auto limitada (DAL) 75% no grupo com bom estado geral e 50% no grupo sem bom estado geral. A infecção urinária foi o 2º diagnóstico. Não houve nenhum caso de bacteriémia ou sépsis e um caso de meningite ocorreu no grupo com bom estado geral. O protocolo revelou-se satisfatório para a nossa prática clínica.

**Palavras-chave:** febre sem foco, febre no lactente, tratamento no ambulatório.

## SUMMARY

Fever without a source in infants less than 3 months is a matter of concern. Its potential seriousness does not allow us to select, only on clinical grounds, those that deserve special attention. We prospectively studied children and present our experience.

We reviewed the literature and discuss the importance of a broadened investigation.

**Keywords:** fever without source, febrile infants younger than 3 months, outpatient management.

---

1 Assistente Hospitalar Graduada do Hospital Distrital da Figueira da Foz.

## Introdução

A febre é um sintoma cujo significado se altera conforme a idade da criança.

Até aos 3 meses de idade a febre é um sintoma preocupante, em particular quando não é identificável nenhum foco infeccioso, pelo risco aumentado de infecções bacterianas insidiosas (bacteriemias, meningites)(1).

Algumas particularidades referidas no Quadro I, são responsáveis pelas preocupações dos clínicos. Assim se explica a grande quantidade de trabalhos publicados sobre este tema, dando conta dos esforços que têm sido realizados no sentido de encontrar critérios para identificar as crianças em risco de infecção ou, mais recentemente, **das crianças com baixo risco de a terem.**

- 
- |    |  |
|----|--|
| 1° | Imaturidade imunológica. Risco aumentado de infecção. (1)  |
| 2° | Ausência de relação entre o grau de temperatura e a gravidade da doença (2-4).                       |
| 3° | Não-fiabilidade do exame clínico para excluir doença grave (3-10).                                   |
| 4° | Inexistência de exames complementares com alta sensibilidade para doença infecciosa bacteriana (12). |
| 5° | A infecção urinária além de muito frequente acompanha-se de bacteriemia em 6- 31% (12-14).           |
- 

Quadro I — Infecção: particularidades do pequeno lactente

Em 1991, num trabalho casuístico retrospectivo por nós realizado e referente ao período de 1/1/87 a 31/12/90, verificámos, nesse grupo, um número muito importante de infecções graves 13/34 (38,5 %) que incluíam: 7 infecções urinárias (IU), 2 sépsis, 1 sífilis congénita, 1 pneumonia, 1 celulite e 1 febre escaro-nodular.

A partir daí, preocupados com os resultados, passámos a internar e investigar todas estas crianças. Com o decorrer do tempo verificámos porém, que na maioria dos casos, se tratavam de doenças auto-limitadas (DAL) ou infecções urinárias.

Pela mesma altura Powell, procedeu a uma análise combinada de quatro estudos em que utilizaram apenas a avaliação clínica e concluiu que só em 0,6 % das crianças, com Bom Estado Geral (BEG) havia bacteriemia comparado com 12;6% das crianças sem BEG(15). Mais tarde, no entanto, outros trabalhos viriam a contradizer este optimismo.

Apoiados no artigo de Powell elaborámos, então, um protocolo de avaliação/ investigação/vigilância e iniciámos este **estudo prospectivo.**

## Objectivo do trabalho

Testar um novo protocolo de estudo das crianças febris entre os 28 dias e os três meses.

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 19-27

## Material e métodos

Estudo prospectivo que incidiu sobre todas as crianças que recorreram ao serviço de urgência entre 1 de Janeiro de 1992 a 31 de Dezembro de 1995, por febre sem foco identificável á observação, com idades compreendidas entre os 28 dias e os 3 meses. Definimos febre como toda a temperatura rectal  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  ou axilar  $\geq 37,2^{\circ}\text{C}$ .

A estas foi aplicado o seguinte protocolo:

- 1º Observação atenta e avaliação por escala de Yale (Quadro II). Classificação em três grupos: BEG se Yale  $\leq 10$ , E.G. Duvidoso se Yale  $>10 <16$  e Mau E.G se Yale  $\geq 16$ .
- 2º Internamento/investigação e eventual tratamento de todas as crianças com estado geral duvidoso ou mau.
- 3º As crianças com BEG efectuaram uma análise sumária de urinas e urocultura por *dip-slide*. Se as condições familiares permitiram, ficaram em ambulatório com observação diária até à apirexia. Caso contrário foram internadas.
- 4º Toda a urocultura duvidosa ou positiva foi confirmada com punção vesical (PV)

ESCALA DE YALE

	1 NORMAL	3 ALTERAÇÃO MODERADA	5 ALTERAÇÃO GRAVE
Qualidade do choro Tonalidade normal	Forte intermitente	Queixoso ou gemido Alta tonalidade	Gemido fraco
Reacção ao estímulo dos pais	Choro breve ou Não chora	Choro intermitente	Choro contínuo Difícilmente responde
Variações do estado	Acordado ou acorda facilmente	Olhos fechados, acorda por momentos ou só se estimulado vivamente	Dorme Não acorda
Cor	Rosada	Extremidade pálidas ou Acrocianose	Pálido, cianótico ou Aspecto marmoreado
Hidratação	Pele e olhos normais, Mucosas húmidas	Pele e olhos normais Mucosas secas	Prega cutânea olhos encovados mucosas secas
Resposta Social	Sorri. Está alerta	Sorriso breve ou alerta breve	Não sorri. Face ansiosa, inexpressi va. Não alerta.

Quadro II

## Resultados

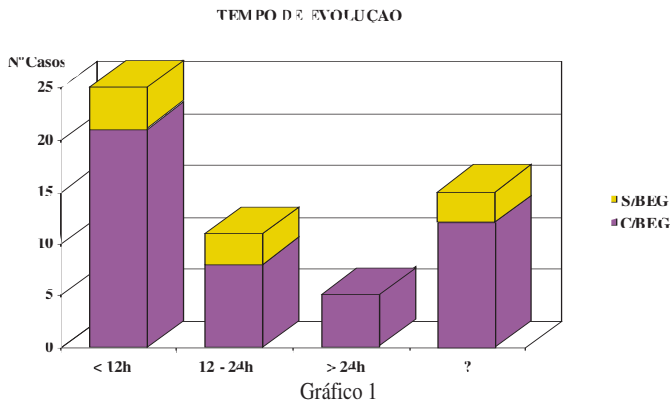
No período do estudo recorreram ao serviço de urgência do nosso Hospital 56 crianças com as características atrás definidas. Trinta e sete crianças eram do sexo masculino (66%).

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 19-27

A idade estava compreendida entre 28 dias e os 2 meses em 27 casos (48,2%) e os restantes entre 2 - 3 M .

A sua distribuição anual mostra pequena variação com uma média de 14 casos por ano. O motivo de consulta foi em 47 casos a febre (84%), em 7 irritabilidade (12,5%) e em 2 casos gemido e vómitos.



*saúde infantil*

1998; 20/1: 19-27

Da avaliação clínica pela escala de Yale resultou a seguinte distribuição: em 80% (46 casos) o estado geral era bom, em 16% (8 casos) duvidoso e em 2 crianças (4%) era mau.

Em 47 das crianças era referida temperatura **no domicílio**: em 20 (49%) a temperatura axilar era igual ou inferior a 38°C, em 16 (35%) entre 38-39°C e em apenas um caso era superior a 39°C. Em 2 casos era referida febre táctil que se confirmou no Serviço de Urgência e em 8 não foi anotado o grau de temperatura.

Nos casos em que as temperaturas eram baixas outros sintomas despertaram a atenção dos pais, nomeadamente a irritabilidade ou recusa alimentar.

O tempo de evolução da doença, nos 41 casos em que essa informação foi registada, está patente no gráfico 1.

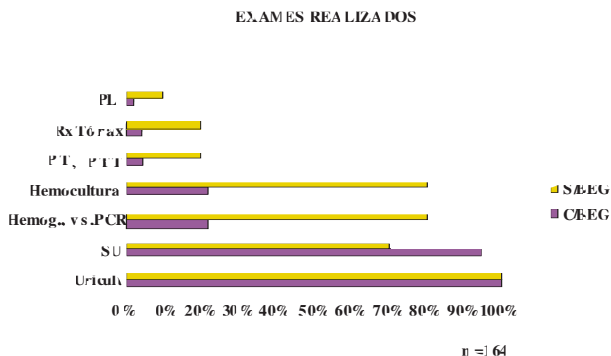


Gráfico 2

Verificámos a presença de factores positivos nos antecedentes pessoais ou familiares de 29 dos 56 lactentes, a considerar: antecedentes familiares de virose (15), vacinação nas 24H prévias (2), doença ou hospitalização prévias (13), e prematuridade (2).

Além das crianças com estado geral duvidoso e mau foram internadas ainda 10 (22%) das crianças com bom estado geral. No Quadro III apresentam-se os motivos que levaram ao internamento destas 10 crianças .

Os sintomas encontrados no grupo dos lactentes com **bom estado geral (BEG)**, eram apenas os que constam do Quadro III como motivos de internamento. Os lactentes pertencentes ao grupo **sem BEG** tinham, como seria de prever, uma sintomatologia mais rica como consta do Quadro IV.

**Motivo de internamento  
dos lactentes com Bom Estado Geral (BEG)**

Sem motivo significativo	5
Dificuldade de transporte, ansiedade materna, hora tardia	2
Exantema (1 petequial) + Irritabilidade	2
Associando má progressão ponderal	1
Quadro III	

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 19-27

**Sintomas mais frequentes  
nos lactentes sem Bom Estado Geral (sem BEG)**

Irritabilidade	9
Gemido	7
Má progressão ponderal	4
Exantema (2 petequiais)	3
Má perfusão periférica	2
Tremores/arrepio	2
Recusa alimentar	2
SDR	1
Irritabilidade	1
Quadro IV	

O Gráfico 2 dá-nos uma ideia da percentagem de crianças de cada grupo, que realizaram exames laboratoriais e quais os exames realizados.

Obtivemos resultados positivos nas culturas de urina em 6 / 56 (10,9%). Os germes encontrados foram *E. coli*- 3, *Klebsiella* - 1, *Proteus mirabilis* -1, Estafilococo coagulase negativo - 1. As 19 hemoculturas e 2 culturas de L.C.R. realizadas foram negativas.

Na artrite séptica não foram feitas culturas de pus, por ter sido adoptada atitude conservadora.

O diagnóstico mais frequente foi, em ambos os grupos, a doença autolimitada (DAL). No grupo das crianças com BEG representou 75,5 % dos diagnósticos e no grupo sem BEG 50%.

A infecção urinária (IU) foi o segundo diagnóstico mais frequente e foi a causa da febre em 10,9% do total dos dois grupos.

No decurso da investigação viria a diagnosticar-se outra infecção focal em mais 6 crianças (Quadro V).

<b>Diagnósticos</b>				
	<b>BEG</b>	<b>%</b>	<b>S/ BEG</b>	<b>%</b>
DAL	35	75,5	5	50
I. U.	4	8,6	2	20
Otite	4	8,6	1	10
Pneumonia	1		1	
Artrite séptica			1	
Meningite	1			
Febre X	1			
<b>Total</b>	<b>46</b>		<b>10</b>	

Quadro V

No caso da meningite e da febre X os marcadores inflamatórios eram sugestivos de infecção mas as culturas foram negativas. No primeiro caso, a criança fora internada por motivo social e a sua deterioração, ao segundo dia, motivou o início da antibioterapia.

Correlacionando a intensidade da febre com os diagnósticos verificámos que duas das nossas crianças apresentaram temperaturas de 39°C axilar. Os diagnósticos foram artrite séptica e uma DAL. Das que tiveram temperaturas  $\leq 38^\circ$  foram diagnosticadas 2 I.U. e 2 pneumonias.

Tratámos com antibióticos 7/46 das crianças com BEG (24%) e 6/10 das sem BEG (60%). Os antibióticos mais utilizados foram os betalactâmicos em 68,5%, o cotrimoxazol em 18,8%. Os restantes três casos foram tratados com terapias combinadas parentéricas de ampicilina e cefalosporina em dois e ampicilina e gentamicina no último.

O tempo de internamento não ultrapassou as 48 h em 90% das crianças com BEG e 60% das sem BEG. A duração média de internamento foi de 2,36 dias no primeiro grupo e de 3,9 dias no segundo grupo.

O internamento mais longo foi de 14 dias. Tratou-se da criança com artrite séptica, que fez tratamento conservador sob orientação do Serviço de Ortopedia.

## Conclusão e discussão

Desde 1987 que as crianças deste grupo etário com febre, sem foco infeccioso, nos têm preocupado. O número de casos por ano tem-se mantido relativamente constante.

O motivo que trouxe a maioria dos pais ao SU foi a evidência de febre, no domicílio. Alguns destes pequenos lactentes apresentavam temperaturas baixas ( $\geq 37,2$  a  $\leq 38^\circ\text{C}$ ), mas algo no seu comportamento levou a mãe a avaliar e objectivar a temperatura (irritabilidade, recusa alimentar ou outro).

Em duas crianças deste grupo foi referida **febre táctil** que veio a confirmar-se no hospital. A febre táctil é um dado frequentemente referenciado pelos pais, que quando não objecti-

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 19-27

vada, nos pode levantar alguns problemas de avaliação. Segundo Bonadio 54 % das crianças com febre táctil apresentaram-se apiréticas. No seu estudo nenhuma das 26 teve febre nas 48 h seguintes e apenas uma teve infecção bacteriana(8). A orientação geralmente seguida é a de que, crianças com febre táctil que se apresentem apiréticas (sem antipirético) e com observação normal devem ser encaradas como apiréticas até prova em contrário.

Uma apirexia na primeira observação médica não nos deve fazer desvalorizar uma situação de febre **objectivada** no domicílio, dado que cerca de 30% das crianças com **infecções bacterianas grave (I.B.G.)** podem apresentar-se apiréticas na primeira observação (17). Os mesmos autores recomendam que neste grupo etário seja incentivada a avaliação da temperatura rectal por ter maior fiabilidade.

Apenas duas das nossas crianças apresentaram temperaturas superiores a 39°C axilares (uma artrite séptica e uma DAL). Nas que registaram temperaturas  $\leq 38^\circ\text{C}$  foram diagnosticadas 2 infecções urinárias e 2 pneumonias, corroborando a ideia de que, neste grupo etário, I.B.G. ocorrem frequentemente em crianças sem febre elevada (15).

No grupo de crianças com BEG o número de exames laboratoriais por nós realizados foi reduzido. Apenas cerca de 20% destas efectuaram outros exames além da sumária de urinas e da urocultura por *dipslide*. Esta é uma tendência geral entre nós, não condicente com as orientações que encontramos na literatura, em que é adoptada uma atitude mais intervencionista, com vista a uma maior segurança, (2-12,15,17,18,20-24). No Quadro VI (26) encontramos algumas das razões apontadas para esse intervencionismo.

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 19-27

	Tóxicos %	Não-tóxicos %	Baixo risco %
I. B. S.	17,3 (8-30)	8,6 (3,7-15,6)	1,4 (0,4-2,7)
Bacteriemia	10,7 (6,7-15,7)	2 (0,8-3,8)	1,1 (0,2-2,6)
Meningite	3,9 (1,7-7,1)	1 (0,2-2,4)	0,5 (0,0-1)

Quadro VI

O diagnóstico de DAL representando 75,5% e 50% respectivamente nos grupos com BEG e sem BEG estão muito próximos dos valores encontrados por outros autores que isolaram vírus em 60 % das crianças febris, com menos de 3 meses de idade internadas com suspeita de sépsis (11).

O bom estado geral não é, só por si, critério que exclua I.B.G. neste grupo etário (9,10). Em trabalhos de análise cumulativa, os autores são unânimes ao afirmar que, não existem até ao momento critérios (clínicos e /ou laboratoriais) que identifiquem todas as crianças com I.B.G. (18,19). Assim ao longo dos últimos anos verifica-se uma **mudança de estratégia** e a procura de critérios que permitam **identificar os pequenos lactentes com baixo risco de apresentarem I.B.G.**, passíveis de serem mantidos em regime de ambulatório com tratamento antibiótico profilático 24-48h, enquanto aguardam resultados de hemoculturas (20,21,22,26) ou, numa tendência mais recente, definir mesmo os que neste regime podem dispensar esse tratamento antibiótico (12,23,24,26). Os critérios de Rochester parecem ser, até ao momento, os que melhor cumprem essa função (11,12, 22,25,26).



Os referidos critérios são um conjunto de itens **clínicos** (criança previamente saudável, com BEG, sem infecção focal aparente) e **laboratoriais** (leucócitos 5-15.000, leucócitos imaturos  $\leq 1500$ ,  $\leq 10$  leucócitos no sedimento de urina fresca e se diarreia  $\leq 5$  leucócitos no esfregaço) que têm revelado valor predictivo negativo mais elevado (98,9% para IBS, e 99,5% para bacteriemia) para seleccionar os pequenos lactentes com idade inferior a 3 meses com baixo risco de terem infecção (12).

Concluimos que a aplicação do protocolo nos permitiu a obtenção de bons resultados com poucos exames complementares realizados e mantendo no ambulatório a maioria das crianças. A pequenez dos nossos números não nos permitem tirar outras ilações. À semelhança do que acontece para a febre no recém-nascido, seriam necessários subgrupos de cerca de 5.700 crianças para se poderem tirar conclusões significativas (27).

Quisemos, com este trabalho relatar uma experiência e abrir um espaço de debate quanto à atitude face ao pequeno lactente febril.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Wilson C B. Immunologic basis for increased susceptibility of the neonate to infection. J. Pediatr. 1986; 108:1-12.
2. Berkowitz C D, Uchiyama N, Tully S B et al. Fever in infants less than two month of age: Spectrum of disease and predictors of outcome. Pediatr Emerg Care 1985; 1: 128-35.
3. Roberts K B, Borzy M S : Fever in the first eight weeks of life. Johns Hopkins Med J 1977; 141: 9-13.
4. Caspe W B, Chamudes O, Lovie B: The evaluation and treatment of the febril infant. Pediatr Infectious Disease 1983; 2: 131 -5.
5. King J C, Berman E D, Wright P F. Evaluation of fever in infants less than 8 weeks old. South Med J 1987; 80:948-52.
6. Crain E, shelov S. Febril infants: Predictors of bacteriemie. J Pediatr 1982;101: 686. 91.
7. Rosenberg X N, Vranesc P, Cohen S. Incidence of serious infections in infants under 2 months of age. Pediatr Emerg Care 1985; 1: 54 - 8.
8. Bonadio W A . Evaluation and management of serious bacterial infections in the febril young infant. Pediatr Infect Dis J. 1990; 9: 905 -12.
9. Baker M D, Avner J R, bell L M. Failure of Infant Observation Scales in detecting serious illness in febril, 4 to 8 Week- old infants. Pediatrics 1990; 85: 1040 -3.
10. Bonadio W A, Hennes H, Smith D et al . Reliability of observation variables in distinguishing infectious outcome of febril young infants. Pediatr Infect Dis J 1993;12:111-4.
11. Dagan R, Powell K R, Hall CB, Menegus MA. Identification of infants unlikely to have serious bacterial infection although Hospitalized for suspected sepsis.J Pediatr 1985;107:855-60.
12. Jaskiewicz J A, McCarthy C A, Richardson A C et al. Febrile infants at low risk for serious bacterial infections: An appraisal of the Rochester criteria and implications for management. Pediatrics 1994;94:390-6.

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 19-27

13. Ginsberg C M, McCracken G H Jr. Urinary tract infections in young infants. *Pediatrics* 1982;69:409-12.
14. Crain E F, Gershel J C. Urinary tract infections in febrile infants younger than 8 weeks of age. *Pediatrics* 1990;86:363-7.
15. Powell K R. Evaluation and management of febrile infants younger than 60 days of age. *Pediatr Infect Dis J* 1990;9:153-7.
16. Bonadio WA. Defining fever and others aspects of body temperature of infants and children. *Pediatr Ann* 1993;22:468-73.
17. Bonadio W A, Hegenbarth M, Zachariason M. Correlating reported fever in young infants with subsequent temperature patterns and rate of serious bacterial infections. *Pediatr Infect Dis J* 1990;9:158-60.
18. Baraff L J, Bass J W, Fleisher G R, et al. Practice guidelines for the management of infants and children 0 to 36 months of age with fever without source. *Pediatrics* 1993;92: :1-12.
19. Lynn R R and Wiebe R A. Initial approach to the infant younger than 2 months of age who presents with fever. *Semin Pediatr Infect Dis* 1995;6:212-7.
20. Wasserman GM and White CB. Evaluation of necessity for hospitalisation of febrile infants less than three months of age. *Pediatr Infect Dis J* 1990;9:163-9.
21. Baskin MN; O'Rourke EJ, Fleisher GR: Outpatient treatment of febrile infants 28to 89 days of age with intramuscular administration of ceftriaxone. *J Pediatr* 1992, 120:22-27.
22. McCarthy CA, Powell KR, Jaskiewicz JA, et al. Outpatient management of selected infants younger than two months of age evaluated for possible sepsis. *Pediatr Infect Dis J* 1990;9:385-9..
23. McCarthy PL: the febrile Infant (editorial). *Pediatrics* 1994; 94:397-8.
24. Baker MD, Bell LM, Avner JR: Outpatient treatment without antibiotics of fever in selected infants . *N Engl J Med* 1993;329:1437-41.
25. Dagan R, Sofer S, Phillip M, Shaschak E. Ambulatory care of febrile infants younger than 2 months of age classified as being at low risk for having serious bacterial infections. *J Pediatr* 1988;112:355-60.
26. Baraff LJ, Oslund SA, Schriger DL and Stephen ML. Probability of bacterial infections in febrile infants less than three months of age: a meta - analysis. *Pediatr Infect Dis J* 1992;11:247-65.
27. Baraff LJ, Management of febrile neonates : What to do with low risk infants. *Pediatr Infect Dis J*,1994;13:943-5

*saude  
infantil*

1998; 20/1: 19-27

# **DISTÚRBIOS MENTAIS MATERNOS DO PÓS- PARTO Dar à luz e... ficar às escuras...**

**Olga Cordeiro<sup>1</sup>, Teresa Sintra<sup>2</sup>**

## **RESUMO**

Os autores pretendem chamar a atenção para a existência da depressão materna pós-parto, sua frequência, quadro clínico e seu impacto no desenvolvimento da vida psíquica da criança.

Dando particular importância à constituição da entidade mãe-bebê como uma nova população clínica, descrevem-se sucintamente as primeiras relações da díada mãe-bebê, e a depressão materna como factor importante que influencia o seu normal funcionamento.

Termina-se com algumas considerações que levem a dar mais atenção e importância a esta "nova entidade clínica" precursora da vida mental de todo o ser humano.

**Palavras-chave:** depressão pós-parto, psicose, relação mãe-filho.

## **SUMMARY**

The authors focus on the importance of the mother-child relationship is presented as a new and intervention unit, and maternal depression as an important risk-factor for normal development of this dyadic unit.

The importance of early recognition of post-partum maternal depression, its epidemiology, clinical picture and impact on child mental development.

We conclude that proper clinical management should be provided in time and cases at risk should be dealt with as soon as possible if we are to foster healthy mental functioning.

**Keywords:** post-partum depression, psychosis, mother-child relationship.

---

<sup>1</sup> Internas da Psiquiatria da Infância e Adolescência do D.P.S.M.I.J. do Centro Hospitalar de Coimbra

«... os problemas começaram a seguir ao nascimento do primeiro filho. Tive uma depressão pós-parto, que é uma coisa de que ninguém fala...»

**Diana Spencer, entrevista ao New York Times, 1996**

## **Introdução**

### **A interacção mãe-bebé**

Desde que Winnicott 1 surpreendeu a comunidade científica da época (1940), com a frase: "essa coisa a que chamam bebé não existe!", completando em seguida que: "cada vez que há um bebé há cuidados maternos e sem cuidados maternos não haverá bebé!", muita coisa se revolucionou no modo como o bebé é olhado.

Se antes o obstetra olhava para a grávida como a "sua parturiente" a quem tinha que libertar nas melhores condições possíveis o conteúdo uterino já maduro, e o pediatra agarrava o recém-nascido, para, após uma sequência de manobras, se convencer que o deixava preparado para enfrentar o mundo, a partir de Winnicott uma nova entidade nosológica surgiu: a díada mãe-bebé.

Intrincados um no outro, mãe e filho realizam uma "dança" a dois em que para além do ritmo próprio de cada um, apresentam uma coreografia própria, ao sabor de uma música ancestral, de geração em geração, transmitida de mãe para filha, que vai sobrevivendo às mudanças inexoráveis dos estilos de vida e às tentativas da ciência para a "cientificar".

Brazelton (1992) 2,3 afirma que: "quando nasce um bebé nasce uma família" e Daniel Stern (1996) 4 considera após os seus estudos sobre interacção, que existe uma nova "população clínica", constituída pelo sistema pais-bebé.

Sendo assim, todos aqueles que se preocupam com o bebé desde o seu início, têm de se preocupar com a sua ecologia global e participar também na mesma "dança".

Obstetras, pediatras, psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e médicos de família e todos os que se interessam pelo bem estar das pessoas, têm que fazer uma "dança", dar as mãos e, em conjunto, "dar atenção à criança", que é como quem diz, ao meio que a vai fazer ser — a mãe, o pai e restantes pessoas selectivamente significativas.

Como diz Eduardo Sá "Uma criança antes de nascer, passeia-se no sonho dos pais" (5,6). E esse passeio é já um primeiro determinante do esboço que a criança poderá ser. Ao longo da gravidez, acompanhar o que a grávida sente em relação ao bebé imaginário e ao bebé fantasmático é importante para a ajudar a fazer depois o bebé real.

O bebé é assim, até completar o processo de maturação e autonomia, parte de uma díada mãe-filho, pai-filho e de uma tríada mãe-pai-filho, à sombra da díada mãe-pai.

Como entidade nosológica que é, a díada mãe-filho tem uma fisiologia e patologia próprias, centradas na relação entre ambos.

*saúde  
infantil*

1998; 20/1; 29-41

Após o parto "inicia-se um outro nascimento", processo contínuo, com passos que se vão descobrindo e estudando, cada vez com mais interesse por equipas multidisciplinares.

As características mais importantes desta interacção (7) são a sincronia, a reciprocidade nas respostas, a contingência, a repetição das sequências de jogo, a focalização mútua da atenção e a partilha dos estados afectivos.

O bebé tem as suas competências, em parte herdadas, em parte adquiridas. A mãe também tem as suas, herdadas, transgeracionais e aprendidas através de rituais, hábitos, culturas, etc. À capacidade da mãe para se identificar com o seu bebé, tanto no plano consciente, como inconsciente, chamava Winnicott "a preocupação materna primária." (1,8)

Esta espécie de "instinto maternal" é definido como um estado muito especial que se vai desenvolvendo ao longo da gravidez, atingindo a sua maior sensibilidade no fim desta e durando ainda algumas semanas após o parto e no qual as mães têm tendência para reformular e rever todas as suas recordações e vivências passadas...

Fora do contexto da gravidez e do parto, este estado seria quase uma doença psicológica, mas nesta altura é este estado de ensimesmamento que permite à mãe fazer o *holding* (segurar) do seu bebé, dando-lhe um sentimento contínuo de existir, estabelecendo-lhe progressivamente o sentimento de si, como parte integrante da constituição do *self*, baseada no sentimento de confiança do bebé no ambiente e na fiabilidade da mãe.

Para Winnicott (1,8), existe entre a mãe e o bebé "um espaço transicional" (que não é nem mãe nem bebé), que se torna um espaço de criatividade, uma zona de jogo onde se vai desenrolar a vida psíquica da criança, e na qual a mãe cria o seu bebé e ao mesmo tempo é criada (alucinada) por ele. Daí o paradoxo "um bebé sozinho não existe..."

Bowlby estudou a partir da etologia a natureza das ligações mãe-bebé e formulou as suas teorias de vinculação, dando especial ênfase ao comportamento do bebé, à comunicação e ao mecanismo de *feed-back*, como fazendo parte dum sistema familiar, numa circularidade de causa-efeito (modelo interactivo de Bowlby) (8,9).

Estes autores, entre outros, estão na base dos estudos recentes de observação directa dos bebés (recém-nascidos e lactentes) que fundamentam a interacção mãe-bebé, nas competências inatas do bebé. Estas competências são, entre outras, a visão e a comunicação pelo olhar, com uma apetência especial desde o nascimento pelo rosto humano e sua expressão (8).

A partir da quarta semana de vida, o olhar recíproco é responsável pelo aparecimento do sorriso social — o primeiro organizador da vida psíquica, segundo Spitz (8).

Diz o povo: "Quem não sorri ao mês ou é tolo ou é tolo quem o fez!"

Este olhar recíproco subentende um clima emocional entre a mãe e o bebé.

Como "o rosto é o espelho da alma e os olhos descobrem-lhe o seu segredo", a face da mãe exprime o seu estado afectivo (alegria, inquietação, angústia, tristeza, cólera, etc.) que é captado pelo bebé. Este, segundo Winnicott, constitui a sua imagem a partir da imagem que a mãe lhe devolve. Assim, quando uma mãe amamenta o seu bebé, não só lhe dá o seu

*saúde  
infantil*

1998; 20/1; 29-41

peito, numa ligação corporal, como lhe dá o seu olhar, verdadeiro espelho onde o bebé se projecta e se constrói (1,10).

Nesta fase de desenvolvimento, o bebé está equipado com um desenvolvimento da visão em que a sua capacidade de focagem se situa apenas a cerca de 25 cm. Ora esta é a distância média dos olhos maternos de quem amamenta o bebé. Para que precisaria ele mais, se o seu mundo é só e tudo aquilo: mãos-boca-peito-olhos e o infinito?...

Também se pode demonstrar por observação directa e por vídeo, que o bebé tem uma predilecção pela voz feminina, reconhece a voz materna e estabelece-se uma sincronia entre movimentos do bebé e a modulação da voz da mãe, instalando-se precocemente, pela segunda semana, uma espécie de diálogo mãe-bebé (4).

As capacidades de percepção sensorial do bebé, existentes já na vida intra-uterina, permitem-lhe a regulação da sua homeostasia, controlando para isso os seus estádios de vigília. Estes, são, segundo Brazelton: atenção, excitabilidade, actividade motora, choro, sonolência e por fim o sono (3,8).

A mãe é capaz de responder a estes estádios, percebendo as necessidades do seu bebé, contribuindo assim de uma forma adequada para as trocas corporais e emocionais.

Quando uma mãe não pode ou não consegue responder às regras desta comunicação primária, desilude o seu bebé, podendo levar ao aparecimento precoce duma disfunção relacional.

Esta disfunção nas idades precoces aparece sempre como "um sintoma" funcional (10,11).

São as dificuldades do sono, da alimentação, alterações da curva ponderal, as cólicas, o espasmo do choro, etc., levando muitas vezes a um excesso de procura médica, a estudos invasivos e por vezes a uma iatrogenização, aumentando o risco a curto e a longo prazo por não se perceber a necessidade de continuidade e de manutenção dos ritmos próprios do bebé e do controlo da sua homeostasia.

Os esquemas relacionais, os padrões precoces da interacção são assimilados pelo bebé, retomados e repetidos nas brincadeiras dos 3 aos 6 anos e revividos quando surgir a oportunidade de serem também pais, contribuindo para uma transmissão transgeracional de padrões de comportamentos (8).

Daqui se compreende a enorme importância da satisfação das primeiras relações, da possibilidade de um bebé ter para si uma "mãe suficientemente boa" no conceito de Winnicott (1).

Há situações que põem em risco esta possibilidade, embora seja difícil poder fazer previsões em saúde mental devido à co-morbilidade e à coexistência de factores protectores e factores de risco (11).

No entanto podemos destacar alguns grupos de crianças que apresentam circunstâncias desfavoráveis (Tabela 1) (11).

*saúde  
infantil*

1998; 20/1; 29-41

Tabela 1 — Situações de risco de doença mental na criança

- 
- Meio sócio-económico muito pobre
  - Prematuridade
  - Bebés com défices sensoriais, audição, visão
  - Privação materna precoce (internamento, abandono, etc.)
  - Filhos de mãe psicótica (aumento da incidência de esquizofrenia se um dos pais é esquizofrénico)
  - Filhos de mães com estados depressivos prolongados após o parto, por vezes passando despercebidos
  - Filhos de mães que sofreram um luto recente
  - Filhos de mães tóxico-dependentes e alcoólicas
- 

De todos estes grupos, aquele em que há estudos que demonstram clara influência no desenvolvimento psicológico da criança, de um modo mais directo, é o grupo da depressão materna pós-parto, para o qual devemos tomar especial atenção (11).

### **Distúrbios mentais maternos do pós-parto**

Vários são os factores apontados para o aparecimento dos distúrbios mentais maternos do pós-parto (Tabela 2) (12,13,14,15).

Tabela 2 — Causas dos distúrbios mentais maternos do pós-parto

- 
- Biológicos (condições neuro-endócrinas)
  - Sócio-económicas (baixo nível social)
  - Antecedentes familiares e pessoais de doença psiquiátrica
  - Falta de suporte social e familiar
  - Relação conflituosa com a mãe
  - Desarmonia conjugal
  - Gravidez não-planeada
  - Mãe solteira
  - Primípara
  - Mãe adolescente ou com idade avançada
  - Parto prematuro
  - Parto difícil
  - Cesariana
  - Recém-nascido com baixo peso
  - Bebé com temperamento difícil
  - Morte perinatal do bebé
- 

*saúde  
infantil*

1998; 20/1; 29-41

De todos estes factores, o único que parece estar directamente implicado no aparecimento dos distúrbios mentais maternos do pós-parto é uma história prévia de doença psiquiátrica. Os outros são factores predisponentes, aos quais é preciso dar atenção pelo risco que acarretam de accionar núcleos depressivos até aí compensados (15).

A D.S.M.IV, no capítulo das perturbações do humor especifica episódios depressivos com início no período pós-parto, desde que ocorram nas quatro semanas seguintes ao parto.

Duma maneira geral, podemos considerar três distúrbios mentais maternos do pós-parto: *blues*, depressão, e psicose pós-parto. Há no entanto, unanimidade entre os autores em considerar os "*blues* pós-parto" como uma variante do normal ou uma reacção de ajustamento (16,17).

Há autores, inclusivé, que defendem que toda a mulher, com o nascimento do seu bebé, desenvolve um movimento depressivo mais ou menos manifesto. Esta crise do pós-parto seria útil e necessária para preparar o acolhimento do desconhecido (10,17).

Parafraseando uma frase popular, "a mulher grávida tem o rei na barriga". Com o parto ela tem de fazer o luto da sua gravidez e do bebé imaginário, perfeito e ideal, para poder aceitar o bebé real.

"Rei morto, rei posto" ou "O rei morreu, viva o rei", ou seja, perdendo "o rei da barriga imaginário", tem que refazê-lo no bebé real, reformulando os seus sonhos e projectos.

saúde  
infantil

1998; 20/1; 29-41

• **Baby Blues** ou só *Blues* (dos *blues*, canções nostálgicas dos negros norte-americanos)

Este síndrome tem uma incidência de 50% a 80%.<sup>14</sup> Caracteriza-se por choro, irritabilidade, ansiedade, tristeza, falta de concentração, fadiga, cefaleias, insónia inicial e diminuição do apetite (12,13,14,17).

Esta sintomatologia tem início 3 a 7 dias depois do parto, persistindo por uma a duas semanas.

Trata-se, pois dum período transitório de instabilidade emocional, sem complicações, mas justificando o suporte e vigilância da mãe e do bebé.

Pode preceder um síndrome depressivo mais grave (11).

• **Depressão pós-parto**

Tem uma incidência de 5 a 20% (11). Manifesta-se por tristeza, apatia, irritabilidade, desespero, agitação ou lentificação, isolamento social, sentimentos de culpa, insónia, perda de apetite ou excessivo aumento de peso.

Episódios de crises de pânico com ansiedade generalizada podem complicar esta sintomatologia.

São frequentes pensamentos obsessivos sobre os cuidados e a saúde do bebé. O sintoma mais precoce, contudo é a desarmonia na interacção, ainda antes de se manifestarem sintomas depressivos.



A sintomatologia tem início nas primeiras semanas ou meses a seguir ao parto e cerca de 2/3 dos casos resolvem-se ao longo do primeiro ano.

O risco de recorrência em futura gravidez é de 30% a 50% (há autores que apontam para 100%) (11,14,15).

Podem ser necessários vários tipos de intervenção: psicoterapia de suporte, farmacoterapia e medidas mais específicas que implementam a melhoria da qualidade da interação mãe-bebé.

### • Psicose pós-parto

Tem uma incidência de 0,1% a 0,2% 11,14,15 (1 a 2 em cada 1000 novas mães). A sua forma de apresentação é predominantemente afectiva, maníaca ou depressiva.

Caracteriza-se por alterações do humor, ideias delirantes, alucinações, sensação de poder infinito, possibilidade de controlar situações, sem crítica para a situação.

É comum haver pensamentos delirantes sobre a morte do bebé, negação da gravidez ou inclusivé manifestação da necessidade de matar o bebé.

Surge em geral, nos primeiros dias ou semanas a seguir ao parto, resolvendo-se em 1 a 3 meses, com tratamento adequado. A recorrência em futura gravidez é de cerca de 1/3.

Devido ao risco de suicídio (5%) e de infanticídio (4%) o seu reconhecimento é de importância capital (11).

Sendo uma situação bastante severa, é quase sempre necessária a hospitalização da mãe. O ideal seria que o bebé pudesse acompanhar a mãe na mesma unidade de internamento, dadas as consequências nefastas da separação da mãe, numa altura em que a relação entre o bebé e a mãe se está a organizar.

*saúde  
infantil*

1998; 20/1; 29-41

### Implicações clínicas na criança (Tabela 3) (11,13,14,15)

Tabela 3 — Manifestações no lactente dos distúrbios mentais maternos do pós-parto

- Perturbações do sono
- Problemas alimentares — recusa, choro às refeições
- Má progressão ponderal
- "Cólicas" do primeiro trimestre
- Espasmo do choro/birras
- Não-sorriso social
- Poucas expressões faciais positivas
- Muitas expressões faciais negativas
- Evitamento do olhar materno/desvio do olhar do observador
- Menor número de vocalizações positivas
- Maior número de vocalizações negativas
- Indiferença pela mãe e ambiente

## 1 — Efeitos na interacção

Alguns estudos mostram que os bebés de mães que desenvolvem depressão pós-parto exibem uma conduta interactiva menos adequada com a mãe e têm um comportamento menos adequado na interacção com o observador. Têm uma "aparência depressiva", com níveis baixos de actividade e afecto insípido, que se mantém além da cura materna (10).

Assim, não procuram ou evitam o olhar da mãe, exibem maior número de expressões faciais negativas e menor número de expressões faciais positivas. Frequentemente têm uma expressão ausente, comunicam pouco prazer à mãe, têm menor número de vocalizações positivas (balbucio) e maior número de vocalizações negativas (choro, rabugice). Mostram sinais de mal-estar, arqueiam as costas, rejeitam o biberão ou o mamilo, desviam o olhar.

No comportamento com o observador é notória uma interacção social mais reduzida, um interesse diminuído pelos brinquedos, corpo mais tenso, menor atenção à mãe.

## 2 — Efeitos a curto prazo (10,11)

- Negligência, maus tratos e infanticídio
- Distúrbios do sono: dificuldade em adormecer, acordar precoce, agitação psicomotora
- Distúrbios alimentares: anorexia primária do lactente, mericismo
- Outros: espasmo do choro, cólicas idiopáticas do primeiro trimestre, asma precoce, eczema

*saúde  
infantil*

1998; 20/1; 29-41

O infanticídio (11) pelo extremo que representa, merece um comentário especial. É durante o primeiro ano de vida que o risco de ocorrência de infanticídio é maior, sendo o primeiro dia o de máximo risco (20% dos infanticídios).

Pouco se sabe ainda sobre os mecanismos que levam a este acto extremo, sua recidiva ou sequelas a longo prazo, quer na mãe, quer no resto da família.

As mães que cometem infanticídio e sofrem de distúrbios psiquiátricos, apresentam frequentemente depressão associada a ideação suicida e, mais raramente, esquizofrenia. As mães em crise maníaca podem pôr em risco os seus filhos, dadas as suas crenças de que estes possuam poderes sobrenaturais.

Não são claros os factores de risco para a ocorrência de infanticídio. Há, no entanto, autores que chamam a atenção para mães com história prévia de comportamentos violentos. Outros sinais importantes são a presença de delírios niilistas ou de que as crianças estejam possuídas por poderes sobrenaturais. Contudo, a maioria das mães com estas crenças não matam os seus filhos.

Das mães que praticam infanticídio, menos de 1/3 têm distúrbio mental no momento da ocorrência. Sintomas psiquiátricos como a depressão, a irritabilidade, a exaustão e a apatia estão presentes em 50% das mulheres que praticam infanticídio.

A grande maioria das mulheres que cometem neonaticídio (matam o seu bebé no 1º dia de vida) não apresentam qualquer sintomatologia psiquiátrica (11)

### 3 — Efeitos a longo prazo (18,19,20,21,22)

Alguns autores apontam que a deficiente qualidade da interacção com a mãe em idades precoces pode levar a um padrão de vinculação inseguro. Poderão apresentar dificuldades no relacionamento interpessoal com os pares e com os adultos, menos competências cognitivas em tarefas de resolução de problemas e dificuldades de adaptação em situação de *stress*.

Os rapazes, mais que as raparigas, têm tendência para apresentar distúrbios cognitivos e de comportamento.

As raparigas mostram padrões de vinculação submissos e podem apresentar estados depressivos.

De uma forma simples relacionaram-se os distúrbios mentais maternos do pós-parto e os efeitos na criança.

É preciso realçar, no entanto, que apesar das variáveis maternas terem um papel preponderante na interacção mãe-bebé, variáveis do bebé também influenciam esta interacção, incluindo o temperamento deste e aspectos genéticos (11). Estudos sugerem que crianças de mães deprimidas podem ser resilientes e capazes de melhorar as suas interacções com bons parceiros de interacção, e mães deprimidas não melhoram mesmo que os seus bebés tentem aumentar as respostas maternas (20,21).

Citando Brown e Harris (15) "A depressão não é apenas mais um problema, mas o ponto de ligação entre vários problemas, que são simultaneamente sua causa e consequência."

Finalmente é de referir que os efeitos na criança dos distúrbios mentais maternos do pós-parto, são tanto mais severos, quanto maior for a sua duração (11,15).

Se houver necessidade de hospitalização da mãe, essa severidade será acrescida. Daí a necessidade dum diagnóstico e encaminhamento destas situações com a maior brevidade possível.

## Orientações possíveis

Antigamente (citando a obra de Teresa Joaquim "Dar à luz" — estudo sobre práticas e crenças da gravidez, parto e pós-parto em Portugal), havia uma série de rituais sociais, regras passadas de mães para filhas, ensinamentos, truques e magias, a maior parte feitas por outras pessoas que não a mãe, amigos, o pai, a avó, etc. para protecção e segurança da criança e da mãe. Desde a água do primeiro banho ao baptizado, tudo contribuía para lavar as culpas, exorcizar medos e angústias, preparar um futuro risonho protegido por forças superiores.

*saúde  
infantil*

1998; 20/1; 29-41

Agora a família é cada vez mais nuclear, às vezes monoparental, com avós ainda a trabalhar, tias e madrinhas em vias de extinção, deixando a "dança a dois e a três" cada vez mais só.

Em vez de ser um encontro satisfatório, "a dança a dois" torna-se num encontro de ritmos agressivos, estereotipados, impostos e pouco gratificantes. Já não há tempo para o "tricotar da gravidez". Compra-se o enxoval numa grande superfície, o pacote das fraldas descartáveis e na secção de produtos com cheiro a bebé oferecem "manuais de como tratar o bebé".

A mulher pare no hospital, numa enfermaria limpa e arejada, até mostra o livro de vigilância da gravidez e as ecografias e até tem o marido ao seu lado, porque é moda. Não mais o acompanhamento da mãe, da "doula", da mulher entendida. Não mais a intimidade de um momento especial, único e diferente.

E depois vêm as mamadas, o choro, os horários, o "dever de amamentar". As "boas mães amamentam..." e "O peso? Se não engorda sou má mãe!..." etc.

É preciso olhar para as crianças vendo as suas mães. Ouvi-las não só pelo que dizem, mas pelo que fazem e como o fazem. Estar disponível e alerta.

*saúde  
infantil*

1998; 20/1; 29-41

O ideal é a prevenção (3) com:

- A existência de equipas multidisciplinares, com visitas domiciliárias da Enfermeira da Saúde Infantil, no primeiro mês a seguir ao parto.
- A "Notícia de Nascimento" que algumas Unidades Coordenadoras Funcionais enviam para os Centros de Saúde da sua área.
- O uso sistemático de questionários simples na maternidades antes do parto e/ou antes da alta.
- O envolvimento do pedopsiquiatra com os Cuidados Primários e com as Maternidades no seguimento de grávidas de risco.
- A promoção de leis protectoras da maternidade e da paternidade, mais alargadas, permitindo ao pai um maior tempo de permanência em casa para apoio à mãe.

Detectadas as situações de risco impõe-se uma observação mais apertada, através de:

- Consultas
- Visitas domiciliárias
- Alerta aos familiares mais próximos
- Criação de uma rede de apoio à puérpera e à família
- Telefone SOS

Por vezes são suficientes as atitudes de suporte social e familiar, a vigilância, a disponibilidade, e a promoção de uma maior auto-estima e das capacidades maternas, para ajudar a ultrapassar as dificuldades do período de adaptação.

Segundo Racamier (8) "a depressão cura-se naturalmente, assim que a maternidade se instala".

Quando há conflitos na família, o falar com uma terceira pessoa pode ajudar a reformular os problemas, e é certamente o pediatra ou o médico de família, que vê o bebé, a pessoa que a mãe mais facilmente elege para "confidente", onde pode "descarregar" as suas angústias e ansiedades. Deve-se para isso, dar tempo e espaço para que isso aconteça.

Por outro lado, o exame do bebé, feito pelo pediatra junto à mãe, ao demonstrar-lhe as competências inatas do "seu bebé específico dela mesma", pode ajudar a dar a conhecer melhor o novo parceiro da relação e a mostrar o que este espera da mãe, diminuindo as dificuldades, principalmente se for um primeiro filho.

O envolvimento do pai é fundamental, não só pelo apoio que este deve dar à mãe e ao bebé, mas também porque ele pode estar a passar um período difícil de ajustamento, necessitando de ajuda.

Os objectivos terapêutico das disfunções interactivas são (7):

- Favorecer um melhor ajustamento na interacção, procurando estabelecer uma relação de vinculação com afectos predominantemente positivos.
- Permitir à criança e aos pais exprimirem as suas competências e valorizá-las.
- Assegurar um meio estável e seguro.

*saúde  
infantil*

1998; 20/1; 29-41

Por vezes pode haver necessidade de medicação antidepressiva (11) (que poderá ter de ser continuada por 6 meses a um ano). Como os antidepressivos tricíclicos podem em parte ser excretados pelo leite materno, a amamentação deverá ser questionada, adaptada e a decisão de medicar ponderada caso a caso.

Se as dificuldades persistem ou parecem necessitar de terapia mais específica, o encaminhamento para uma Unidade de Primeira Infância ou de Intervenção Precoce, com pedopsiquiatras nas equipas multidisciplinares, deverá ser o mais atempado possível.

Agitação intensa, depressão severa e estados psicóticos implicam o encaminhamento conjunto mãe-bebé para Unidades de Internamento o mais precoce possível, salvaguardando a possibilidade de internamento, embora o aleitamento possa necessitar de ser suprimido (11).

A existência de Unidades de Intervenção Precoce são, como diz Jorge Biscaia (6), Unidades de Cuidados Intensivos ou Intermédios de patologia da relação.

Há de facto crianças que nascem prematuras no seu sistema afectivo e isto é uma nova patologia de uma nova entidade clínica que é a diada mãe-bebé.

Quando se faz a terapia o bebé é participante activo também.

Nestas Unidades tenta-se refazer "os nós e os laços" necessários a uma vinculação segura, promotora de uma posterior autonomia também com segurança.

Só se pode desatar o que está atado. Portanto, só a partir de umas primeiras ligações fortes e seguras se pode partir para novas ligações também seguras.

Estas Unidades de Intervenção Precoce têm pois, não só uma intervenção secundária, curativa, como primária, preventiva, possibilitando a melhoria da transmissão transgeracional de padrões saudáveis de interação.

A este propósito, curioso é o lema de uma Unidade Mãe-Bebé em Estocolmo, "a stitch in time saves nine", confirmado pelos resultados do seu trabalho.

Com a metáfora, "uma malha apanhada a tempo salva nove", pretendem os autores salientar a importância que merecem os distúrbios mentais maternos do pós-parto, e a atenção especial e atempada que lhes é devida.

Melhorando os padrões promoveremos uma melhor saúde mental.

#### Agradecimentos

Ao Dr. Manuel Salgado e à Dr<sup>a</sup> Luísa Veiga, pela revisão do artigo e preciosas sugestões apresentadas, bem como pelo estímulo para o elaborarmos.

*saúde  
infantil*

1998; 20/1; 29-41

#### BIBLIOGRAFIA

---

1. Winnicott DW. Bébés e as Suas Mães. Martins Fontes, 1988, 98 p.
2. Brazelton TB. Tornar-se família. O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento. Terramar, 1992, 274p.
3. Brazelton TB, Cramer B. As Primeiras Relações. Martins Fontes, 1992, 286p.
4. Stern D. Bebé/Mãe: Primeira relação humana. Salamandra, 1992, 181p.
5. Sá E. Psicologia dos Pais e do Brincar. Fim do Século, 1993, 105p.
6. Sá E. A Maternidade e o Bebé. Fim do Século, 1997, 133p.
7. Fornelos M. Relação Precoce e interação. Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria, 1995, 8, 27-33.
8. Torrado da Silva ML. Les interactions precoces mère/enfant et la depression du post-partum.,Saúde Infantil, 1986, VIII, 2,85-100.
9. Bowlby J. Formação e Rompimento dos Laços afectivos. Martins Fontes, 1990, 165p.
10. Ferrari P, Botbol M, Siberrtin-Blanc D, et al. Étude Épidémiologique sur La Depression maternelle comme Facteur de Risque dans la survenue d'une Psychose Infantile Précoce. Psychiatrie de L'enfant, 1991, XXXIV, 1, 35-97.
11. Rutter M, Taylor E, Hersov L. Child and Adolescent Psychiatric. 3ª Ed.,1994, 759-765.
12. Bright D. Postpartum Mental Disorders. American Family Physician, 1994, 595-597.
13. Atkinson LS, Baxley EG. Postpartum Fatigue. American Family Physician, 1994, 7, 113-118.
14. Knops GG. Postpartum mood disorders. A startling contrast to the joy of birth. Postgraduate Medicine, 1993, 93 (3), 103-116.

15. Zuckerman BS. Maternal Depression: A Concern for Pediatricians Pediatrics, 1987, 79 (1. 110-117.
16. Lemaire-Sillère V, Meunier A, Hérubel A, Choquet MC. "Baby-Blues". Depression du Post-Partum et perturbations Mère-Nourrisson dans les trois premières mois de la vie. Psychiatrie de L'Enfant, 1989, XXXII,1, 161-208.
17. Cramer BG. Profissão: Bebê. Terramar, 1989,172p.
18. Murray L. The Impact of Postnatal Depression on Infant Development. J.Child Psychol. Psychiat., 1992,33(3), 534-561.
19. Murray L, Kempton C, Woolgar M, Hooper R. Depressed Mothers' Speech to Their Infants and its Relation to Infant Gender and Cognitive Development. J. Child Psychol. Psychiat., 1993,34(7. 1083-1101.
20. Zeanah C. Psychopathology in Infancy. J. Child Psychiat, 1997, 38(1), 81-99
21. Martinez A, Malphurs J, Field T, et al. Depressed mothers and their infant interactions with nondepressed partners. Infant Mental Health Journal, 1996, 17 (1) 74-81.
22. Sharp D, Hay DF, Pawlby S, Schumucker G, Allen H, Kumar R. The Impact of Postnatal Depression on Boys'Intellectual development, J Child Psychol Psychiat 1995, 36 (8), 1315-1336.

*saúde  
infantil*

1998; 20/1; 29-41

# EXAMES RADIOLÓGICOS EM PEDIATRIA

## Estudo casuístico do Serviço de Radiologia do Hospital Pediátrico

Maria da Luz Caetano<sup>1</sup>, Carlos Alberto Ferrão<sup>1</sup>

### RESUMO

Analisaram-se retrospectivamente as requisições de exames radiográficos realizados no ano de 1994 no Serviço de Radiologia do Hospital Pediátrico (HP). Foram efectuados 16.723 exames: 44% solicitados na Consulta Externa, 36% no Serviço de Urgência e 20% nos restantes serviços.

As radiografia dos membros - 5.379 (32%), do tórax - 4.429 (26%), da bacia - 2.490 (14,9%), do crânio - 1.281 (7,6%) e da coluna - 1.215 (7,3%) foram os exames mais vezes realizados.

No conjunto, a equipa de Ortopedia foi responsável por 9.084 exames (54%).

Das 4.490 radiografias ao tórax, 1008 (23%) foram solicitadas pela Consulta Externa de Cardiologia Pediátrica; apenas foram realizadas 14 (0,3%) incidências de perfil.

Com base na sua experiência, os autores tecem alguns comentários, nomeadamente sobre a selectividade dos pedidos de certas incidências particulares: radiografia do tórax de perfil, posição antero-posterior *versus* postero-anterior, perfil da radiografia do crânio ou incidência de Towne.

**Palavras-chave:** radiografia, Rx tórax, Rx crânio, Rx seios da face, Rx coluna cervical, criança.

### SUMMARY

We retrospectively analysed the request papers for the radiographic examinations made in 1994 in the Radiology Service of the Coimbra Children's Hospital.

There were made 16.723 films: 44% requested by Ambulatory Service, 36% by de Emergency Department and 20% by the other departments.

The limbs - 5.379 (32%), chest - 4.429 (26%), pelvic - 2.490 (14,9%), skull - 1.281 (7,6%) and spine 1.215 (7,3%) films, were the radiographic examinations more frequently made.

---

1. Técnicos de Radiologia, Hospital Pediátrico



The orthopedy team was responsible for 9.084 films (54%). From the 4.429 radiographic chest films, 1008 (23%) were requested by the Ambulatory Pediatric Cardiology Consultation; only 14 (0,3%) lateral chest films were made.

Due to their experience, the authors emphasize the selectivity of the request for certain radiographic films difficult to analyse.

**Keywords:** radiography, chest x-ray, skull x-ray, face sinus x-ray, cervical x-ray, child.

## Introdução

Diariamente são solicitados aos serviços de Radiologia dezenas de exames complementares. A realização de exames radiológicos na criança tem indicações e metodologias próprias inerentes às diferentes idades, o que condiciona maior particularidade na execução desses exames. Contudo, no dia-a-dia, os técnicos desses serviços constataam grandes assimetrias e heterogeneidade na forma como são requisitados esses exames.

Foi nosso objectivo analisar o movimento do serviço em exames radiológicos e quantificar os mais solicitados, relacionando os pedidos com os diversos serviços do hospital.

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 43-54

## Material e métodos

Foram avaliadas retrospectivamente todas as requisições de exames radiográficos realizados a crianças e jovens no ano de 1994. daquelas foram analisados: o tipo de exame realizado e o serviço do hospital que o solicitou.

## Resultados

No ano de 1994 foram solicitados, com requisição, 16.723 exames, cuja distribuição se mostra no Quadro 1. Este quadro mostra-nos a relação e a distribuição, por exames, da totalidade de radiografias efectuadas.

Quadro 1— Total de exames realizados no ano de 1994

Membros	5.379
Tórax / tóraco-abdominal	4.429
Bacia	2.490
Crânio	1.281
Coluna	1.215
Abdómen simples	689
Face / seios perinasais	463
Exames contrastados	305
Ortopantomografia	267
Diversos	205
<b>TOTAL</b>	<b>16.723</b>

A divisão por serviços está documentada na figura 1, dando relevo aos mais significativos, e englobando os restantes na rubrica Outros.

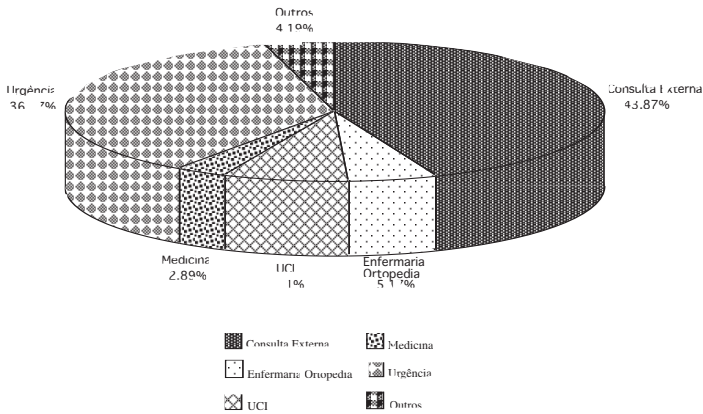


Figura 1 — Serviços onde foram solicitados os exames

As radiografias dos membros superiores e inferiores são apresentadas no Quadro 2, relacionando-as com os serviços.

Quadro 2 — Radiografias aos membros

	C. EXTERNA	URGÊNCIA	ENF. ORTOP.	OUTRO INTER.	TOTAL
M. superiores	1.016	1.218	121	79	2.434
M. inferiores	1.496	997	368	84	2.945
<b>Total</b>	<b>2.512</b>	<b>2.215</b>	<b>489</b>	<b>163</b>	<b>5.379</b>

Os pés (nº 628) seguidos dos joelhos (nº 595) e dos cotovelos (nº 580) foram os segmentos dos membros mais radiografados. Seguiram-se as mãos (nº 475), os punhos (nº 470), as articulações tibio-társicas (nº 456), as pernas (nº 414), os fêmures (nº 411), os antebraços (nº 379), a radiografia métrica dos membros (nº 344), os ombros (nº 219) os úmeros (nº 195), a determinação da idade óssea (nº 69), a radiografia das rótulas (nº 59), radiografia das clavículas (nº 46) e outros (nº 39).

As radiografias do tórax, em conjunto com as incidências tóraco-abdominais, representaram o segundo grupo de exames mais realizados (Quadro 3).

Quadro 3 — Radiografias ao tórax e abdómen

	CONS.CARD.	CONSULTAS	URGÊNCIA	U.C.I.	OUTROS	TOTAL
Tórax	1.008	234	1.816	818	546	4.429
Abdómen	-	37	181	389	82	689
<b>Total</b>	<b>1.008</b>	<b>271</b>	<b>1.997</b>	<b>1.207</b>	<b>628</b>	<b>5.118</b>

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 43-54

No Quadro 4 mostram-se as respectivas incidências dos exames realizados ao tórax. Apenas foram solicitados 14 exames ao tórax em dois planos.

Quadro 4 — Radiografias ao tórax:distribuição por incidências

Simple / A.P.	3.619
Postero-anterior (P.A.)	696
<b>Dois planos</b>	<b>14</b>
Inspiração / expiração	39
Grelha costal	49
Outros	12
<b>Total</b>	<b>4.429</b>

Em relação às radiografias do crânio realizaram-se 956 exames em 2 planos, 37 com coluna cervical, 279 incidências de Towne e 9 outras incidências. As radiografias aos seios da face foram solicitadas em 269 doentes, representando 1,6% do total de exames (Quadro 5).

Quadro 5 —Radiografias do crânio, face, seios perinasais

	CONSULTA	URGÊNCIA	OUTROS	TOTAL
Crânio	191	1.049	41	1.281
Seios perinasais	78	172	19	269
Adenóides / cávum	71	8	1	80
Ortopantomografia	197	68	2	267
Outros	34	79	1	114
<b>Total</b>	<b>1.030</b>	<b>1.397</b>	<b>64</b>	<b>2.491</b>

As incidências da bacia distribuíram-se por: de face (nº 1.912), Lowenstein (rã) (nº 470), em abdução e rotação interna (nº 69), de Dunn e outras (nº 39).

As diferentes incidências da coluna constaram de: coluna extra-longa (nº 732), apófise odontóide (nº 54), coluna cervical (nº 269), coluna dorsal (nº 12), coluna lombar/sagrada (nº 86), inclinações laterais (nº 58) e tomografias (nº 4) (Quadro 6).

Quadro 6 —Radiografias da bacia e coluna

	CONSULTA	URGÊNCIA	ENF. ORTOP	OUTROS	TOTAL
Bacia	1.702	547	213	28	2.490
Coluna	811	262	102	40	1.215
<b>Total</b>	<b>2.513</b>	<b>809</b>	<b>315</b>	<b>68</b>	<b>3.705</b>

Os exames contrastados e os exames especiais foram realizados apenas em 305 vezes (1,8% do total de exames) (Quadro 7). É de referir que, no ano de 1994, o infantoscópio esteve vários meses avariado, obrigando a diferir para mais tarde as datas da realização exames contrastados ou a prescindir deles.

Quadro 7 — Exames contrastados e especiais

Urografia	109
Cistografia	95
Trânsito esôfago-gastro-intestinal	53
Clister opaco	17
Sondas — PHmetria	15
Biópsias	14
Outros	2
Total	305

No intuito de per-operatoriamente ajudar na conduta cirúrgica, foram ainda realizados no bloco operatório 195 exames: 34 dilatações esofágicas, 3 artrografias, 3 pielografias e 155 outros "exames variados".

## Discussão

Da análise destes dados poderão tirar-se ilações sobre alguns comportamentos, que vêm quantificar as impressões subjectivas, adquiridas ao longo dos anos, pelos técnicos de radiologia deste serviço, na sua prática do dia-a-dia.

Da análise do Quadro 1 verificamos que as radiografias dos membros são as mais efectuadas. Estes exames, associadas aos realizados à bacia e à coluna (Quadro 6) totalizaram 9.084 exames (54%), o que significa que o serviço de Ortopedia no seu conjunto (urgência, consulta externa e internamento) foi responsável pela maioria dos pedidos de exames.

O segundo exame mais solicitado foi a tele-radiografia do tórax nas variadas opções (face, antero-posterior, postero-anterior, 2 planos, inspiração e expiração, grelha costal e toraco-abdominal) (Quadros 1, 3 e 4).

Do Quadro 4 poderá concluir-se ter existido grande preocupação na selecção dos pedidos de radiografia do tórax: em 4.429 pedidos, só por 14 vezes (0,3%) foi solicitada a incidência de perfil. Este facto sublinha o esforço de formação que se tem feito, ao longo dos anos, no sentido de que a radiografia de perfil do tórax só seja realizada em situações muito especiais e não por rotina. Pouparam-se assim radiações desnecessárias às crianças, milhares de películas/ano e muitas horas de trabalho/ano.

Na altura não procurámos saber em que circunstâncias foram solicitados estes exames de perfil do tórax. Contudo, em trabalho semelhante realizado nos três últimos meses de 1995, verificámos que o pedido de radiografias do tórax, em dois planos, são solicitadas sobretudo pela Consulta de Fibrose Quística, por situações clínicas muito particulares, na sua cronicidade e gravidade. Esta constatação posterior reforça o atrás comentado, de que o exame de perfil do tórax só excepcionalmente deverá ser solicitado.

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 43-54

Outro aspecto que nos parece ser de salientar, prende-se com a frequência com que foram pedidas radiografias do tórax postero-anteriores ("RX tórax PA"). Nos 4429 pedidos, por 696 vezes foram solicitadas incidências "postero-anteriores" (PA). Sendo a incidência PA mais comum nos adultos, raramente se utiliza nas crianças. Em pediatria a quase totalidade das radiografias são efectuadas em posição antero-posterior (AP), visto ser difícil colocar uma criança na posição PA. Torna-se mais funcional pedir-se simplesmente "radiografia do tórax", deixando ao Serviço de Radiologia a escolha da melhor opção, num compromisso entre a parte técnica a idade e o comportamento da criança.

Também as radiografias da bacia, crânio e coluna atingiram números muito significativos. Refira-se também que a radiografia do crânio, e no que diz respeito às incidências de perfil, também coloca alguns problemas. Muitas vezes a criança por sentir dor e não conseguir manter-se quieta, não permite que se realize a incidência pretendida que, em geral, é a referente ao lado traumatizado. Nessa impossibilidade, recorre-se ao lado contrário. É de referir que, nas requisições nem sempre é especificado o lado pretendido do perfil, o que facilita a decisão do técnico de radiologia.

Deste trabalho realça um reduzido número de pedidos de radiografias da coluna cervical, simultaneamente com as radiografias do crânio. Em relação às requisições das radiografias ao crânio é de salientar um elevado número de pedidos conjuntos de incidência de Towne + crânio 2 planos, (279 vezes), talvez traduzindo a frequência com que se suspeitou de fractura occipital. Interessante foi o facto de existirem requisições extremamente cuidadosas, pedindo apenas a Towne e o perfil, prescindindo-se da frente, o que traduz que talvez fosse desnecessária no entender de quem solicitou os exames.

Pela leitura do Quadro 7 constata-se que a urografia foi o exame com produto de contraste mais realizado. Em situações normais a cistografia per-miccional (CUM) é o exame contrastado mais vezes solicitado. Esta inversão de números deve-se ao facto, atrás referido, de o infantoscópio ter estado avariado durante vários meses, impedindo a realização de muitas CUMs.

## Conclusões

Da análise destes dados poderemos concluir que, nos últimos anos, temos assistido a uma maior preocupação nos pedidos de exames, parecendo haver, pelo menos em muitos dos médicos do nosso hospital, uma deliberada intenção de não realizar exames desnecessários.

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 43-54

# EXAMES RADIOLÓGICOS EM PEDIATRIA

## Comentário Editorial

Este trabalho original vem recordar-nos das dificuldades técnicas que a execução dos exames radiológicos colocam a quem tem por ofício a realização de boas radiografias. E este aspecto tem mais importância se nos lembrarmos que a radiologia convencional constitui mais de 80% do trabalho diário de qualquer departamento de radiologia (1).

Por uma feliz coincidência, foi publicado, nesta revista, um artigo que descreve o movimento global do Serviço de Urgência do HP (2) referente ao mesmo ano deste trabalho do Serviço de Radiologia do HP. Será assim possível estabelecer um confronto entre os diagnósticos e os exames realizados.

O número de exames efectuados aos membros reflecte essencialmente a frequência com que são atendidos traumatismos dos membros no SU (2) e do seu controlo na Consulta Externa de Ortopedia.

Sendo a radiografia o exame de excelência do ortopedista, não será de estranhar que, nesta casuística, os ortopedistas tenham sido responsáveis pela solicitação de cerca de 54% dos exames. Esta primazia dos colegas de ortopedia na solicitação de radiografias é também patenteada em 1994 no SU, por 2.595 (73,3%) de diagnósticos com exames dum total de 3.540 (2).

As apenas 69 radiografias do punho e mão esquerda para realização de idade óssea (IO) testemunham a limitada utilidade desta, no dia-a-dia, que é essencialmente de carácter prognóstico na avaliação duma baixa estatura.

Como seria de esperar, a radiografia do tórax (RXT) foi o segundo exame mais frequentemente realizado, especialmente no SU. Sendo as afecções respiratórias os principais motivos de doença aguda na criança (2) esta preponderância fica assim facilmente explicada.

Contudo, é de salientar que a Consulta de Cardiologia Pediátrica (CCP), só por si, tenha sido responsável por 23% do total dos RXT. Este facto, só se poderá justificar pela "rotina" adquirida no nosso hospital, com início antes da era da ecocardiografia, da realização de uma RXT e de um electrocardiograma (ECG) (antes da observação médica), a toda a criança que recorre à CCP, quer como "primeira" quer como "segunda" consulta.

Apesar dos significativos avanços tecnológicos no estudo imagiológico anatómico e funcional das cardiopatias congénitas ou adquiridas, a RXT mantém-se indicada na avaliação duma cardiopatia congénita, real ou suspeita, não só pela informações de ordem anatómica como funcionais (por exemplo, dando ideia do estado da vascularização pulmonar) (3). Daí que, por questões de funcionalidade das consultas, numa primeira avaliação, e mesmo sem uma anamnese e um exame físico prévio, possa ser defensável a realização dum RXT e dum ECG.

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 43-54

Contudo, atendendo às capacidades actuais da interpretação ecocardiográfica, será discutível esta atitude, em especial em "segundas" consultas, nomeadamente em patologias em regra involutivas, tais como a maioria das comunicações inter-ventriculares sem insuficiência cardíaca.

Assim, este elevado número de radiografias anuais na CCP não deve deixar de ser motivo de reflexão para os nossos cardiologistas pediátricos. Talvez se justifique uma análise retrospectiva ou, melhor ainda, prospectiva, do benefício desta rotina.

Mas também a realização dum RXT na urgência hospitalar merece alguns comentários. No mesmo período foram feitos 369 diagnósticos radiológicos de broncopneumonia no SU. Mesmo que lhes juntemos o total de 463 diagnósticos de bronquiolite do mesmo ano (2), tantas vezes complicadas de broncopneumonia, e muitas das asma que eventualmente possam ter realizado RXT, o seu número fica muito aquém das 1.816 radiografias realizadas.

Na avaliação dum criança com síndrome febril recente, a realização do RXT é tida como de pouca utilidade na ausência de sinais ou sintomas de infecção respiratória baixa (4,5). Já na presença dum associação de sintomas e/ou sinais respiratórios — tosse, taquipneia, tiragem, gemido, adejo nasal e/ou alterações na auscultação pulmonar (ralas, diminuição do murmúrio, sopro tubar), ou perante taquipneia isolada —, constatam-se alterações radiológicas numa grande percentagem de doentes (5,6).

Mas apenas um terço a metade dos doentes febris, com ralas à auscultação pulmonar, têm alterações no RXT (5,6). Ao invés, muitas das pneumonias documentadas poderão cursar sem ralas (5).

Na ausência de sinais clínicos, será pequena a probabilidade de existirem alterações radiográficas pulmonares compatíveis com pneumonia (5). Assim, nestas circunstâncias, a solicitação dum RXT será discutível.

A dificuldade de colaboração no exame clínico das crianças de baixa idade, poderá justificar parte dos exames realizados.

A própria interpretação dos RXT é muito subjectiva (1,7,8). A percentagem de discordâncias na interpretação dum RXT, realizados na avaliação de eventuais pneumonias, é de 25% (7) a 31% (1).

O RXT tem um valor muito limitado na diferenciação entre pneumonia bacteriana ou viral (8,9). Por outro lado, numa pneumonia é frequente existirem associadamente vírus e bactérias (8). Poderá assim ser impossível excluir a presença de infecção bacteriana em muitas das pneumonias (8,9).

Nas crianças com clínica suficientemente preocupante, que exija internamento, seja pela idade ou pela gravidade, estará indicada a realização dum RXT. Contudo, naquelas que poderão ser tratadas em regime ambulatorio, poderá sugerir-se que talvez a clínica seja suficiente, não exigindo qualquer investigação (RXT) se se verificar uma pronta resposta ao tratamento antibiótico instituído (9).

Também nos apraz reforçar a realização de somente 14 perfis em 4.429 radiografias do tórax (0,3%), ao invés do que é habitual observarmos nos exames que nos são trazidos do exterior.

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 43-54

O perfil do RXT, além de ser um exame de interpretação difícil, e nem sempre de fácil realização, só em situações especiais trará informações adicionais (6). Por estes motivos deverá ser abandonada a sua realização por rotina, devendo executar-se exclusivamente ou por solicitação dum radiologista (6) ou após adequada ponderação.

As patologias da bacia foram responsáveis por 15% dos exames realizados, quase metade dos exames efectuados aos membros. Na realidade, cerca de dois terços (68%) dos exames da bacia foram pedidos na Consulta Externa (logicamente de Ortopedia). Este número atesta a prevalência das sinovites da anca, das luxações congénitas da anca (LCA), dos Legg-Perthes e das epifisólises e o movimento da Consulta de Ortopedia nos seus controlos.

No mesmo ano, foram apenas diagnosticadas 100 LCA e 184 "alterações sinoviais/tendões", sem especificação clara de sinovites da anca (2). Muitos dos 547 RX realizados à bacia, ter-se-ão devido, muito provavelmente, aos muitos casos anuais referidos ao SU por suspeita de LCA, na maioria das vezes, com base exclusivamente numa assimetria das pregas da coxa.

A radiografia do crânio foi realizada 1.281 vezes, das quais 1049 (82%) no SU. Isto reflete a frequência com que observamos traumatismos do crânio. No mesmo ano, foram diagnosticados 731 traumatismos cranianos, dos quais apenas 485 justificaram exames (2).

Este elevado número de exames radiográficos ao crânio também merecem uma reflexão sobre a sua utilidade nos traumatismos crânio-encefálicos (TCE) ligeiros (sem perda de conhecimento e sem alterações do exame neurológico).

Em crianças com mais de um ano, o RX do crânio, tal como a tomografia axial computadorizada, não têm indicação na maioria dos TCE ligeiros não complicados de perda de conhecimento ou amnésia, com avaliação de 15 na escala de Glasgow, sem défices neurológicos focais, sem depressão na calote craniana e sem sinais de fractura do rochedo (otorráquia ou otorragia) ou da órbita (10,11,12).

As indicações para a realização do RX crânio após TCE são: idade inferior a 1 ano; perda de conhecimento superior a 5 minutos; alteração do estado de consciência; presença de sinais focais; depressão ou perfuração da calote craniana; hematoma galeal palpável; otorráquia ou otorragia; rinorráquia; sinal de Battle; equimose peri-ocular ("raccoon eyes") (11).

Contudo, será sempre difícil reduzir este número radiografias ao crânio, mesmo perante ligeiros TCE, não só pela acessibilidade na sua execução e facilidade de interpretação, mas sobretudo pelo efeito placebo nos pais. Com melhor esclarecimento destes, provavelmente, em muitos casos, poder-se-ia evitar este exame, obviando a falsa segurança que o mesmo lhes possa incutir.

O fundamental será um adequado esclarecimento dos parâmetros a vigiar e a necessidade de reobservação face a qualquer tipo de agravamento (10).

No HP foram atendidas, em 1994, cerca de 7.000 episódios de infecções respiratórias altas (2), das quais 0,5% a 5% terão desenvolvido sinusite, sendo esta prevalência muito maior nas crianças com rinite alérgica (13,14). A realização de apenas 269 radiografias dos seios da face, dos quais 172 (64%) no serviço de urgência, é um dado agradável.

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 43-54



Na criança, as dificuldades na avaliação radiográfica dos seios da face, especialmente nas mais jovens, são razões da existência de muitos falsos positivos e muitos falsos negativos no diagnóstico de sinusite (15,16).

Em adultos com catarros respiratórios superiores, é muito alta a frequência de envolvimento dos seios da face (em quase 90% nos seios maxilares) (17). A resolução destas alterações é progressiva, mas poderá demorar mais de três semanas em muitos casos (17), facto este que limita o interesse da realização deste exame nas fases agudas de doenças respiratórias altas.

Também em crianças, a ocorrência prévia, até 1 mês, duma infecção respiratória superior, associa-se a uma elevada percentagem de achados radiográficos anormais (superior a 50%), nas radiografias da face realizadas em crianças com queixas não relacionadas com infecção respiratória ou dos seios nasais (18).

Todos estes factos contribuem para tornar desnecessária a realização inicial de radiografias nas sinusites não-complicadas (14,19), devendo solicitar-se quando o diagnóstico é questionável, na probabilidade de doença grave ou na suspeita de eventual complicação supurativa regional (14).

Os exames da coluna terão sido solicitados essencialmente pela Consulta de Ortopedia, onde existe uma sub-consulta de "Coluna", para a qual são referidas as escolioses. Os politraumatizados terão sido responsáveis pelas 262 radiografias da coluna solicitadas no SU.

Pelas razões já apontadas, foi muito reduzido o número de exames contrastados, nomeadamente de CUMs.

Cerca de 1% das crianças têm refluxo vesico-ureteral (RVU)(20), a maioria dos quais detectados na sequência da investigação imagiológica duma prévia infecção urinária (IU) (20). A presença de uropatia subjacente em 49% das 130 crianças com IU prévia num estudo pessoal (21) — dos quais 29% eram RVU e 12% hidronefroses —, justifica a obrigatoriedade de investigação imagiológica em toda a criança com IU bem documentada.

Sendo o refluxo gastro-esofágico (RGE) muito comum na criança, em especial no pequeno lactente, menos de 53 trânsitos esófago-gastro-duodenais (TEGD) (naquele número estão também incluídos os trânsitos intestinais), à primeira vista, e apesar das contingências referidas, poderão parecer muito pouco.

O TEGD frequentemente demonstra a existência de RGE. Contudo, o facto de o TEGD poder ter mais de 50% de falsos negativos, e de serem também muito comuns os falsos positivos (22), condicionam que este exame seja, amiúde, omitido na investigação dum possível RGE (22).

Na maioria dos RGE não complicados, será desnecessária a realização de exames complementares, reservando-se o seu pedido para os casos mais graves ou de interpretação complexa (23).

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 43-54

## Conclusões

Se os resultados globais são bons, parece haver ainda algum desfazamento entre o número de diagnósticos e o número de exames realizados.

Isto questiona da necessidade de cada um, ao solicitar um exame complementar, de fazer sempre uma análise dos benefícios do mesmo para o doente (e claro, dos benefícios para o médico, como uma forma de auto-aprendizagem).

Há que evitar pedir exames por "dá cá aquela palha", por "descarga de consciência" do médico, "para satisfazer e calar os doentes (ou os pais dos doentes)", por rotinas não devidamente avaliadas, por ignorância de todos nós neste ou naquele assunto.

Numa prática médica adequada, é obrigatório fazer diariamente reflectidas selecções: dos doentes a investigar; dos exames a realizar; da oportunidade dos mesmos e inclusivé do local (laboratório de radiologia) em que estes serão executados (24).

Mas, se nos depararmos já com os exames realizados, há que interpretá-los adequadamente, de forma a não se recriar a Síndrome de Ulisses (25).

Convém lembrar que, num trabalho publicado recentemente, em cerca de 20% (um quinto!), ocorreu uma discordância de interpretação dos exames radiológicos entre radiologistas e médicos não-radiologistas (1). Destas discordâncias, a maior responsabilidade deveu-se, no que diz respeito aos radiologistas, a uma informação clínica ilegível e, pelos não-especialistas de radiologia, por interpretações falsamente positivas (85% das discordâncias) (1).

Em síntese: nos pedidos de radiografias será conveniente uma informação mínima legível; só deverão ser solicitados os exames necessários e os possíveis; não se tratam exames, mas sim doentes.

**Manuel Salgado**

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 43-54

## BIBLIOGRAFIA

1. Basulaiman MO, Elzubier AG. X-Ray Film Interpretation by Hospital Outpatient Departments and Primary Health Care Center Physicians in Dammam, Saudi Arabia. *Ann Saudi Med* 1996; 16: 629-32.
2. Lemos L, Brinca B, Seabra J, Coimbra JAM, Soares FB. Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra - 1994 (Informatização global: clínica e administrativa). *Saúde Infantil* 1996; 18: 5-23.
3. Strife JL, Bisset III GS. Cardiovascular System. In: Kirks DR. *Practical Pediatric Imaging. Diagnostic Radiology of Infants and Children*. Boston: Little, Brown and Company 1991: 418-513.
4. Patterson RJ, Bisset III GS, Kirks DR, Vaness A. Chest Radiographs in the Evaluation of the Febrile Infant. *AJR* 1990; 155:833-5.
5. Leventhal JM. Clinical Predictors of Pneumonia as a Guide to Ordering Chest Roentgenograms. *Clin Pediatr* 1982; 21: 730-4.

6. Ashong EF, Patel PJ, Jarallah A, Kolawole TM. The Role of Chest Roentgenography in the Management of Febrile Children with Respiratory Signs and Symptoms. *Ann Saudi Med* 1989; 9: 267-71.
7. Stickler GB, Hoffman AD, Taylor WF. Problems in the Clinical and Roentgenographic Diagnosis of Pneumonia in Young Children. *Clin Pediatr* 1984; 23: 398-9.
8. Courtoy I, Lande AE, Turner RB. Accuracy of Radiographic Differentiation of Bacterial from Nonbacterial Pneumonia. *Clin Pediatr* 1989; 28: 261-4.
9. Anónimo. Pneumonia in Childhood. *Lancet* 1988; i: 741-3.
10. Goldstein B, Powers K S. Head Trauma in Children. *Pediatr Rev* 1994; 15: 213-9
11. Lloyd-Thomas AR, Anderson I. Pediatric Trauma: Secondary Survey. *Br Med J* 1990; 301:433-7
12. Masters SJ, McClean PM, Arcarese JS et al. Skull X-Ray Examinations After Head Trauma. Recommendations by a Multidisciplinary Panel and Validation Study. *N Eng J Med* 1987; 316:84-91.
13. Wald ER. Sinusitis in Children. *Clin Therapeutics* 1988;10; suppl B: 33-45.
14. Richards W, Roth RM, Church JA. Underdiagnosis and Undertreatment of Chronic Sinusitis in Children. *Clin Pediatr* 1991;30:88-92.
15. Lusk RP, Lazar RH, Muntz HR. The Diagnosis and Treatment of Recurrent and Chronic Sinusitis in Children. *Pediatr Clin North Amer* 1989;36:1411-21.
16. Odita JC, Akamaguna AI, Ogisi FO, Amu OD, Ugbodaga CI. Pneumatisation of the Maxillary Sinus in Normal and Symptomatic Children. *Pediatr Radiol* 1986; 16: 365-7.
17. Gwaltney JM, Phillips CD, Millers RD, Riker DK. Computed Tomographic Study of the Common Cold. *N Eng J Med* 1994;330:25-30.
18. Kovatch AI, Wald ER, Ledesma-Median J, Chiponis DM, Bedingfiel B. Maxillary Sinus Radiographs in Children with Nonrespiratory Complaints. *Pediatrics* 1984; 73: 306-8.
19. Wald ER, Chiponis D, Ledesma-Medina J. Comparative Effectiveness of Amoxicillin and Amoxicillin-clavulanate Potassium in Acute Paranasal Sinus Infections in Children. *Pediatrics* 1986;77:795-800.
20. Aggard VK, Jones KV. Vesicoureteral Reflux: Screening of First Degree Relatives. *Arch Dis Child* 1989; 64: 1538-41.
21. Salgado M. Comunicação pessoal não-publicada.
22. Fonkalsrud EW, Ament ME. Gastroesophageal Reflux in Childhood. *Curr Probl Surg* 1996; 33 (1):1-80.
23. Dipalma J, Colón AR. Gastroesophageal Reflux in Infants. *Am Fam Physician* 1991;43:857-64.
24. Dawood R, Hall CM. Too Much Radiation for Too Many Children. *Br Med J* 1988;296: 1277-8.
25. Salgado M, Fonseca N. A Síndrome de Ulisses. *Saúde Infantil* 1993;15:83-4.

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 43-54

# OBSTIPAÇÃO NA CRIANÇA: abordagem dietética

Paula Garcia<sup>1</sup>, Manuel Salgado<sup>2</sup>

## RESUMO

A obstipação aguda ou crónica é uma situação muito frequente na prática clínica diária e responsável por uma alta morbilidade. Embora a abordagem farmacológica seja frequentemente necessária, os seus potenciais efeitos secundários e o facto de constituir uma medida pouco natural à resolução duma situação crónica, não deverá constituir a única medida terapêutica.

A redução generalizada das fibras na dieta, decorrente da recente e profunda modificação dos hábitos alimentares, é uma das causas responsáveis da crescente prevalência da obstipação crónica. Importa assim dar ênfase à vertente higieno-dietética no seu tratamento e à prevenção como uma medida mais natural e de fácil acesso.

Neste artigo é sobretudo focado o tratamento dietético da obstipação, nomeadamente o uso de uma alimentação enriquecida em fibras. Apresenta-se um conjunto de alimentos ricos em fibras, a partir dos quais se pode formar ou complementar um regime variado.

**Palavras-chave:** obstipação, fibras, criança.

## SUMMARY

Acute or chronic constipation is a very frequent situation in clinical practice, responsible for a high morbidity. In the beginning of the treatment the use of pharmacologic agents is necessary most of the times but, attending to their secondary effects and to the fact that they are not natural, they shouldn't be the only therapeutic option.

The recent modification of the alimentary habits, with a generalized reduction of the consumption of fibers, is one of the main reasons for the high prevalence of chronic constipation. The authors emphasize the importance of new dietary habits as a more easy and natural way to treat and prevent constipation, specially when using a diet rich on fibers.

**Keywords:** constipation, fibers, child.

1. Interna de Pediatria do Hospital Distrital de Aveiro
2. Assistente Hospitalar Graduado do Hospital Pediátrico de Coimbra

## Introdução

A obstipação é uma patologia muito frequente em idades pediátricas. São variados os motivos de consulta, desde obstipação evidente, com fezes duras e pouco frequentes, a uma obstipação “oculta”, manifestada por dores abdominais recorrentes, especialmente durante ou após as refeições (pelo reflexo gastro-cólico), ou mesmo por “diarreia” (falsa diarreia do fecaloma).

Também é comum observarem-se as manifestações da agudização de uma obstipação crónica não previamente reconhecida pelos pais: dor abdominal tipo cólica, associada ou não a vómitos e/ou a falsas vontades.

A obstipação é uma situação que vulgarmente não é valorizada até atingir estádios avançados (encopresis). Os casos com dejectões diárias mas cronicamente incompletas, com a consequente progressiva retenção, estarão na origem de obstipações graves subvalorizadas pelos pais e subdiagnosticadas pelos médicos. Esta generalizada subvalorização resulta em parte da existência de variados conceitos de obstipação.

## Definição de obstipação

Existem variadas definições de obstipação, mais ou menos abrangentes. Aquela deverá ser reconhecida perante pelo menos um dos critérios do quadro 1:

Quadro 1 — Definição de obstipação

- 
- 1) Diminuição do número de dejectões diárias em relação ao número habitual
  - 2) Dor ou dificuldade na defecação
  - 3) Presença de fezes duras ou desidratadas (cibalas)
  - 4) Dejectões incompletas com acumulação a montante (presença de fecaloma ao toque rectal) (1 - 5)
- 

### Variabilidade no trânsito intestinal (6)

É muito variável o número médio de dejectões diárias. O seu número diminui com a idade. Do primeiro ao quarto ano de vida, 85% das crianças têm uma a duas dejectões por dia; 96% têm desde três dejectões diárias a uma dia sim dia não. O declínio da frequência de dejectões com a idade poderá dever-se ao aumento do tempo do trânsito intestinal (8,5 horas de 1 aos 3 meses; 10 horas de 1 aos 2 anos e 33 horas dos 4 aos 5 anos), em função da diversificação alimentar ou com a aquisição do controlo do esfíncter anal.

## 1. Noções fisiopatológicas

### Normal funcionamento recto-cólico (2, 3, 4, 7)

O cólon recebe do intestino delgado o que resta dos alimentos ingeridos após os processos de digestão e absorção de nutrientes, água e electrólitos e o resultado das secreções gástri-

cas, biliares, pancreáticas e intestinais. O cólon tem como funções essenciais a desidratação do conteúdo intestinal (90% da água é reabsorvida no cólon), a fermentação pelas bactérias cólicas, a emulsão, propulsão e acomodação das fezes até à sua expulsão.

São reconhecidos dois tipos principais de movimentos:

- a) As contracções segmentares rítmicas, responsáveis por misturar o conteúdo cólico que podem impedir a propulsão e que ocorrem regularmente durante o dia. São mais importantes na região recto-sigmoideia para acomodação de fezes no recto.
- b) Os movimentos peristálticos propulsores surgem por períodos de duas horas ao acordar e após as refeições. São os que movem as fezes mais rapidamente e com maior eficácia. Constituem o chamado reflexo gastro-cólico.

### **Mecanismos fisiológicos de defecação** (2, 3, 4, 7)

A defecação é um processo complexo com componentes involuntários e voluntários. A distensão da ampola rectal leva ao estiramento dos plexos mioentéricos, à consciencialização da necessidade de defecação e ao relaxamento do esfíncter anal interno. A dejectação surge com o aumento da pressão intra-abdominal por contracção dos músculos abdominais, do diafragma e do pavimento pélvico, elevação do ângulo puborectal e relaxamento do esfíncter anal externo.

Se a criança inibe voluntariamente este processo por dor, por “indisponibilidade” durante a brincadeira ou por falta de condições do meio ou por punição, assiste-se a um avolumar progressivo de fezes no recto, progressivamente mais desidratadas e duras, levando a um ciclo vicioso com aumento da capacidade rectal (megarecto, megacólon), diminuição dos reflexos de estiramento e posteriormente encopresis.

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 55-64

### **Factores de risco para a obstipação crónica** (1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13)

Conhecendo as principais patologias ou factores de risco que levam à obstipação crónica poderemos prevenir o seu aparecimento. São elas: um quadro de obstipação aguda por doença febril, presença de dor por fissura anal, adiamento da dejectação por brincadeiras, intervenções coercivas (por exemplo, com o uso de supositórios ou enemas) ou devida a patologia orgânica intestinal (doença de hirschsprung, malformação anorectal, megacolon congénito) ou doença sistémica (hipotiroidismo, hipercalcémia, hipocaliémia, paralisia cerebral, espinha bífida, osteogénese imperfeita, mucopolissacaridose, epidermólise bolhosa, tumores). Algumas situações que habitualmente cursam antes com diarreia crónica: doença celíaca, fibrose quística e intolerância às proteínas do leite de vaca, podem constituir factores desencadeantes.

Além das situações de risco, a obstipação está quase sempre presente em crianças acamadas, com problemas neurológicos ou de desenvolvimento psicomotor. Também uma dieta preferencialmente lacto-farinácia e conseqüentemente pobre em resíduos, tão comum em crianças com caprichos alimentares, estará na origem de uma alta percentagem de casos de obstipação nos dias de hoje.

É importante excluir uma causa orgânica subjacente e devemos pensar nela sempre que a obstipação tem um início precoce, é resistente às medidas habituais de tratamento ou quando o exame físico é anormal.

**Aspectos comportamentais e psico-afectivos** (1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10).

Factores comportamentais estão frequentemente presentes numa obstipação rebelde, sendo difícil de reconhecer se são secundários ou primários. Estes devem ser reconhecidos precocemente de forma a serem combatidos comportamentos de retenção voluntária de fezes.

**2. Fibras alimentares** (diferenças entre fibras solúveis e fibras insolúveis)

**Fontes e variedades** (10, 12-20)

As fibras são remanescentes das paredes celulares de plantas que resistem à digestão enzimática do tracto digestivo mas que podem ser parcialmente hidrolizadas pelas bactérias cólicas. São uma mistura de carboidratos complexos (polissacarídeos), sendo classificadas de acordo com a sua solubilidade em água. O quadro 2 apresenta um resumo comparativo dos efeitos mecânicos e metabólicos entre as fibras solúveis e insolúveis.

*saúde infantil*

1998; 20/1: 55-64

Quadro 2 — Efeitos mecânicos e metabólicos das fibras solúveis e insolúveis (20)

Efeitos das fibras	Solúveis	Insolúveis
Atraza esvaziamento gástrico	SIM	NÃO
Aumenta o bolo fecal	SIM	SIM
Aumenta a frequência de movimentos peristálticos	SIM	SIM
Regula o tempo de trânsito cólico	SIM	SIM
Diminui a absorção e os níveis pós-prandiais de glucose	SIM	NÃO
Diminui o nível sérico de colesterol LDL e VLDL	SIM	NÃO

As fibras estruturais (celulose, lenhina e algumas hemiceluloses) são insolúveis e de baixo valor biológico. As fibras solúveis (pectinas, gomas, mucilagens, guar e algumas hemiceluloses) também chamadas viscosas, são nutricionalmente mais ricas e parcialmente digeridas pelas bactérias fermentativas do cólon.

A maior parte dos alimentos com fibras possuem estes dois tipos na sua composição em proporções variáveis. Por exemplo, o farelo de aveia é rico em gomas e considerado uma boa fonte de fibras viscosas. O farelo de trigo é mais rico em fibras insolúveis.

Em geral os vegetais, grãos e sementes são boas fontes de celulose e os farelos e alguns grãos inteiros são as fontes mais concentradas em hemiceluloses. Os legumes verdes fornecem também micro-nutrientes essenciais como os carotenos, ácido ascórbico, ferro, cálcio, potássio e o selénio. As maçãs e os citrinos contêm maior quantidade de pectina e mucilagem.

A situação ideal será a de consumir alimentos naturais ricos em fibras e variar entre os diversos tipos. As fibras purificadas ou artificiais são tendencialmente irritantes pelo que devem ser evitadas.

### **Mecanismo de acção das fibras alimentares** (10, 12, 14, 16, 17, 19, 21-24)

A ingestão de fibras em quantidades adequadas leva primariamente a um aumento do material não digerido e não fermentado, com consequente adsorção de água e bactérias seguida pela produção de gás durante a fermentação das fibras solúveis (Quadro 3).

---

#### Quadro 3 — Mecanismo de acção das fibras

---

- Aumento de volume e peso das fezes
  - Diminuição da consistência das fezes
  - Aumento do número de ondas peristálticas
  - Diminuição do tempo de trânsito intestinal
  - Aumento do número de dejeções
- 

Este processo de fermentação cólica leva à produção de ácidos gordos de cadeia curta, com funções importantes na fisiologia do organismo: o ácido acético é metabolizado nos tecidos periféricos (músculo, coração e rim) para produção de energia; o ácido butírico tem importantes funções tróficas na diferenciação e maturação das células cólicas; o ácido propiónico é metabolizado nos hepatócitos via gluconeogénese, ureogénese, e colesterogénese para produção de energia. Estes ácidos gordos de cadeia curta têm propriedades laxantes e capacidade de aumentarem a absorção de água, sais e bicarbonato.

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 55-64

### **Efeito benéfico das fibras a médio e longo prazo** (6, 12, 15, 16, 19, 21-23, 25, 26)

Para além de serem um factor importante na função e fisiologia cólica, são atribuídos às fibras alimentares outros efeitos importantes. Pensa-se diminuir o risco de doença cardiovascular pelo efeito hipocolesteremiante das fibras solúveis, ao diminuir a absorção de lípidos e promoverem o aumento da excreção dos ácidos biliares. Ao possibilitarem a diminuição do aporte calórico com satisfação do apetite, podem contribuir para o controlo da obesidade. Pensa-se que poderá também diminuir o risco de diabetes tipo II, pelo efeito hipoglicemiante das fibras hidrossolúveis capazes de modularem a rapidez de absorção intestinal, o metabolismo hepático e a utilização periférica de glicose.

É-lhe também atribuído uma diminuição no risco de tumores (cólon, pâncreas, próstata, ovário, endométrio e mama) por diminuir a concentração relativa e o tempo de contacto com a mucosa dos carcinogénios por aumento do volume das fezes e também ao efeito protector relacionado com o aumento da concentração de cálcio no lúmen intestinal e diminuição do pH. O ácido butírico estimula a proliferação de células intestinais normais e modifica a expressão de um certo número de oncogenes.

Calculam-se ainda efeitos benéficos na prevenção da diverticulose intestinal e no cólon irritável.



### **Efeitos secundários e de sobredosagem na ingestão de fibras (2, 4, 5, 10,12, 15, 16, 17, 19, 21, 23, 27)**

A introdução de fibras na alimentação deve ser feita de um modo gradual com aumento concomitante da ingestão de líquidos. Os efeitos da sobredosagem (ingestão superior à idade em anos mais 10 gramas por dia até um máximo de 35 gramas por dia) ou o aumento intempestivo da quantidade de fibras na dieta são, na maioria dos casos, transitórios por progressiva adaptação do organismo.

Os sintomas incluem aumento do meteorismo, cólicas abdominais, distensão abdominal e até diarreia, resultantes do aumento da fermentação bacteriana das fibras no cólon, com consequente libertação de ácidos gordos voláteis, hidrogénio, dióxido de carbono e metano e/ou efeito irritante local.

Existe alguma controvérsia entre o aumento do teor em fibras na alimentação e a possibilidade de poder levar à carência calórica e malabsorção de nutrientes essenciais ao crescimento e ao desenvolvimento da criança. Vários estudos recentes desmistificaram este facto e os autores são unânimes em afirmarem que, nas doses recomendadas e com um regime alimentar equilibrado em calorias, hidratos de carbono, lípidos, proteínas, minerais e vitaminas, não há alteração na absorção de micronutrientes essenciais, minerais, vitaminas, retinol e síntese endógena de colesterol HDL. Poderá verificar-se inclusivamente um aumento dos níveis séricos de ferritina e de micronutrientes protectores antioxidantes (polifenóis, flavonóides, carotenóides e oligoelementos).

Os compostos que reconhecidamente podem interferir nos mecanismos de absorção, quando em doses excessivas ou perante um regime desequilibrado, são:

- a) Os fitatos que formam compostos insolúveis com o cálcio, o fósforo, o ferro, o cobre, o magnésio e o zinco.
- b) O ácido oxálico que interfere com a absorção de ferro.
- c) A pectina e a celulose que diminuem o colesterol sérico por sequestração de ácidos biliares e consequente aumento do conteúdo fecal em gorduras com possibilidade de excreção aumentada de vitaminas lipossolúveis.

### **As fibras na diversificação alimentar do lactente (1, 2, 3, 15-18, 22, 23)**

São poucos os artigos científicos que estudam e recomendam quantidades de fibras antes dos 2 ou 3 anos de idade.

No recém-nascido alimentado exclusivamente com leite materno a obstipação é uma situação rara. Pode ser considerado normal a ocorrência de uma dejectão com intervalos de cerca de uma semana, desde que não haja repercussão no crescimento ou bem estar do bebé.

O factor limitante da introdução numa alimentação rica em fibras nesta idade deve-se:

- 1) Ao baixo valor biológico das fibras, por serem hipocalóricas, sem aminoácidos essenciais e com conteúdo lipídico inferior a 1%.

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 55-64

- 2) Ao risco de tornar a dieta desequilibrada em termos calóricos (devido ao seu volume) com consequente repercussão no crescimento.
- 3) À possibilidade da diminuição da biodisponibilidade de micronutrientes, minerais e vitaminas lipossolúveis essenciais.
- 4) À possibilidade de intolerância gastrointestinal e indigestibilidade das fibras em idades precoces (até aos 6 meses de idade), quando os fermentos digestivos estão imaturos e/ou as bactérias cólicas estão em quantidade reduzida. Contudo, parece haver outras bactérias anaeróbias fermentativas desde o nascimento porque se verifica que certa quantidade de lactose chega ao cólon e é fermentada em ácidos gordos de cadeia curta.

Assim, entre os 6 e 12 meses será mais seguro aumentar gradualmente o regime em fibras até 5 gramas por dia.

É de referir que, em relação ao lactente alimentado com leite materno, na maioria dos casos se trata apenas duma falsa obstipação: após um período de dejeções de pequeno volume depois de cada mamada subitamente, por volta do segundo mês de vida, ocorre uma modificação deste padrão passando a dejeções raras e mais volumosas, mantendo contudo as características líquidas ou semi-líquidas.

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 55-64

### 3. Recomendações

**Genéricas** (2, 7-12, 18, 21, 23, 27, 28, 29)

Na abordagem de uma criança obstipada é importante ter em mente os princípios gerais orientadores, sem os quais a terapêutica será sempre incompleta.

O regime alimentar deverá ser adequado à idade e condição social, agradável ao paladar, variado, enriquecido em fibras e líquidos, tendo sempre em conta as necessidades básicas em hidratos de carbono, proteínas, lípidos e calorias, essenciais ao normal crescimento e desenvolvimento.

O tratamento da obstipação por este meio deve ser gradual, pois é necessário que o organismo e a flora intestinal se adaptem ao novo tipo de alimentos. Uma vez o hábito adquirido o seu efeito é duradouro, garantido e o mais fisiológico. São geralmente medidas simples e ao nosso alcance que, só por si, podem resolver até 85% das obstipações simples e complementar de uma forma decisiva as situações mais complexas (de longa duração, associadas a encopresis, nos acamados, nas paralisias cerebrais, etc).

Quando existe uma situação de encopresis ou retenção aguda de fezes, principalmente com dor ao defecar, é útil associar temporariamente um laxante por via oral concomitantemente com o esvaziamento da ampola rectal com enemas ou supositórios de glicerina.

Em regra os tratamentos da obstipação deverão ter uma duração suficientemente longa. Este facto é muitas vezes descurado, justificando a alta percentagem de recaídas que poderá rondar os 25 a 35%.

### **Comportamentais e psico-afectivos (1, 2, 4, 6-10)**

São necessários tempo e paciência para não entrar na “guerra do penico”. Para o efeito devem-se tentar criar hábitos de evacuação regulares, sentando a criança uma a duas vezes por dia, dez a quinze minutos, por exemplo, encorajando a leitura ou contando histórias, aproveitando os momentos de reflexo gastro-cólico mais intenso do acordar ou após as refeições.

Na abordagem da vertente psico-afectiva, mais importante nos casos de encopresis, deve incluir a informação pormenorizada aos pais e à criança, desmistificando a situação, assim como fornecer conselhos sobre medidas de autocontrolo e autoconfiança. Nas crianças mais novas pode-se também recorrer a métodos de reforço positivo/ negativo.

### **Consenso na utilização das fibras (21)**

- As fibras têm benefícios importantes para a saúde.
- As crianças geralmente consomem quantidades inferiores ao recomendado.
- O aumento das fibras na dieta pode ser conseguido pelo aumento e/ou consumo de uma gama variada de frutos, vegetais, cereais e leguminosas secas.
- Os benefícios do aumento de fibras sobrepõem-se aos potenciais riscos especialmente em países altamente industrializados.
- As crianças com mais de 2 anos devem ter um regime em fibras superior ou igual ao valor da idade em anos mais 5 gramas por dia e inferior à idade mais 10 gramas por dia até um máximo de 35 gramas por dia.

Apresentam-se dois quadros de alimentos mais ricos em fibras que poderão ser úteis no aconselhamento e diversificação do regime alimentar de qualquer criança, obstipada ou não, dadas as vantagens anteriormente demonstradas. Em anexo são referidas as concentrações em fibra de alimentos comuns e de cereais vendidos no mercado português.

### **BIBLIOGRAFIA:**

1. Loening Baucke V. Management of chronic constipation in infants and toddlers. *Am Fam Physician* 1994; 49: 397-406.
2. Sarles J, Guys JM. Constipation du nourrisson et du petit enfant. *Rev Praticien* 1993; 207: 23-7.
3. Ebel VJ, Rideell D. *Can Fam Physic* 1992; 38: 2167-74.
4. Clayden GS, Agnarsson U. Constipation. *Curr Paediatr* 1991; 1: 8-12.
5. Klauser AG, Peyrerl C, Schindlbeck NE, Muller-Lissner As. Nutrition and physical activity in chronic constipation. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1992; 4: 227-33.
6. Weaver LT, Steiner H. The bowel habit of young children. *Arch Dis Child* 1984; 59: 649-52.

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 55-64

7. Wrenn K. Fecal impaction. *N Engl J Med* 1989; 321: 658-62.
8. Clayden GS. Tratamento da obstipação crónica. *Arch Dis Child (ed.Port.)* 1994; 2: 39-44.
9. Hatch TF. Encopresis and constipation in children. *Ped Clin N Am* 1988; 35: 257-79.
10. Donatelle EP. Constipation: pathophysiology and treatment. *Am Fam Physician* 1990; 42: 1335-42.
11. Moriarty KJ, Irving MH. Constipation. *Br Med J* 1992; 304: 1237-41.
12. Council on Scientific Affairs. Dietary fiber and health. *JAMA* 1989; 262: 542-6.
13. Iacono G, Carroccio A, Cavataio F, Montalto G et al. Chronic constipation as a symptom of cow milk allergy. *J Pediatr* 1994; 126: 34-9.
14. Hillemeier C. An overview of the effects of dietary fiber on gastrointestinal transit. *Pediatrics* 1995; 96 (suppl.) s 997-9.
15. Williams CL, Bollella M. Is a high-fiber diet safe for children? *Pediatrics* 1995; 96 (suppl.) s 1014-19.
16. Demigné C, Rémésy C. Le rôle des aliments végétaux riches en fibres dans la nutrition préventive. *Méd et Hyg* 1993; 51: 2822-32.
17. Agostoni C, Riva E, Giovannini M. Dietary fiber in weaning foods of young children. *Pediatrics* 1995; 96 (suppl.) s 1002-5.
18. Dwyer JT. Dietary fiber for children: how much? *Pediatrics* 1995; 96 (suppl.) s 1019-23.
19. Debry J. Fibres alimentaires et alimentation du jeune enfant en bonne santé. *Doc Scient Guigoz* 1984; 116: 11-9.
20. Gray DS. The clinical uses of dietary fiber. *Am Fam Physician* 1995; 51: 419-426.
21. Conference Faculty. A summary of conference recommendations on dietary fiber in childhood. *Pediatrics* 1995; 96 (suppl.) s 1023-8.
22. Williams CL, Bollella M, Wynder EL. A new recommendation for dietary fiber in childhood. *Pediatrics* 1995; 96 (suppl.) s 985-8.
23. Committee on Nutrition..AAP. Plant fiber intake in the pediatric diet. *Pediatrics* 1981; 67: 572-5.
24. Lamont JT. Why fiber is good for you. *Commentary Lancet* 1994; 343: 372.
25. Kimm SYS. The role of dietary fiber in the development and treatment of childhood obesity. *Pediatrics* 1995; 96 (suppl.) s 1010-4.
26. Kwiterovich PO. The role of fiber in the treatment of hypercholesterolemia in children and adolescents. *Pediatrics* 1995; 96 (suppl.) s 1005-10.
27. MacClung HJ, Boyle L, Heitlinger L. Constipation and dietary fiber intake in children. *Pediatrics* 1995; 96 (suppl.) s 999-1002.
28. Meunier P, Louis D, Beaujeu MJ. Physiologic investigation of primary chronic constipation in children: comparison with the barium enema study. *Gastroenterol* 1984; 87: 1351-7.
29. Chen D, Sullivan B. Constipation. *Letter. Pediatrics* 1986; 77: 933.

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 55-64

## Anexo

### Alimentos ricos em fibras

(gramas de celulose por 100 gramas de alimento)

FRUTA FRESCA		FRUTA SECA		HORTALIÇA	FARINHAS
Framboesa	3,5	Figo	7,1	de 0,6 a 1,5	Farinha de pau 1,6
Marmelo	2,2	Pêra	6,3		
Figo	2,0	Maçã	3,7		
Pêra	1,7	Ameixa	2,7		
Morango	1,2	Damasco	2,7		
Maçã	0,9				
Damasco	0,6				
CEREAIS		PÃO		LEGUMINOSAS SECAS	
Aveia(grão)	16,6	Boroa milho	2,1	Farelo de soja	15,1
<b>Trigo</b>		Integral	1,6	Tremoço	13
- sêmea grossa	11,6	Centeio	0,9	Fava	8,0
- grão	2,8	Trigo	0,8	Ervilha	7,2
<b>Milho</b>				Feijão	4,9
- farelo	14,0			Lentilha	3,7
- germe	11,0			Grão de bico	2,7
- grão	2,0				
<b>Centeio</b>					
- farelo	4,1				
- grão	2,0				
<b>Arroz</b>	0,5				
FARELOS		LEGUMINOSAS VERDES		FRUTOS OLEAGINOSOS	
Soja	15,1	Feijão	3,8	Avelã	3,5
Milho	14,0	Fava	3,6	Amêndoa	3,0
Centeio	4,1	Ervilha	2,5	Amendoim	2,1
		Cogumelos	1,8	Pinhão	1,0
				Noz	0,8

### Farinhas de cereais ricas em fibras

(gramas de fibras por 100 gramas de alimento)

KELLOGS®		NESTLÉ®		NACIONAL®	
All Bran	28	Fiber 1	30,5	Muesli	8,6
All Bran Plus	28	Clusters	8,8		
Bran Flakes	16	Nestum Figos	7,7		
Muesli	11	Chocapic	7,5		
Fruta e Fibra	9	Multi-Cherios	6,2		
ALPEN®		WEETABIX®			
Muesli Frutos Tropicais	6,9	Cereal de trigo	9,7		

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 55-64

# *A Ciência Médica há 100 Anos*



(do livro de bolso de um médico recém-licenciado em Coimbra)

## *Diarrhea*

*Oxido de zinco - - - - - 3,5 gr.*

*Bicarbonato de sódio - 0,5 "*

*em 4 papéis para 1 dia.*

*dos phlisisicos*

# PRIMEIRA CONSULTA DE DESENVOLVIMENTO — CASUÍSTICA

Margarida Azevedo<sup>1</sup>, Susana Nogueira<sup>2</sup>, Helena Porfírio<sup>2</sup>,  
Guiomar Oliveira<sup>2</sup>, Boavida Fernandes<sup>3</sup>

## RESUMO

Os autores efectuaram um estudo retrospectivo de 124 processos de primeira consulta de desenvolvimento, correspondentes ao ano de 1995.

Confirmou-se patologia do desenvolvimento em 92% das crianças enviadas, predominando o atraso global de desenvolvimento psicomotor (68,6%). Outros diagnósticos foram: atraso da linguagem (7,3%), atraso motor isolado (2,4%), alterações *minor* do desenvolvimento (13,7%).

Identificaram-se factores de risco biológico em 54% das crianças predominando no grupo com atraso grave. A presença de factores de risco ambientais em quase metade das crianças testemunha as carências sócio-culturais da população estudada.

Dois terços das crianças foram referenciadas depois dos três anos de idade, o que pode traduzir a baixa sensibilidade dos profissionais de saúde para os problemas do desenvolvimento.

**Palavras-chave:** desenvolvimento, consulta, factores de risco, prevenção.

## SUMMARY

A retrospective study was carried out in 124 cases of first developmental observation in the Child Development Center of Coimbra's Pediatric Hospital.

Developmental disabilities were confirmed in 92% of cases: Global developmental delay — 68,6%, specific delay — 9,7%, *minor* developmental disorders — 13,7%.

Biologic risk factors were identified in 54% of situations. The severe delay had greater risk factors. Environmental risk factors were present in half of the cases testifying the social-cultural needs of this population.

Two-thirds of the children were referred to the Center after their third year, which expresses the poor medical developmental assessment by primary care physicians.

**Keywords:** development, assessment, risk factors, prevention.

---

1 Interna Complementar de Pediatria - H.G.S.A.

2 Assistente Hospitalar de Pediatria .

3 Consultor de Pediatria

Hospital Pediátrico de Coimbra — Centro de Desenvolvimento da Criança

## Introdução

A Pediatria do Desenvolvimento tem por objectivo o diagnóstico, avaliação e orientação dos distúrbios cerebrais crónicos. As lesões cerebrais tendem a envolver mais do que uma área do desenvolvimento, mesmo quando apresentam uma disfunção preferencial (cognitiva, motora, linguagem, adaptação social, etc.). Não existem grupos puros de défices crónicos mas, crianças individuais com disfunção, de tradução clínica variável e evolutiva ao longo da vida.

A influência duma infinidade de factores no desenvolvimento psicomotor torna fundamental a existência duma equipa interdisciplinar.

O diagnóstico etiológico da patologia do desenvolvimento deve maximizar as suas capacidades e qualidade de vida.

De acordo com estimativas da OMS 15 a 20 % das crianças apresentam problemas de desenvolvimento (1). A identificação precoce dos desvios do desenvolvimento normal, permite uma abordagem mais completa das crianças com este tipo de problemas (2,3,4).

Este trabalho tem como objectivo caracterizar o tipo de população referenciado à Consulta de Desenvolvimento do Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC), no Hospital Pediátrico e identificar possíveis estratégias de intervenção, sobretudo na área da prevenção.

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 69-77

## Material e métodos

Procedeu-se à análise retrospectiva de todos os processos clínicos de primeira consulta de desenvolvimento do ano de 1995.

Foram seleccionados os seguintes dados:

- Sexo
- Idade
- Proveniência
- Motivo de envio
- Factores de risco (biológicos e ambientais)
- Diagnóstico
- Abordagem diagnóstica e terapêutica

Para cada criança foi calculado o Quociente de Desenvolvimento Global (QDG), baseado na avaliação do desenvolvimento efectuada durante a consulta.

Utilizaram-se os testes «The schedule of Growing skills», «Griffiths Mental Development Scales» e «Weshler Intelligence Scale for Children».

Considerou-se a existência atraso de desenvolvimento sempre que o QDG fosse inferior a 70%. O grau de atraso foi classificado em: Grave — QDG < 35%, Moderado — QDG ≥ 35 < 50%, Ligeiro ≥ 50 < 70% (2,4).

Foi designado como atraso específico do desenvolvimento quando uma área apresentava uma idade de desenvolvimento significativamente inferior (<20%) às restantes áreas que eram normais.



## Resultados

Foram analisados 124 processos.

A maioria das crianças (42%) foi enviada pelo seu médico assistente, pediatra (n= 22) ou médico de família (n=30). Igual percentagem de casos foi orientada a partir de outros Serviços do próprio Hospital Pediátrico, 11% pelo grupo de professores-educadores, correspondendo os restantes 5% a casos pontuais de orientação a partir de maternidades ou outras instituições.

Residiam no distrito de Coimbra 54% das crianças e destas 23% eram do próprio concelho. Foram enviadas de outros distritos 57 casos (46%), sendo os mais frequentes Leiria, Aveiro e Viseu.

O principal motivo de envio foi a suspeita de atraso global de desenvolvimento psicomotor (ADPM) (61%), seguido da suspeita de atraso específico e das dificuldades de aprendizagem (Fig. 1).

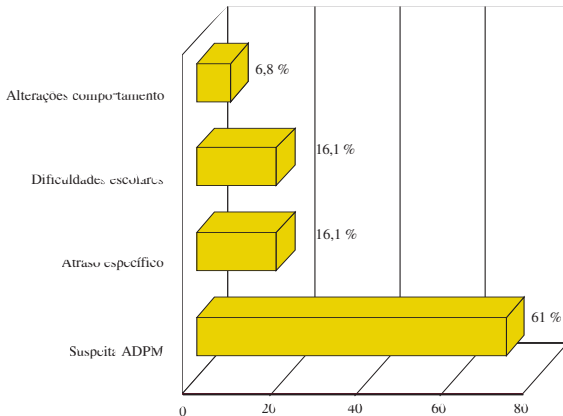


Figura 1 — Motivo de envio

Confirmou-se patologia do desenvolvimento em 92% das situações, predominando o ADPM global (68,6%).

Verificou-se uma maior incidência de patologia no sexo masculino, com uma relação de 1.6:1 (M-62.3%, F-37.8%).

O ADPM global foi considerado ligeiro em cerca de metade das situações (49%), moderado em 40%, e grave nos restantes 11%.

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 69-77

A média das idades na primeira consulta foi de 5 anos, verificando-se que um terço das crianças foi observada antes dos 3 anos e outro terço após os seis anos. Se correlacionarmos os diferentes graus de deficiência e a idade dessa primeira observação, verifica-se que embora os casos de atraso grave tenham sido referenciados mais precocemente que os ligeiros, a maioria (incluindo os atrasos graves e moderados) foi observada pela primeira vez na consulta entre os 3 e os 10 anos (Fig.2).

Considerando individualmente o grupo de crianças observadas após os seis anos de idade (34,8%), verificou-se que a maioria delas foi referenciada após a entrada para a escola, uma vez que foram os professores os principais identificadores do problema (41,5%) e o motivo de envio predominante as dificuldades escolares (51,2%). Neste grupo em particular foi

confirmado atraso do desenvolvimento em 70,7% dos casos e alterações *minor* do desenvolvimento (dificuldades de aprendizagem, déficit de atenção e hiperactividade) em 17%.

Em 9 destas crianças (7,3%) estava presente um atraso isolado da linguagem e em 3 (2,4%) um déficit motor isolado. A média de idade na primeira consulta foi de 3A no primeiro grupo, enquanto no segundo foi de 8,5M. Também nesta patologia se constatou o predomínio do sexo masculino.

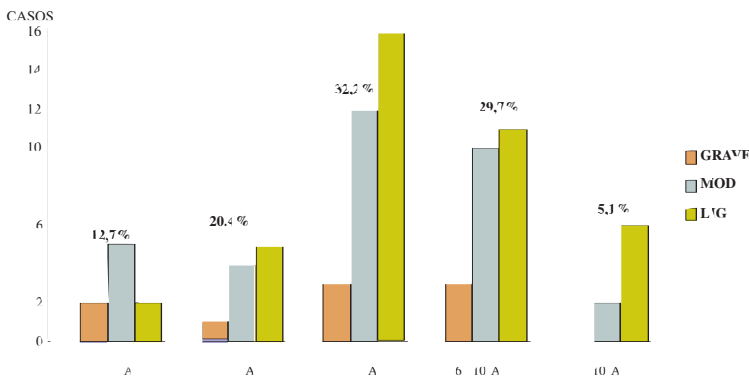


Figura 2 — Idade na 1ª consulta (M - 5A)

saúde infantil

1998; 20/1: 69-77

Nos atrasos isolados da linguagem existiam factores de risco em três das nove crianças (otites de repetição, TCE aos 2,5M, pai com atraso na fala). A avaliação audiológica, realizada em todas as crianças, revelou diminuição da acuidade auditiva em três (surdez de transmissão), duas delas com factores de risco.

As 3 crianças com déficit motor isolado apresentavam: paralisia cerebral (TCE grave pós-neonatal), cromossomopatia (trissomia 14 em mosaico), e síndrome polimalformativo com artrogripose.

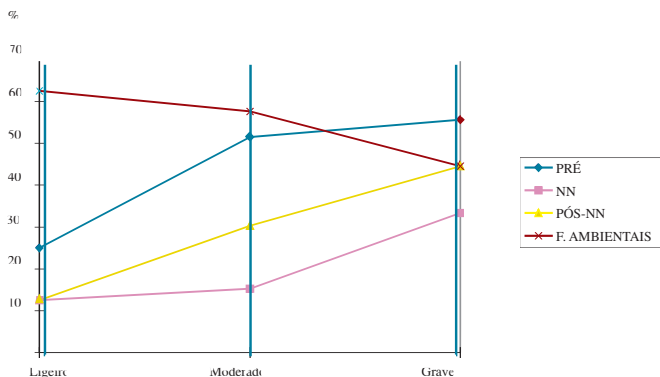


Figura 3 — Factores de risco nas crianças com ADPM

Identificaram-se alterações *minor* do desenvolvimento em 13,7% (Quadro 1) e em 8% não foi detectada qualquer patologia do desenvolvimento.

ADHD*	7
Dificuldades aprendizagem	5
Alt. comportamento	2
Paralisia cerebral — "Formas <i>minor</i> "	2
Diminuição acuidade visual	1
Quadro 1 — Alterações minor do desenvolvimento ( 13,7 % )	

\* Défice de atenção e hiperactividade

Havia factores de risco biológico em 54% das crianças (Quadro 2), predominando os factores de risco pré-natal e sendo os factores neonatais aqueles com menor incidência.

<b>PRÉ-NATAL (41 CRIANÇAS) -35%</b>	
Consanguinidade	3
Idade mãe (< 18 A > 35 A)	19
Gravidez Drogas	4
Infecções	2
Malformações congénitas	17
Parto extra-hospitalar	2
Prematuridade	3
ACIU/Peso < 2500g	15
<b>NEONATAL (18 CRIANÇAS) — 15 %</b>	
Asfixia	3
Convulsões	2
Infecções	4
Outras	9
<b>PÓS-NEONATAL (27 CRIANÇAS) — 23%</b>	
Acidentes/doenças	12
An. neurológicas	18
Macro/microcefalia	17
Quadro 2 — Factores de risco biológicos ( 54% )	

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 69-77

No grupo dos factores de risco pré-natal (35%) salientam-se, pela sua alta incidência, 17 casos de malformações congénitas (53% das quais tiveram diagnóstico ecográfico pré-natal) e 15 casos de crianças com baixo peso de nascimento ou ACIU.

Os factores neonatais foram identificados em 15% das situações, compreendendo 4 casos de infecções (uma infecção neonatal a CMV, e três sépsis, duas das quais com meningite), 3 casos de asfixia e duas crianças com episódios de convulsões de etiologia desconhecida. Nas restantes nove crianças registaram-se episódios de apneia, alterações metabólicas e icterícia.

No grupo dos factores de risco pós-neonatal (23%), é significativo o número de incidentes (n=12), dos quais se destacam três casos de neoplasia (tumor do SNC, LLA, neuroblastoma), dois casos de meningite e os restantes casos correspondendo a traumatismos cranio-

encefálicos graves. Em 18 crianças estavam presentes alterações neurológicas e/ou epilepsia, enquanto 17 apresentavam macro ou microcefalia.

Os factores ambientais estiveram presentes em 49,1% das situações, predominando a patologia social (43%). A maioria das crianças com esta patologia apresentava simultaneamente mais do que um factor de risco. Na patologia social foram englobados os seguintes problemas: baixo nível sócio-económico, alcoolismo ou toxicod dependência dos pais, conflitos familiares, separação, negligência ou maus tratos. A avaliação social das famílias foi efectuada por Técnico superior do Serviço Social, tendo sido utilizada a classificação social de Graffard. Foram consideradas de «baixo nível sócio-económico» as famílias pertencentes às classes IV e V desta escala.

Em 36,5% da população estavam presentes antecedentes familiares relevantes, nomeadamente atraso mental, dificuldades de aprendizagem ou atraso na fala. Em 25% dos casos, os familiares afectados eram os pais ou irmãos.

Ao correlacionar os diferentes factores de risco e o grau de deficiência (Fig.3), verifica-se que num número elevado de casos (46%) não foi identificado qualquer factor de risco biológico, sobretudo no atraso ligeiro (62.5%). O atraso grave foi aquele que permitiu a identificação de maior número de factores de risco, sendo a patologia pré-natal a predominante em qualquer dos grupos. Constatou-se ainda uma alta incidência de factores ambientais, que tiveram no entanto a sua maior expressão no atraso ligeiro. Em 32% das crianças estava presente mais do que um factor de risco, enquanto apenas 19.5% não apresentava qualquer factor de risco evidente.

Pouco mais de metade das crianças (56%) realizaram exames complementares de diagnóstico, sendo os exames imagiológicos do SNC (n=40) e o cariótipo (n=26) os mais requisitados (Quadro 3).

---

• **Imagiológicos** - 40

Eco abdominal 1/ Eco cardiaca	4
Rx esqueleto 2 / Rx crânio	1
Ecografia TF*	10 (AN - 6)
TAC** cerebral	18 (AN - 10)
RMN*** cerebra	9 (AN - 5)

- Electroencefalograma - 11
  - Electromiografia - 1
  - Potenciais evocados auditivos - 12 / Audiometria - 6
  - Potenciais evocados visuais - 1
  - Estudo metabólico - 16
  - Enzimas musculares - 6
  - Função tiroideia - 8
  - Cariótipo - 26 (AN - 11)
  - Estudo molecular X-Frágil - 10 (AN - 1)
- 

Quadro 3 — Exames complementares de diagnóstico (56%)

\* Transfontanelar \*\* Tomografia axial computadorizada \*\*\* Ressonância magnética nuclear

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 69-77

Foi também solicitada observação especializada em 44% das situações, destacando-se o rastreio de défice sensorial: ORL (26.3%), Oftalmologia (14.4%).

O diagnóstico etiológico foi possível em 33% das situações, sendo os atrasos moderado e grave aqueles que permitiram maior identificação de patologia. Predominaram os síndromas genéticos, cromossómicos ou não, seguidos das malformações do SNC (Quadro 4).

ORL .....	26,3 %
Oftalmologia .....	14,4 %
Cardiologia .....	.5 %
Neurologia .....	.5 %
Ortopedia .....	4,3 %
Genética .....	6 %
D. do metabolismo .....	2,5%

Quadro 4 — Observação especializada (44%)

O atraso do desenvolvimento associou-se a outros problemas em 62,5% das situações, nomeadamente alterações neurológicas e défices sensoriais (Quadro 6).

Para cada criança com atraso foi planeado um tipo de intervenção terapêutica, predominando o apoio educativo individualizado em 76% dos casos. Onze por cento das crianças foram encaminhadas para Serviços terapêuticos (Fisioterapia e Terapia Ocupacional) e 9,4% para programas de Intervenção Precoce. Em todos os casos em que foram detectados problemas sociais graves foi pedido o apoio de técnicos do Serviço Social local.

Do total de 124 crianças, 13,6% tiveram alta na primeira consulta, sendo 6% orientadas para o médico assistente e as restantes para outras consultas (do HP ou de Hospitais Distritais).

Um sexto das crianças faltou à segunda consulta sendo possível a reobservação nas restantes 72,8%, com tempo médio de seguimento de 10 Meses. A maioria das crianças apesar de ter feito aquisições, manteve o seu grau de atraso, em 47,2% verificou-se uma recuperação do seu desenvolvimento, enquanto três crianças tiveram uma evolução desfavorável (uma criança com atraso moderado do desenvolvimento e autismo, um caso de malformação do SNC, e a criança com trissomia 14 em mosaico observada inicialmente aos 5,5M).

## Discussão

É significativo que mais de metade das situações apresentem factores de risco biológico, sobretudo factores pré-natais, o que está de acordo com outras séries. Num trabalho anteriormente realizado no mesmo Serviço (3), tinham sido os factores perinatais os predominantes (partos extra-hospitalares e complicações perinatais), o que poderá traduzir a eficácia das medidas de assistência perinatais instituídas com maior vigor na última década. Poderá ainda funcionar como indicador de melhoria da assistência pré-natal o facto de na série actual todas as mães terem sido vigiadas e apenas em dois casos de crianças com síndrome de Down a mãe ter idade superior a 35 anos. Contudo, mesmo neste campo haverá muito a fazer; de facto, 50% das malformações congénitas *major* não foram diagnosticadas no período pré-natal.

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 69-77

	<b>GRAVE</b> <b>44,5%</b>	<b>MODERADO</b> <b>57,5%</b>	<b>LIGEIRO</b> <b>15%</b>	<b>ESPECIFICO</b> <b>27,3%</b>
<b>CROMOSSOMOPATIA</b> <b>n = 11</b>	1 - 46 XX 6q+ 1 - S.Angelman	3 - S.Down 1 - 46 XX 6p+ 1 - X frágil	3 - S.Down	1 - Tris.14 (mosaico)
<b>S. DISMORFICO</b> <b>n = 12</b>	1 - SAF*	2 - SAF* 1 - S.Oro-fácio- -digital 1 - S.Larsen 3 - SPMF**	1 - S.Stickler 2 - SPMF**	1 - Artrogrip.
<b>MALFORMAÇÃO SNC</b>	1	4		
<b>INF. CONGÉNITA</b>		1		
<b>TCE</b>		2		1

Quadro 5 — ADPM / Patologia Identificada (33%)

\* Síndrome fetal alcoólico \*\* Síndrome polimalformativo

Embora o diagnóstico etiológico seja desconhecido em cerca de 60% dos casos, somente 19,5% não apresentavam qualquer tipo de factor de risco. Tal facto, aliado à constatação de factores ambientais desfavoráveis em metade dos casos, leva-nos a especular que a maioria destas crianças beneficiaria significativamente de um ambiente mais adequado. Na verdade, o factor ambiente além de ser um determinante do desenvolvimento pode por si só influenciar positivamente o seu prognóstico (2,5).

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 69-77

	<b>GRAVE</b>	<b>MODERADO</b>	<b>LIGEIRO</b>	<b>ESPECIFICO</b>
<b>AUTISMO</b>	1	2		
<b>DÉFICE SENSORIAL</b>	3	7	4	3
<b>ADHD*</b>		1	3	
<b>ALT. COMPORTAMENTO</b>	1	1	2	
<b>PARALISIA CEREBRAL</b>	3	2	1	1
<b>OUTRAS ALT. (ex.neurológico)</b>	2	5	4	1
<b>EPILEPSIA</b>	5	4	4	

Quadro 6 — ADPM/Problemas associados (62,5%)

\* Déficit de atenção e hiperactividade

A confirmação de alterações do desenvolvimento em mais de 90% das situações, testemunha a diferenciação da consulta e o encaminhamento correcto.

Os nossos resultados sublinham ainda a importância da abordagem multidisciplinar destas crianças, unanimemente defendida (2,4,6). O envolvimento de uma equipa de profissionais de diferentes áreas, nomeadamente da Saúde, Educação e Serviço Social, associada ao imprescindível papel da família, são a chave de um correcto processamento, tanto diagnóstico como terapêutico.

A evidência mais preocupante deste trabalho, é o facto de dois terços das crianças terem sido enviadas após os três anos de idade. A Intervenção Precoce (IP), nos primeiros 3 anos de vida, ajuda a criança a atingir o seu potencial máximo de desenvolvimento, diminuindo o efeito dos diferentes factores de risco, prevenindo as chamadas deficiências secundárias, optimizando o ambiente no qual a criança se desenvolve e ajudando a família no seu processo de adaptação (7,8,9). O CDC do HP, em articulação com outros Serviços Regionais de Educação e Acção Social, está fortemente envolvido no Projecto Integrado de Intervenção Precoce (PIIP), um programa de âmbito distrital com a finalidade de intervir o mais cedo possível em crianças com perturbações do desenvolvimento (1). A concretização deste objectivo passa obrigatoriamente por um maior encaminhamento para o PIIP das crianças que apresentem alterações do desenvolvimento, ainda que mínimas e que poderão ser encaminhadas para o CDC posteriormente, caso se justifique.

A orientação tardia nem sempre reflecte uma atitude de «esperar para ver» e reforça a necessidade de continuar a alertar para a avaliação sistemática do desenvolvimento psicomotor nas consultas de saúde infantil.

#### **BIBLIOGRAFIA:**

1. Boavida JE. diagnóstico e Intervenção Precoce em Desenvolvimento. Saúde Infantil 1992; 14: 3-6.
2. Batshaw ML. The Child with Developmental Disabilities. Pediatr Clin N Am. Philadelphia: Saunders Company, 1993:40.
3. Boavida JE, Santos E, Estevão MH, Figueiredo, Duarte JV, Borges L. Atraso de Desenvolvimento Psicomotor-Análise Casuística. O Médico 1990; 123:217-22.
4. Quaresma M, Sasseti L, Rodrigues ML. Deficiência Mental-Protocolo para a definição de etiologia Org,nica. Acta Pedatr Port 1996; 27:595-8.
5. Ramey CT, Ramey SL. Which Children Benefit the Most From Early Intervention?. Pediatrics 1994; 94: 1064-6.
6. Gomes-Pedro J, Torgal-Garcia F, Goldschmith T, Carvalho A, Patrício M, Gouveia R, Baptista M, Carreira MA, Palha M, Lacerda N. Qualidade de vida e prevenção da deficiência. Acta Pediatr Port 1995; 1: 119-22.
7. Bennett FC, Guralnick MJ. Effectiveness of developmental Intervention in the first five years of life. Pediatr Clin N Am 1991; 38: 1513-28.
8. Boavida J, Borges L. Community Involvement in Early Intervention: A Portuguese Perspective. Inf Young Children 1994; 7: 42-50.
9. Moor JMH, Van Waesberghe BTM, Detraux JJ, Boavida Fernandes J, Andrade MG. Intervenção Precoce em crianças com perturbações do desenvolvimento. Manifesto do Grupo de Trabalho Earlyaid. Saúde Infantil 1994; 16: 143-54.

**Correspondência:** Boavida Fernandes  
C.D.C. — Hospital Pediátrico de Coimbra  
3000 Coimbra

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 69-77

# A FERRO E FOGO

H. Carmona da Mota

«Os dentes são negros em Torre D.Chama»  
(Antena 1 — 21 de Abril de 1998)

## RESUMO

Discute-se a utilização do ferro à luz crítica da fisiologia.

O ferro é um elemento essencial, potencialmente perigoso, com o qual somos obrigados a viver.

No organismo humano, a presença de ferro livre é impedida a todo o custo por ser o maior catalizador de reacções que libertam radicais livres de oxigénio cuja potencial toxicidade é conhecida.

Durante as primeiras semanas de vida o lactente não necessita de ferro exógeno.

Em consequência deste equilíbrio delicado, que permite a vida saudável, conclui-se que:

- a) as fórmulas para lactentes devem conter a quantidade mínima indispensável de ferro elementar;
- b) desaconselham-se fórmulas enriquecidas com ferro antes dos 4 M (2M no pré-termo);
- c) na terapia da carência de ferro, há que utilizar a mais baixa dose de ferro necessária para normalizar os valores hemoglobina e os das reservas de ferro (ferritina);
- d) desaconselha-se a administração de ferro durante os processos inflamatórios activos.

**Palavras-chave:** ferro, fórmula, anemia, doença inflamatória.

## SUMMARY

Iron is an essential but potentially dangerous nutrient we have to live with.

Free iron in the organism is prevented at all costs, because it is the major catalyst of free radical reactions with the formation of reactive oxygen species capable of causing severe damage to cellular components.

Supplemental iron is not necessary during the first weeks of human life.

According to these facts, we can conclude that:

---

Hospital Pediátrico. Faculdade de Medicina. Coimbra



- a) iron-fortified formulas should not be used before 4 months in full term infants (2 months in preterm);
- b) infant formulas should contain iron at the minimum needed level;
- c) iron deficiency should be treated with the lowest dose needed to normalise haemoglobin and ferritin values;
- d) iron should not be used in active inflammatory diseases.

**Keywords:** iron, infant formula, anaemia, acute inflammatory disease.

1 — O ferro é um elemento essencial, potencialmente perigoso, com o qual somos obrigados a viver. Tal como o fogo, com o qual não convém brincar.

A primitiva forma ferrosa, em contacto com o oxigénio nascente, oxida-se gerando a forma férrica com libertação de radicais superóxidos cuja potencial toxicidade é conhecida.

Sendo o metal mais abundante na Terra, não é de estranhar que tudo esteja preparado para evitar a absorção intestinal na sua forma inorgânica:

a) A taxa de absorção do ferro não-hémico é baixa (1-7% do ferro dos cereais ou legumes) (1).

A biodisponibilidade do ferro em vegetais e cereais disponíveis para ablactação é de cerca de 3% (2).

A taxa de incorporação do ferro nas fórmulas foi calculada em 4,4% (3) e em 7% aos 5M, de 4 a 5,4% em cereais (arroz) e 2,5% numa refeição de legumes com carne (4), excepto quando há sideropenia, mas apenas nos primeiros dias de tratamento. «Iron deficient persons may absorb 30-40% of the iron given on the first day but this rapidly decreases on the following days to an absorption of 3-6%» (5).

b) Durante as primeiras semanas de vida, o lactente não necessita de ferro exógeno; daí a riqueza de lactoferrina, um potente quelador de ferro, no leite materno, «a major function of lactoferrin may be to control iron absorption» (6).

A absorção de ferro do leite humano foi avaliada em 12% em crias de 2-10M. Este valor elevou-se para 20%, quando se removeu a lactoferrina do leite (7).

2 — O ferro só é tolerado no organismo integrado em grandes estruturas que aproveitam os seus benefícios neutralizando os seus riscos — profundamente escondido na cavidade oca da ferritina ou no núcleo hémico das moléculas da hemoglobina, da mioglobina, da catalase e outros enzimas ou dos receptores dopaminérgicos cerebrais, dependentes desse metal (8).

3 — A presença de ferro livre é impedida a todo o custo — transferrina plasmática, ferritina citosólica.

4 — O enterócito desempenha um papel crucial neste balanço — permitindo a absorção da forma inorgânica em caso de carência; impedindo-a em caso de suficiência.

«Iron deficient persons may absorb 30-40% of the iron given on the first day but this rapidly decreases on the following days to the an absorption of 3-6% (5).

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 79-83

A absorção do ferro hémico é alta (10 a 25% da carne ou peixe) e independente das reservas e da dieta (1).

5 — Este cuidado é particularmente activo em situações em que a sua presença poderia ter mais riscos. A diminuição do seu transporte sérico (transferrina) e o aumento da sua forma de reserva (ferritina) nos processos inflamatórios (8a) é o corolário lógico (teleológico) deste raciocínio.

Nestas circunstâncias, a terapia com ferro, além de desnecessária, pode desencadear uma cascata oxidativa (9).

6 — Dado que uma grande ingestão de ferro está associada a uma redução da absorção de Zn e Cu, aconselham-se regimes com concentrações próximas do limiar (10).

Estes factos devem fazer reconsiderar a estratégia na administração de ferro, tanto profiláctica (nas fórmulas e nas farinhas lácteas) como na terapia.

As fórmulas devem conter a quantidade mínima indispensável de ferro elementar.

Fórmulas com 4 mg/L de Fe<sup>++</sup> (metade das dos «leites» adaptados luso-europeus; 1/3 das norte-americanas) dadas desde o 1.5 M, conseguiram valores de Hgb e de ferritina aos 6M, idênticos aos das fórmulas com 7 mg/L (1 mg/100Kcal) (11).

A utilizar só quando indispensável:

A — Não utilizar fórmulas com ferro antes dos 4M (2M no pré-termo).

A ESPGAN recomenda que as fórmulas utilizadas **depois dos 3M** devem ser enriquecidas com ferro (12) em consonância com os peritos da união europeia: «No que respeita às fórmulas para lactentes não-enriquecidas em ferro ... caso o produto seja ministrado a lactentes de **idade superior a quatro meses**, as suas necessidades totais em ferro devem ser satisfeitas através de fontes adicionais» (13) e a Academia Americana de Pediatria: Iron supplementation ... should start when **full term infants are between 4 and 6 monts old** and in preterm infants no later than 2 months of age» (14), dado que pode haver inconvenientes na suplementação: leites acidificados reduzem a incidência de diarreia na infância mas «chronic oral iron supplementation has the opposite effects» (15).

Todas as fórmulas para RN de termo, no mercado português são enriquecidas com ferro(\*); todos os lactentes não-amamentados estão a ingerir ferro, desde o primeiro biberão (por vezes desde o primeiro dia de vida) sem necessidade e eventualmente com riscos.

Com receio do frio que alguns possam sofrer, arriscamo-nos a pegar fogo ao berço de muitos.

Os prematuros têm factores de risco acrescidos de sideropenia. Há fórmulas lácteas indicadas para prematuros, aconselhadas desde o primeiro dia de vida, que são enriquecidas em ferro; o teor de vitamina E é semelhante ao das outras fórmulas para prematuros.

A deficiência de vitamina E está associada a anemia hemolítica, trombocitose e edema, em RN pré-termo alimentados com dietas ricas em ácidos gordos polinsaturados (16). «This

\* Infelizmente a única fórmula não-enriquecida (**Pre-Aptamil**®), deixou recentemente de o ser.

syndrome, associated with low vit. E serum concentrations, is precipitated by oxidant stress, such as the administration of therapeutic iron and is corrected by supplementing the diet with vitamin E» (9).

Aos RN portugueses que não mamam, estamos a oferecer, pelo contrário, um alimento rico em ferro mineral, de que não necessitam e pode desencadear a cascata peroxidativa, apesar de uma oferta generosa de vitamina E.

No entanto, nem todos estão de acordo:

a) Não se encontram diferenças nos valores de Hgb e ferritina em lactentes de 15-18M, alimentados desde os 6M, com fórmulas **sem** e com 12mg/L de Fe.

Dezassete por cento do grupo sem ferro e 21% dos outros, apresentaram ferritina sérica < 10µ/L aos 15-18M.

Mas os grupos não eram semelhantes à partida: 15/44 (34.1%) tinham Hgb < 10g/dl no grupo tratado contra 11/48 (22.9%) no outro; 12M depois, o valor médio de Hgb tinham aumentado 8.4g/ dl no grupo tratado contra 1.7 no outro. Também o valor da ferritina inicial era inferior no grupo tratado (28µg/L) que no outro (30.5) bem como o número de valores anormalmente baixos (< 10µ/L) (3/44 vs 0/40) (17).

b) A incorporação eritrocitária média de isótopo em lactentes de 8 semanas, foi de 7.8% nos amamentados e de 4.4 % nas fórmulas, pelo que Fomon et al considera «... desirable to supplement the infant's diet with iron beginning soon after birth... — a view that is in conflict with other recommendations. The prevailing recommendations is that iron supplementation of breast fed infant be begun at 4 to 6 months of age» (3), apesar de Pisacane A et al só terem encontrado anemia em lactentes exclusivamente amamentados durante mais de 6 meses (18).

B — Na terapia da carência de ferro, há que utilizar uma estratégia que tenha em conta a máxima eficiência — a melhor incorporação com a baixa dose. O objectivo é que o ferro chegue ao seu alvo (as moléculas que dele necessitam) sem sobrecarregar o intestino, o plasma e o orçamento.

a) A administração das mais baixas doses de ferro necessárias para normalizar os valores de hemoglobina e os das reservas de ferro (ferritina).

Não está demonstrado que seja desejável atingir os mais altos valores possíveis, nem que a rapidez desta normalização seja útil nem proporcional à dose prescrita.

b) «Weekly administration of iron tablets corrected anemia as effectively as daily dosing and also drastically reduced the intestinal discomfort reported» (5).

«The rationale for attempting an intermittent dosing is that cumulative daily doses rapidly reduce the intestinal absorption of both dietary iron and subsequent supplementary doses. Iron deficient persons may absorb 30-40% of the iron given on the first day but this rapidly decreases on the following days to an absorption of 3-6%. The weekly dosage schedule is similar to the times it takes for intestinal mucosal cells to turn over in humans. By administering a dose of iron every 7 days, the cells that were loaded with iron from the previous dose will have been shed» (5).

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 79-83

- c) Discutir a utilização de ferro hémico (ou orgânico?) em vez de ferro elementar.  
A absorção do ferro hémico é alta (10 a 25 % da carne ou peixe) e independente das reservas (1).
- d) Desaconselhar a administração de ferro durante os processos inflamatórios activos.

## BIBLIOGRAFIA

1. Dallman PR. Progress in the prevention of iron deficiency in infants. *Acta Paediatr Scand* 1990 (suppl. 365): 28-37.
2. Fairweather - Tait S, Fox T, Wharf SG, Eagles J. The bioavailability of iron in different weaning foods and the enhancing effect of a fruit drink containing ascorbic acid. *Pediatr Res* 1995; 37: 389-94.
3. Fomon SJ, Ziegler EE, Nelson SE, Serfass RE, Frantz JA. Erythrocyte incorporation of iron by 56-day-old infants fed a 58 Fe-labeled supplement. *Pediatr Res* 1995; 38: 373-8.
4. Davidsson L. Mineral and trace elements in infant nutrition. *Acta Paediatr* 1994 (Suppl 395): 38-42.
5. Stephensen LS. Possible new developments in community control of iron-deficiency anemia. *Nutr Reviews* 1995; 53: 23-30.
6. Brock JH. Lactoferrin in human milk: its role in iron absorption and protection against enteric infection in the newborn infant. *Arch Dis Child* 1980; 55: 417-21.
7. Davidsson L... Lonnerdal B et al. The influence of lactoferrin on iron absorption from human milk in infants (abstract). 6th Int Congress on Nutrient regulation during pregnancy, lactation and infant growth. Stockholm, Sweden 1992.
8. Am Acad Pediatr. Committee on Nutrition. The use of cow's milk in infancy. *Pediatrics* 1992; 89: 1105-9.
- 8a. Konijn AM. Iron metabolism in inflammation. *Baillieres Clin Haematol* 1994; 7: 829-49.
9. Melhorn DK. Vitamin E - dependent anemia. *J Pediatr* 1971; 79: 569-80.
10. ESPGAN Committee on Nutrition. Comment on the composition of cow's milk based follow-up formulas. *Acta Paediatr Scand* 1990; 79: 250-4.
11. Lonnerdal B, Hernell O. Iron, zinc, copper and selenium status of breast-fed infants and infants fed trace element fortified milk-based infant formula. *Acta Paediatr* 1994; 83: 367-73.
12. ESPGAN Committee on Nutrition. Guidelines on infant nutrition. *Acta Paediatr Scand* 1977, suppl. 262.
13. Directiva da Comissão das Comunidades Europeias de 14 de Maio de 1991 (91/321/CEE).
14. Am Acad Pediatr. Committee on Nutrition. *Pediatric Nutrition Handbook* 1993: 231.
15. Brunser O, Espinosa J, Araya M, Pacheco I, Cruchet S. Chronic iron intake and diarrhoeal disease in infants. A field study in a less-developed country. *Eur J Clin Nutr* 1993; 47:317-26.
16. Hassan H, Hashim SA, Van Halic TB, Sebrell WH. Syndrome in premature infants associated with low plasma vitamine E levels. *Am J Clin Nutr* 1966; 19: 147-57.
17. Stevens D, Nelson A. The effect of iron in formula milk after 6 months of age. *Arch Dis Child* 1995; 73: 216-20.
18. Pisacane A, Vizia B, Valiante A et al. Iron status in breast-fed infants. *J Pediatr* 1995; 127:

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 79-83

# TEXTOS DE APOIO DA CONSULTA DE PEDIATRIA GERAL



## Avaliação do perímetro craniano e da fontanela anterior

### 1. Velocidade de crescimento do perímetro craniano

A velocidade de crescimento (VC) do perímetro craniano (PC) diminui após o nascimento. A desaceleração é progressiva a partir primeiro mês de vida. A maior parte do crescimento total da cabeça processa-se até aos 4 anos de idade.

Na avaliação do crescimento do PC, tão importante como a avaliação das curvas de percentis, é a determinação da VC do PC: mensal, trimestral ou semestral.

No Quadro 1 são mostradas as velocidades de crescimento do PC, em centímetros, nos primeiros dois anos de vida (ambos sexos):

Quadro 1 — VELOCIDADES DE CRESCIMENTO DO PERIMETRO CRANIANO (em cm)

	0-2 M	2-6 M	7-12 M	13-18 M	19-24 M
Máximo	5	5	4	2	1,5
Médio	4	4	3	1,5	1
Mínimo	3	3	2	1	0,5

Baseado em: Hall J G, Froster-Iskenius U G, Allanson J E. HandboocK of Normal Physical Measurements. Oxford Medical Publications, 1989.

### 2. Fontanela anterior

- as medições das dimensões deverão ser feita no sentido oblíquo (e não nos sentidos antero-posterior e transversal)
- No primeiro mês de vida é normal um ligeiro aumento das suas dimensões (por cavalgamento das suturas ao nascer);
- existe grande variabilidade individual no tamanho e na idade de encerramento;
- não existe uma correlação nítida entre as dimensões da fontanela e idade do seu encerramento;
- das crianças saudáveis, e em relação à idade (em meses), apresenta-se no Quadro 2 as percentagens de fontanelas já encerradas:

Quadro 2 — PERCENTAGEM DE FONTANELAS JA ENCERRADAS EM FUNÇÃO DA IDADE (MESES)

3 meses	6 meses	12 meses	18 meses	24 meses	27 meses
1%	5%	40%	80%	96%	100%

Baseado em: Duc G, Largo R H, Anterior Fontanel: Size and Closure in Term and Preterm Infants: Pediatrics 1986; 78; 904 -8.

**Conclusão:** numa criança clinicamente bem, sem dismorfismos e sem desvios das curvas de crescimento do perímetro craniano, as dimensões e a idade de encerramento da fontanela anterior têm pouco significado clínico.

Consulta Externa de Medicina do Hospital Pediátrico



## ESOFAGITE CÁUSTICA DE DIAGNÓSTICO TARDIO

Alexandra Cabral<sup>1</sup>, Manuel Salgado<sup>2</sup>, Graça Ramalheiro<sup>3</sup>,  
Isabel Gonçalves<sup>4</sup>, Nicolau da Fonseca<sup>5</sup>

### RESUMO

Descreve-se o caso clínico de uma criança de dois anos e meio observada por disfagia 3 meses após um episódio de estomatite com febre. A endoscopia digestiva e o trânsito esofagogástrico sugeriram esofagite cáustica, posteriormente confirmada por um interrogatório mais dirigido.

A evolução foi desfavorável, com o desenvolvimento de grave estenose esofágica que necessitou de dilatações esofágicas sucessivas durante um período de 18 meses. Com este caso pretendemos realçar a importância da anamnese e da necessidade de um alto nível de suspeição para o diagnóstico precoce de lesões cáusticas do tubo digestivo. Relembramos também a má evolução natural das esofagites cáusticas severas com habitual evolução para estenose e as limitações do seu tratamento.

**Palavras-chave:** esofagite cáustica, estenose esofágica, estomatite herpética, esofagite herpética.

### SUMMARY

The authors report a case of a two and a half years old child who presented dysphagia three months after a stomatitis with fever. The esophagoscopy and the barium esophagogram suggested a caustic esophagitis, later confirmed by a more directed questionnaire.

The outcome was unfavourable with the development of an esophageal stenosis needing successive dilatations in a 18 months period.

With this case we pretend to emphasize anamnesis value and the need of a high doubt level to the early diagnosis of digestive caustic burns. We also remind the bad natural evolution of severe caustic esophagitis with an usual stenosis development and its treatment restrictions.

**Keywords:** caustic esophagitis, esophageal stenosis, herpetic stomatitis, herpetic esophagitis.

- 
1. Int. Internato Complementar Pediatria Complementar Cardiologia Pediátrica Hospital Pediátrico
  2. Assistente Graduado Pediatria
  3. Int. Internato
  4. Assistente de Pediatria
  5. Director de Serviço

## Introdução

Um número inaceitável de lesões cáusticas graves do tubo digestivo continua a ocorrer anualmente no nosso país (1). Mesmo com a instituição precoce das terapêuticas actualmente preconizadas, as consequências são ainda frequentemente catastróficas.

A esofagite cáustica raramente coloca dificuldades de diagnóstico, já que este é facilmente evocado pela anamnese. Contudo, a ignorância e a negligência, responsáveis pela maioria destes acidentes, podem igualmente conduzir a grandes dificuldades diagnósticas quando a família omite ou não valoriza o possível contacto com o agente cáustico. E quantas vezes se complica a tarefa diagnóstica pela dificuldade de comunicação da criança!

O caso clínico seguinte é um exemplo desta problemática.

## Caso clínico

Criança do sexo feminino, com dois anos e meio, foi enviada à consulta externa de Medicina por recusa alimentar. Pela anamnese, difícil de recolher, apurou-se que a sintomatologia se tinha iniciado 3 meses antes, na sequência de «estomatite herpética» com febre não quantificada tratada com as medidas conservadoras habituais. Desde essa altura, e de forma progressiva, instalou-se uma recusa alimentar associada a disfagia para sólidos e regurgitações pós-prandiais.

Os antecedentes pessoais eram irrelevantes, com crescimento regular no P<sub>5</sub> para peso e estatura. A mãe era doméstica e saudável; o pai, serralheiro civil, sofria de úlcera péptica; uma irmã de 5 anos era saudável.

O exame objectivo era normal, não sendo evidentes alterações na orofaringe. O desenvolvimento psicomotor era adequado.

Foi colocada a hipótese de diagnóstico de esofagite herpética eventualmente complicada de estenose esofágica. Realizou endoscopia digestiva alta e esofagograma (Fig.1) que revelaram esofagite e estenose esofágica concêntrica, localizada na junção do terço médio com o terço inferior do esófago, com características sugestivas de etiologia cáustica. A serologia para *Herpes simplex* foi negativa.

Foi então refeita a anamnese: na véspera do diagnóstico de «estomatite herpética» a criança tinha estado num café, onde se moveu livremente, inclusivamente para trás do balcão. Esteve junto de um balde com detergente que «inalou», não tendo sido presenciada qualquer ingestão. Iniciou por essa altura queixas de dor na boca e sialorreia, que não foram inicialmente valorizadas. No dia seguinte mantinha estas queixas e, porque apresentava febre, recorreu então ao médico não tendo referido o episódio da véspera. O diagnóstico efectuado na altura foi de estomatite herpética, tendo sido medicada apenas com dieta líquida e antipiréticos. A febre e lesões orais cederam em menos de uma semana, mas a recusa alimentar e disfagia persistiram...

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 85-89



Perante o agora óbvio diagnóstico de estomatite e esofagite cáusticas complicadas de estenose esofágica (realizado 4 meses após a agressão causal), foi submetida a dilatações esofágicas sucessivas que se contabilizam em 19 num período de 18 meses. A disfagia regrediu lentamente. Actualmente com 5 anos, apresenta crescimento no P10 para o peso e P5 para a estatura e tem ainda, esporadicamente, disfagia para sólidos.

Figura 1 — Trânsito esofágico revelando estenose concêntrica fusiforme na junção do terço médio com o terço inferior do esôfago, sugestiva de etiologia cáustica.

## Discussão

Uma disfagia que surgira na sequência de uma estomatite herpética terá condicionado o diagnóstico de esofagite pelo vírus *Herpes simplex*. A esofagite herpética, que habitualmente se associa a situações de imuno-supressão, tem sido recentemente descrita em crianças e adolescentes não-imunodeprimidos (2-4), havendo um caso recente diagnosticado no nosso hospital. Nos casos descritos, os doentes apresentavam febre, queixas intensas de odinofagia e disfagia, inicialmente sem evidentes lesões na orofaringe que pudessem fazer evocar aquele diagnóstico.

Presume-se que a verdadeira incidência da esofagite herpética seja subestimada, principalmente nos casos da clássica faringostomatite herpética primária. Nestes casos, as dificuldades alimentares severas que frequentemente se instalam podem sugerir a existência de envolvimento esofágico, mas a presença de lesões orais capazes de justificar a sintomatologia, leva a que raramente seja considerada a necessidade de endoscopia digestiva, sendo consequentemente realizados menos diagnósticos de esofagite herpética (4).

As alterações endoscópicas clássicas da esofagite herpética consistem num atingimento preferencial da porção distal do esôfago, que se apresenta hiperemiado, friável, com múltiplas pequenas vesículas, úlceras e recoberto por um exsudato esbranquiçado (2,4). Contudo, parece ser possível uma grande variabilidade de alterações endoscópicas, tendo sido descrito um caso numa criança imunocompetente em que uma enorme e única úlcera circunferencial localizada na porção proximal do esôfago tinha sido interpretada como uma lesão cáustica do esôfago, até que o aparecimento posterior de lesões clássicas de gengivo-estomatite herpética e as alterações histológicas e cultura vieram colocar o diagnóstico de infecção herpética (4).

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 85-89



A esofagite herpética não-associada a imuno-supressão evolui habitualmente para a cura, não estando descrita a possibilidade de ser complicada de estenose esofágica (2-4).

A evolução do caso que descrevemos contrariava, pela evolução, as descrições dos casos de esofagite herpética. A serologia excluiu este diagnóstico. Posteriormente, os exames realizados e uma anamnese orientada por um elevado nível de suspeição vieram reformular o diagnóstico inicial.

Poderá à primeira vista ser surpreendente a possibilidade de confundir lesões cáusticas da orofaringe com o diagnóstico de gengivo-estomatite herpética. Mas se, por um lado, as lesões clássicas de gengivo-estomatite herpética (múltiplas pequenas vesiculações e ulcerações em toda a cavidade oral associadas a inflamação e friabilidade gengivais) são suficientemente características para permitir um diagnóstico fácil e adequado, por outro lado não é raro que as lesões se apresentem como extensas ulcerações confluentes, aspecto este que se poderá confundir com o das lesões cáusticas da cavidade oral. Outro factor que certamente contribuiu para o erro diagnóstico inicial foi a ausência de anamnese orientadora, que habitualmente é evidente nas lesões cáusticas do tubo digestivo. A presença de febre, que também terá evocado uma etiologia infecciosa para as alterações da orofaringe pode igualmente associar-se às lesões cáusticas devido à reacção inflamatória, embora habitualmente seja pouco elevada nestes casos (5).

Do atraso diagnóstico resultou uma implementação tardia das medidas terapêuticas preconizadas.

A evolução para estenose das lesões cáusticas do esófago é uma consequência bastante frequente nas formas graves(6-8). A endoscopia deve ser realizada sempre que há suspeita de ingestão de agentes cáusticos com algum grau de corrosividade, uma vez que nem a gravidade das manifestações clínicas nem a presença de queimaduras na cavidade oral podem predizer o grau de lesão esofágica (6-10). Após a avaliação da gravidade das lesões, o tratamento pode ser orientado, estando indicada a administração de corticosteróides, antibióticos e antagonistas dos receptores H2 da histamina, precocemente, nas lesões mais graves (6,10,11). Contudo, apesar dos benefícios teóricos da corticoterapia, parece não estar ainda provado que limite eficazmente a evolução para estenose esofágica (7,8,11).

Uma vez estabelecida a estenose esofágica, a terapêutica usual consiste na realização de dilatações esofágicas sucessivas, iniciadas habitualmente à terceira semana. É uma terapêutica agressiva, não isenta de riscos e morosa, não sendo rara a necessidade de dilatações durante períodos superiores a 3 anos (13). A percentagem de sucessos ronda os 80%. Uma vez instituída a estenose, a terapêutica previamente utilizada na fase aguda não altera significativamente a percentagem de sucesso das dilatações (13).

No caso que descrevemos, as dificuldades de diagnóstico que se colocaram levam-nos a sugerir que, perante uma estomatite de causa não muito clara ou com características inabituais, seja evocada a possibilidade de uma etiologia cáustica. O desenvolvimento de estenose esofágica importante neste caso em que não foi adoptada nenhuma atitude terapêutica inicial, confirma a noção de que a «evolução natural» da esofagite cáustica é bastante desfavorável.

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 85-89

**BIBLIOGRAFIA**

1. Gouveia C, Garcia P, Brandão AN, António AM: Ingestão de cáusticos - Velho problema, novos agentes. *Saúde Infantil* 1997; 19:33-40.
2. Bastian JF, Kaufman IA: Herpes simplex esophagitis in a healthy 10-year-old boy. *J Pediatr* 1982; 100:426-7.
3. Ashenburg C, Rothstein FC, Dahms BB: Herpes esophagitis in the immunocompetent child. *J Pediatr* 1986; 108:584-7.
4. Lerner CJ, Rupp RN: Herpes simplex esophagitis mimicking a lye burn in a child. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 1993; 109: 758-61.
5. Herbst JJ: Esophagus. In: Behrman RE, Kliegman RM, Nelson WE, Vaughan III VC, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics* 14<sup>th</sup> ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1992: 940-7.
6. Gaudreault P, Parent M, McGuigan MA, Chicoine L, Lovejoy FH: Predictability of esophageal injury from signs and symptoms: a study of caustic ingestion in 378 children. *Pediatrics* 1983; 71: 767-70.
7. Anderson KD, Rouse TM, Randolph JG. A controlled trial of corticosteroids in children with corrosive injury of the esophagus. *N Engl J Med* 1990; 323:637-40.
8. Lovejoy FH. Corrosive injury of the esophagus in children - Failure of corticosteroid treatment reemphasises prevention. *N Engl J Med* 1990; 323:668-70.
9. Mendes António A, Mendes L. Intoxicação por cáusticos. *Saúde Infantil* 1985; 7: 93-101.
10. Spitz L, Lakhoo K. Caustic ingestion. *Arch Dis Child* 1993; 68: 157-8.
11. Varea V. Protocolo diagnóstico terapéutico. Ingesta de cáusticos. *Acta Pediátrica Española* 1992; 50: 191-200.
12. Wijburg FA, Heymans HSA, Urbanus NAM. Caustic esophageal lesions in childhood: prevention of stricture formation. *Pediatric Surg* 1989; 24: 171-3.
13. Gundogdu HZ, Tanyel FC, Buyukpamukcu N, Hiçsonmez A. Conservative treatment of caustic esophageal strictures in children. *Pediatric Surg* 1992; 27: 767-70.

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 85-89

**Correspondência:** Alexandra Cabral

Prol. R. Pedro A. Cabral, nº 12, r/c Esq.  
3030 Coimbra

## **MICROCEFALIA NA BAIXA ESTATURA — VARIANTE DO NORMAL?**

Apreciámos a interessante revisão teórica sobre microcefalia, de H. Ferreira e C. Barbosa (Saúde Infantil 1997; 19:19-27), o que nos motivou rever uma casuística de microcefalia da consulta de Desenvolvimento do Hospital de Dona Estefânia, realizada e apresentada há uns anos(1).

Esta incluiu 63 casos referentes a crianças observadas na Consulta ao longo de 5 anos (1984-1989). Considerámos microcefalia o perímetro cefálico (PC) inferior ao percentil 10 na curva de Lubchenco relativamente ao período neonatal (2) e inferior ao percentil 3 na tabela de Tanner após essa idade (3). Quantificámos a microcefalia em desvios-padrão (DP) relativamente à média para a idade e sexo (3). O desenvolvimento de todas as crianças foi avaliado, pelo menos, pelos métodos de M. Sheridan e/ou o de Brunnet-Lèzine. Adoptámos uma classificação etiopatogénica baseada essencialmente em critérios clínicos e verificámos a seguinte distribuição: 50,8% associada a síndromes e malformações, 12,7% familiar, 12,7% associada a atraso de crescimento intra-uterino, 6,3% associada a baixa estatura, 4,8% secundária a encefalopatia hipóxico-isquémica ou meningo-encefalite e 12,7% isolada. Tratando-se de uma consulta de referência e não sendo os resultados representativos de qualquer outra população, houve um grupo de crianças que mereceu particular reflexão e posterior discussão (4). Referimo-nos a 4 crianças com microcefalia associada apenas à baixa estatura, evidenciando um desenvolvimento psicomotor adequado para a idade e o perímetro cefálico (PC) entre -2 e -3 desvios padrão (DP) relativamente à média para a idade e sexo. Como classificar estas crianças? Será lícito incluí-las nas microcefalias? Deve ou não ser a estatura um elemento relevante do exame físico duma criança com microcefalia? E como corrigir, nestes casos, o PC em relação à estatura ?

Alguns autores debruçaram-se sobre esta problemática e propuseram uma fórmula que relaciona aqueles dois parâmetros somatométricos (5). Outros, ainda, sugerem que na baixa estatura, se deve avaliar o PC em função da idade estatural (6). Com esta estratégia nenhuma daquelas 4 crianças manteria o PC abaixo de -2 DP.

Uma questão fica subjacente: numa pequena estatura, será “mais normal” uma cabeça pequena e proporcionada ao pequeno tamanho da criança, ou uma cabeça desproporcionada mas que reflecta uma dimensão encefálica que se situe na média para a idade e sexo ?

Lisboa, 19 de Março de 1998

**L. Pereira da Silva, J. Estrada, M.C. Vale, L. Gama**  
Hospital de Dona Estefânia, Serviço 1  
Rua Jacinta Marto.1150 Lisboa

**BIBLIOGRAFIA**

---

1. Pereira da Silva L, Estrada J, Vale MC. Microcefalias. In: Sessão de homenagem à Dr<sup>a</sup> Maria Elisa Sacramento Monteiro, Lisboa, 21/10/1989 (não publicado).
  2. Lubchenco LO, Hansman C, Boyd E. Intrauterine growth in length and head circumference as estimated from live birth at gestational ages from 26 to 42 months. *Pediatrics* 1966;37:403-8.
  3. Tanner JM, Davies PSW. Growth and development. In: Forfar JO, Arneil GC ed. *Textbook of Paediatrics*. London, Churchill Livingstone 1984;278-330.
  4. Pereira da Silva L, Estrada J, Vale MC, et al. Microcefalia na baixa estatura. In: XII Jornadas Nacionais de Pediatria, Tomar, 19/04/1991 (não publicado).
  5. Dine MS, Gartside PS, Glueck CJ, Rheins L, Greene G, Khoury P. Relationship of head circumference to length in the first 400 days of life: a mnemonic. *Pediatrics* 1981; 67: 506-7.
  6. Lemire JM, Shurtleff DB. Malformations of the skull. In: Kelley VC ed. *Practise of Pediatrics*. New York, Harper & Row Publishers 1984, Vol 10, Chap 51;1-14.
- 

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 91-92

*Resposta à Carta ao Editor*

A pergunta colocada por L. Pereira da Silva relaciona-se com o facto de pediatras e neuropediatras conhecerem a existência de microcefalias, ou seja perímetros cranianos inferiores a pelo menos 2 DP abaixo do Percentil 50, em crianças com inteligência normal, quando seguidas até à idade escolar.

Embora admitindo a existência de casos variantes do normal, é nossa convicção que um perímetro craniano igual ou inferior a 2 DP abaixo do percentil 50 deve ser considerado uma microcefalia independentemente da estatura ou do peso, e como tal seguido clinicamente. Pessoalmente, se não se acompanharem de qualquer alteração neurológica ou outra, penso que não devem fazer qualquer investigação.

Se uma dessas microcefalias se associa a baixa estatura, não vejo que haja qualquer motivo para tratarmos essa situação com maior "benevolência", e não simpatizo com as fórmulas antropométricas de correcção.

A dificuldade em classificar esses casos fez com que os autores que citamos no nosso artigo os tivessem incluído num grupo que se assume muito heterogéneo e a que se chamou microcefalias plus.

Agradeço o seu interesse e aceito que as dúvidas que levanta continuam a fazer todo o sentido.

**Célia Barbosa, Helena Ferreira**



## **7º Encontro de Enfermagem Pediátrica**

Coimbra, 2 e 3 de Abril de 1998

**Local:** Auditório da Reitoria da Universidade de Coimbra

**Secretariado:** ASIC — Hospital Pediátrico

Av. Bissaya Barreto — 3000 Coimbra

Tel.(039) 480 335 Fax (039) 484 464

## **Qualidade de Vida da Criança com Cancro**

Coimbra, 17 e 18 de Abril de 1998

**Local:** Auditório do Hospital dos Covões

**Organização:** Sector de Hematologia e Oncologia do Hospital Pediátrico

**Secretariado:** ASIC

## **VII Curso Básico de Ortopedia Infantil**

Coimbra, 14 e 15 de Maio de 1998

**Local:** Auditório da Reitoria da Universidade de Coimbra

**Organização:** Serviço de Ortopedia do Hospital Pediátrico

**Secretariado:** ASIC

## **VIII Fim-de-Semana de Anestesiologia Pediátrica**

Coimbra, 28, 29 e 30 de Maio de 1998

**Local:** Auditório dos Hospitais da Universidade de Coimbra

**Secretariado:** ASIC

## **XV Curso de Pediatria Ambulatória**

Coimbra, 19 e 20 de Junho de 1998

**Local:** Auditório da Reitoria da Universidade de Coimbra

**Secretariado:** ASIC

## **A abordagem da morte na criança e na família**

Coimbra, 10 ou 24 de Outubro de 1998

**Local:** Hotel D. Luís

**Secretariado:** ASIC

**Inscrições:** 18 000\$00 — Sócios da ASIC 14 500\$

Pré-inscrições até 15 de Maio

**Carga horária:** 10 horas

*saúde  
infantil*

1998; 20/1: 95-96

## **V Seminário de Desenvolvimento**

Coimbra, 19 e 20 de Novembro de 1998

**Local:** Auditório da Reitoria da Universidade de Coimbra

**Secretariado:** ASIC