

# saúde infantil

S E T E M B R O 2 0 0 0

Editorial: Carta ao editor

Terapêuticas antibióticas curtas/simplificadas

Quem falta às consultas?

Desigualdades territoriais relacionadas com o consumo do álcool e do tabaco no decurso da gravidez e do primeiro ano de vida

Manchas café com leite

Pediatria ambulatória

Os jovens e as toxicodependências

Síndrome de Munchausen

Textos de apoio — Fichas clínicas

Um caso inesquecível

Revisões — Informações

*Hospital Pediátrico de Coimbra*

**DIRECTOR**  
**Luís Lemos**

**EDITOR**  
Luís Januário

**REDACÇÃO**  
Boavida Fernandes, Fernando Fagundes,  
Manuel Salgado

**CONSELHO DE LEITURA**  
Os profissionais do quadro técnico  
do Hospital Pediátrico

e

**Neonatologia**  
Conceição Ramos, Gabriela Mimoso,  
Mário Branco  
António Marques

**Clínica Geral**  
Maria José Hespanha

**Dermatologia**  
Ana Moreno

**Estatística e Métodos**  
Pedro Ferreira

**Propriedade:**  
Associação de Saúde Infantil de Coimbra

**Secretariado**

Sandra Fonseca  
ASIC — Hospital Pediátrico de Coimbra  
3000-076 Coimbra  
Fax: 239 48 44 64 Tel. 239 48 03 35  
E-mail: asic.hp@mail.telepac.pt

**Assinaturas 2000**

ANUAL	3.000\$00
Sócios da ASIC	2.500\$00
Estrangeiro	3.500\$00
PALOPs	3.000\$00
NÚMERO AVULSO	1.500\$00

Tiragem: 1100 exemplares

**Concepção Gráfica e Paginação Electrónica:**

RPM, Ideias e Comunicação, Lda  
Rua Antero de Quental, 250 3000-031 COIMBRA  
TEL: 239 85 29 40 Fax: 239 85 29 49

**Montagem e impressão:**  
Norprint, Artes Gráficas S.A.

Depósito Legal nº 242/82



Impresso em papel reciclado

neste  
número

saúde  
infantil

**EDITORIAL**

CARTA AO EDITOR.....	3
Fernando Fagundes	
TERAPÊUTICAS ANTIBIÓTICAS CURTAS/SIMPLIFICADAS.....	5
Luís Lemos	
“QUEM FALTA ÀS CONSULTAS?” OS MOTIVOS E AS CONSEQUÊNCIAS .....	11
Ana Montalvão, Luís Coentro, Anicete Cavaco	
DESIGUALDADES TERRITORIAIS RELACIONADAS COM O CONSUMO DO ÁLCOOL E DO TABACO NO DECURSO DA GRAVIDEZ....	21
Paula Cristina Almeida Remoaldo	
DESIGUALDADES TERRITORIAIS RELACIONADAS COM O CONSUMO DO ÁLCOOL NO DECURSO DO PRIMEIRO ANO DE VIDA ..	29
Paula Cristina Almeida Remoaldo	
MANCHAS CAFÉ COM LEITE .....	35
M. Sameiro Barreirinho, Miguel Taveira, Conceição Rosário	
PEDIATRIA AMBULATORIA — UMA EXPERIÊNCIA .....	43
Maria João Lomelino	
OS JOVENS E AS TOXICODEPENDÊNCIAS .....	53
Sandra Ramos, Margarida Fonseca Cardoso, Denisa Mendonça, Torcato Santos, Rui Jorge Costa	
<b>TEXTOS DE APOIO DA CONSULTA DE PEDIATRIA GERAL</b> VARIANTES DO NORMAL EM ORTOPEDIA.....	71
<b>CASO CLÍNICO</b> SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO .....	75
<b>UM CASO INESQUECÍVEL</b> MASSA AXILAR DE APARECIMENTO SÚBITO NUMA PUÉRPERA ..	83
<b>FICHAS CLÍNICAS</b> FISSURA ANAL.....	87
<b>REVISÕES BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	89
<b>INFORMAÇÕES</b> .....	93

# 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 correções 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.

- H. 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.

# Editorial

## CARTA AO EDITOR

**T**odos os números da Saúde Infantil — como é de norma — devem começar por um editorial. Trata-se de um espaço destinado a emitir opinião sobre tema de importância para os leitores, reflectindo o pensar de quem o escreve e contando à partida com o acordo do editor. Este, não exprimirá uma opinião concreta. Gostaria no entanto que fosse provocatório, originando respostas em forma de cartas ao editor, individualizadas, sem qualquer necessidade de revisão ou acordo prévio com normas de publicação.

A Saúde Infantil e as próprias crianças vêm mudando com o tempo. Paralelamente, o desenvolvimento profissional de cada um também vem mudando conforme tempos e circunstâncias que lhe são próprios. Cada percurso individual é muitas vezes resultado de pequenos acasos, em outros dependente de oportunidades, capacidades, gostos ou até de erros cometidos e auto-avaliados.

Criemos um espaço de balanço, reflectindo o que determinou a aprendizagem que fomos fazendo, as triagens das necessidades formativas que fomos sentindo, uma espécie do que somos ou que gostaríamos de ser e de como sê-lo enquanto profissionais ligados à saúde e às crianças.

Neste presente vos lanço o desafio. Escrevam e contem sem regras o que são, que modelos vos impressionaram, que erros vos modificaram, que pormenores de vida vos moldaram o futuro passado.

Da diversidade faremos a regra e da participação o motivo.

**Fernando Fagundes**

# TERAPÊUTICAS ANTIBIÓTICAS CURTAS/SIMPLIFICADAS (Otite média aguda, amigdalite estreptocócica). Uma boa ajuda para o ambulatório!

Luis Lemos<sup>1</sup>

## RESUMO

A otite média aguda e a amigdalite estreptocócica são duas das infecções que motivam maior prescrição de antibióticos em idade pediátrica, em todo o mundo.

A administração inicial e sistemática de antibióticos na OMA é já controversa. O aparecimento progressivo de resistências microbianas é directamente proporcional à prescrição de antibióticos e a utilização de antibióticos de espectro desnecessariamente largo, agrava estas consequências para além de onerar substancialmente os tratamentos.

Para ambas as situações clínicas acima referidas existe a possibilidade da administração de terapêuticas antibióticas de curta duração com amoxicilina (5 dias para a OMA ou 6 dias para a amigdalite) com excelente eficácia e adesão. Outra opção, para a amigdalite estreptocócica, é a administração de uma dose única, oral, durante 10 dias. Aquele antibiótico é recomendada para as duas situações como fármaco de primeira linha, por razões de eficácia e de ecologia.

A monitorização microbiológica dos germes em causa nestas situações clínicas será essencial para o futuro aconselhamento.

**Palavras-chave:** terapêutica antibiótica de curta duração, otite média aguda, amigdalite.

## SUMMARY

Acute otitis media and streptococcal tonsillopharyngitis are responsible for a very important consumption of antibiotics in pediatric age, all around the world.

Systematic initial administration of antibiotics in AOM is now controverse. Progressive development of microbial resistances is proportional to the use (and abuse) of antibiotics.

For both the clinical situations above described we can use short therapeutic courses with amoxicillin (5 days for AOM and 6 days for tonsillopharyngitis) with excellent efficacy and compliance. Other equally effective possibility for the last clinical situation is to prescribe a unique daily dosis of amoxicillin, during 10 days.

Microbiological monitorization of the germes concerned will be necessary for future counselling.

**Keywords:** short antibiotic therapy, tonsillopharyngitis, acute otitis media.

1. Chefe de Serviço, Hospital Pediátrico, Coimbra

A terapêutica antimicrobiana em Pediatria Ambulatória tem sofrido, em muitos aspectos, nos últimos anos, uma evolução particularmente favorável e importante.

Podemos resumir assim os factos mais significativos:

- a) utilização cada vez mais excepcional de fármacos por via parenteral (evitando-se, assim, o incómodo físico e algumas complicações, nem sempre benignas)
- b) comercialização de medicamentos com características farmacológicas que permitem a administração de um cada vez mais reduzido número de tomas diárias
- c) sabor aceitável ou bom, para a maioria das formas de apresentação (suspensões e xaropes)
- d) escolhas terapêuticas potencialmente mais ajustadas, tendo por base um melhor conhecimento dos dados microbiológicos relativos a algumas das infecções pediátricas mais comuns.

Com este pano de fundo outros aspectos também relevantes vieram marcar os tempos presentes:

- e) estudos cientificamente credíveis que questionam a necessidade de administração sistemática de antibacterianos, nalgumas situações infecciosas, contrariando assim práticas médicas tradicionais (1-3)
- f) aparecimento progressivo de resistências de alguns germes típicos de infecções do ambulatório (*S. aureus*, *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *E. coli*) a antibióticos tradicionalmente utilizados, implicando novas atitudes na prescrição e orientação dos casos clínicos
- g) a constatação, cientificamente bem alicerçada, de que muitas das situações que classicamente eram tratadas em meio hospitalar, podem ser orientadas em ambulatório, desde o início ou a muito curto prazo, após algumas horas de estadia hospitalar (4,5).
- h) a duração clássica da terapêutica antibacteriana de algumas situações infecciosas mais comuns do ambulatório, foi questionada e tem sido demonstrado que, também nesta área, é possível e desejável uma mudança de comportamentos de quem prescreve, encurtando significativamente o número de dias de tratamento (para melhor ou igual eficácia, obtém-se mais adesão dos familiares e dos doentes, com menos custos directos e indirectos) (1, 6).

Em relação à patologia pediátrica ambulatória, têm surgido nos últimos anos inúmeras referências a terapêuticas curtas ou simplificadas, para situações clínicas específicas — e frequentes.

O objectivo deste trabalho é apresentar, de modo particularmente sintetizado, as propostas actuais sobre essas situações.

## Otite média aguda

Sendo uma situação clínica frequente nos primeiros anos de vida, tem origem infecciosa diversificada: viral, bacteriana (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*) ou mista (7).

Sabe-se que 80-90% das otites médias agudas (OMA) evoluem espontaneamente de modo favorável, num curto espaço de tempo (1). O *S. pneumoniae* é o germe em que se constata uma menor probabilidade de erradicação espontânea do ouvido médio (20%), sendo esta percentagem máxima para a *M. Catarrhalis* (80%) (8).

É possível, mas mesmo assim controverso, que nalgumas situações particulares (crianças com menos de 2 anos de vida ou com antecedentes pessoais de OMA frequentes ou com otorreia) seja indicada a antibioterapia clássica perante uma OMA (3,9-11).

O diagnóstico de OMA nem sempre é fácil, por múltiplas razões: não colaboração da criança no exame, obstrução do canal auditivo por cerúmen, pouca experiência do observador, otoscópios deficientes (pouca intensidade luminosa, espéculos inadequados, ...)... ou ausentes! Embora poucos estudos abordem o tema, a percentagem de falsos diagnósticos de OMA feitos em Cuidados de Saúde Primários — em condições técnicas provavelmente equivalentes às dos nossos Serviços de Urgência Pediátrica — pode ser extremamente elevada (12). É provável que o diagnóstico de OMA seja também muito sobrevalorizado entre nós.

As OMA consomem, nos países desenvolvidos, uma elevada percentagem dos antibióticos prescritos no ambulatório. Infelizmente o uso e abuso de antibióticos levou ao aparecimento progressivo de resistências do *S. pneumoniae* à Penicilina (e a beta-lactâmicos em geral e a Macrólidos) e do *H. Influenzae* à Ampicilina, pelo que estes factores pesam actualmente na orientação terapêutica (8,13,14). As terapêuticas ditas profilácticas não parece actualmente terem qualquer suporte científico (1,15) e conduzem a um significativo aumento nas semanas e meses seguintes, de colonização da orofaringe com estirpes de *S. pneumoniae* resistentes ou multi-resistentes (16).

Em países desenvolvidos, sendo as crianças bem nutridas e saudáveis, as complicações graves das OMA, mesmo não tratadas com antibióticos, não são frequentes e respondem rapidamente à terapêutica instituída (1).

A atitude mais equilibrada em relação a este problema poderá, pois, consistir em melhorar a qualidade do diagnóstico (otoscopia sistemática, de preferência com otoneumoscópio) e, sempre que possível, na não prescrição sistemática de antibióticos na fase inicial (primeiras 24-48 h). A utilização de antipiréticos/anti-álgicos (paracetamol, de preferência) permite aliviar os sintomas e, na maioria dos casos, constata-se a progressiva cura clínica espontânea (1). A maior parte dos casos de OMA ditos “complicados” referem-se a situações com febre mais elevada e/ou otalgia acentuada, tendo a terapêutica anti-álgica e anti-pirética todo o cabimento e não parecendo haver suporte científico para que aqueles sintomas conduzam, só por si, a prescrição antibiótica.

saúde  
infantil

2000; 22/2: 5-10

Esta orientação pressupõe uma boa relação de confiança e a possibilidade de um contacto fácil entre o médico assistente prescriptor e a família da criança, nas horas e dias seguintes ao diagnóstico.

Há actualmente significativas diferenças de actuação médica entre os EUA (utilização de mais antibióticos, de espectro mais largo e por mais tempo) e os países do norte da Europa, sendo nestes a atitude mais radical assumida pelos médicos de Clínica Geral da Holanda, onde a terapêutica antibiótica inicial na OMA é a excepção (1, 9,17).

Sempre que se opte pela antibioterapia inicial — o que nos parece necessário nas condições de trabalho dos nossos Serviços de Urgência hospitalares e até de Cuidados de Saúde Primários — há actualmente suficiente experiência no sentido da utilização, com eficácia, de terapêuticas de curta duração.

A Amoxicilina é, de um modo bastante consensual, o fármaco de primeira linha (8,14). Alguns dos poucos dados microbiológicos portugueses relativos à susceptibilidade aos antibióticos dos germes em causa, colhidos em ambulatório — embora não no líquido do ouvido médio — apoiam esta opção (18). A dosagem proposta é de 50 mg/ kg/ 24 h. Em caso de evolução não favorável nas 24-48 h seguintes, far-se-ão os ajustes necessários na dosagem ou no fármaco (ver quadro 1).

---

Amoxicilina (50 mg/kg/24 h, 8/8 ou 12/12 h, 5 dias)

**Alternativas, se insucesso:**

Amoxicilina (90 mg/kg/ 24 h, 5 dias)

Amoxicilina + Ac Clav. (5 dias)

Cefuroxime axetil (5 dias)

Azitromicina (3 dias)

Ceftriaxone (50 mg/kg/24h, dose única i.m.)

- **situações particulares:**
  - idade inferior a 2 anos?
  - OMA supurada?
  - OMA frequentes?

---

**Quadro 1 — Otite média aguda – terapêutica curta\*.**

## Amigdalite estreptocócica

O importante, em Pediatria, é de novo lembrar quanto é fundamental fazer um diagnóstico o mais rigoroso possível, reforçando a ideia de que são muito pouco frequentes as amigdalites bacterianas abaixo da idade de 3-4 anos e que sempre que a uma amigdalite se associam sintomas respiratórios (tosse, rouquidão, rinite) a etiologia vírica é a mais provável (19).

Posto isto, se se trata de uma amigdalite bacteriana, o *Streptococcus pyogenes* será o germe em causa na esmagadora maioria dos casos (19).

Não foram identificados no mundo, até hoje, estirpes desta bactéria resistentes à Penicilina pelo que este antibiótico continua a ser, teoricamente, o fármaco ideal e este tratamento o



de referência em muitos dos países com uma medicina de qualidade reconhecida (20, 21).

Tem sido argumentado que a adesão a este tratamento clássico, com Penicilina oral, é limitada (pela duração e número de doses diárias). Em Portugal não está actualmente comercializada nenhuma Penicilina oral para uso pediátrico.

A Amoxicilina (tem o inconveniente de ter um espectro mais largo do que necessário...) administrada durante 6 dias, em duas tomas diárias (22) ou de modo até mais simplificado — uma vez por dia, durante 10 dias (23, 24) — é tão ou mais eficaz do que a Penicilina oral, tanto na erradicação do germe na fase aguda como para evitar a re-infecção/recidiva.

Sendo assim e apesar do espectro mais largo da Amoxicilina, este fármaco parece bem aceitável, é bem tolerado e algumas formulações são relativamente económicas.

As resistências do *S. pyogenes* aos macrólidos estão já em níveis elevados nalgumas zonas do país (25), pelo que a sua utilização actual e futura pode ser problemática, tanto mais que a utilização dos macrólidos está em expansão, entre nós.

Em amigdalites agudas, nas crianças habitualmente saudáveis, deve-se evitar, sobretudo por óbvias razões de ecologia microbiológica, a utilização de antibióticos de mais largo espectro, visto irem contribuir para o aparecimento de estirpes resistentes/multi-resistentes de outros germes, nomeadamente *S. pneumoniae* e *H. influenzae*.

Sendo assim a proposta para a terapêutica curta ou simplificada, está resumida no quadro 2.

*saúde  
infantil*

2000; 22/2: 5-10

<b>Terapêutica curta:</b>	Amoxicilina (50 mg/ kg/ 24 h, 12 / 12 h, 6 dias)
<b>Terapêutica simplificada:</b>	Amoxicilina (50 mg/ kg / 24 h, 1 x dia, 10 dias) <b>ou</b> (750 mg, 1 x dia, 10 dias, em jovens ou adolescentes)

**Quadro 2 — Amigdalite aguda estreptocócica – terapêutica curta/ simplificada.**

## BIBLIOGRAFIA

1. Hirschman JV. Methods for decreasing antibiotic use in otitis media. *Lancet* 1998; 352: 672.
2. Del Mar CB, Glasziou P P, Hayem M. Are antibiotics indicated as initial treatment for children with acute otitis media? A meta-analysis. *BMJ* 1997; 314: 1526-1529.
3. Majeed A, Harris T. Acute otitis media in children (Editorial). *BMJ* 1997; 315:321-322.
4. Browne GJ, Penna A. Short stay facilities: the future of efficient paediatric emergency services. *Arch Dis Child* 1996; 74: 309-313.
5. Hoberman A, Wald ER, Hickey RW et al. Oral versus initial intravenous therapy for urinary tract infections in young febrile children. *Pediatrics* 1999; 104: 79-86.
6. Pichichero EM, Cohen R. Shortened course of antibiotic therapy for acute otitis media, sinusitis and tonsillopharyngitis. *Pediatr Infect Dis J* 1997; 16: 680-695.
7. Chonmaitree T. Viral and bacterial interaction in acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 2000; 19: S 24-36.

8. Barnett ED, Klein JO. The problem of resistant bacteria for the management of acute otitis media. *Ped Clin N Amer* 1995; 42: 509-517.
9. Froom J, Culpepper L, Jacobs M et al. Antimicrobials for acute otitis media? A review from the International Primary Care Network. *BMJ* 1997; 315: 98-102.
10. Froom J, Culpepper L. Routine antimicrobial treatment of acute otitis media. Is it necessary? *JAMA* 1997; 278:1643-1645.
11. Cohen R, Levy C, Boucherat M et al. A multicenter, randomized, double-blind trial of 5 versus 10 days of antibiotic therapy for acute otitis media in young children. *J Pediatrics* 1998;133.634-639.
12. Laurin L, Prellner K, Kamme C. Phloxymethylpenicillin and therapeutic failure in acute otitis media. *Scand J Infect Dis* 1985;17:367-370.
13. Jacobs MR. Increasing antibiotic resistance among otitis media pathogens and their susceptibility to oral agents based on pharmacodynamic parameters. *Pediatr Infect Dis J* 2000; 19: S 47-56.
14. McCracken HG. Prescribing antimicrobial agents for treatment of acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 1999; 18: 1141-1146.
15. Roark R, Berman S. Continuous twice daily or once daily prophylaxis compared with placebo for children with recurrent acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 1997; 16: 376-38.
16. Dagan R, Leibovitz E, Leiberman A, Yagupsky P. Clinical significance of antibiotic resistance in acute otitis media and implication of antibiotic treatment on carriage and spread of resistant organisms. *Pediatr Infect Dis J* 2000; 19: S 57-65.
17. Van Buchem FL, Peeters MF, Vant' Hof MA. Acute otitis media: a new treatment strategy. *BMJ* 1985; 290: 1033-1037.
18. Neto AS, Sousa EN, Carvalho C et al. Bacterial prevalence in nasopharyngeal isolate from portuguese children. Abstract book. 17th annual meeting of the European Society for Paediatric Infectious Diseases, Greece, 1999.
19. Behrman RE, Kliegman RM, Nelson WE et al. *Nelson-Textbook of Pediatrics* 1992, 14th ed, W B Saunders, Philadelphia.
20. Macris MH, Hartman N, Murray B et al. Studies of the continuing susceptibility of group A streptococcal strains to penicillin during eight decades. *Ped Infect Dis J* 1998; 17: 377-381.
21. Kaplan E, Johnson DR, Rosario MC et al. Susceptibility of group A beta-hemolytic streptococci to thirteen antibiotics: examination of 301 strains isolated in the United States between 1994 and 1997. *Pediatr Infect Dis J* 1999; 18: 1069-1072.
22. Cohen R, Levy C, Doit C et al. Six-day amoxicillin vs. Ten-day penicillin V therapy for group A streptococcal tonsillopharyngitis. *Pediatr Infect Dis J* 1996; 15: 678-682.
23. Shvartzman P, Tabenkinn H, Rosentzwaig A et al. Treatment of streptococcal pharyngitis with amoxycillin once a day. *BMJ* 1993; 306: 1170-1172.
24. Feder HM, Gerber MA, Randolph MF et al. Once-daily therapy for streptococcal pharyngitis with amoxicillin. *Pediatrics* 1999; 103: 47-51.
25. Melo Cristino J, Fernandes ML, Portuguese Surveillance Group for the study of respiratory pathogens. *Streptococcus pyogenes* isolated in Portugal: macrolide resistance phenotypes and correlation with T types. *Microbial drug resistance* 1999; 5: 219-225.

*saúde  
infantil*

2000; 22/2: 5-10

# “QUEM FALTA ÀS CONSULTAS?” OS MOTIVOS E AS CONSEQUÊNCIAS

Ana Montalvão<sup>1</sup>, Luís Coentro<sup>2</sup>, Anicete Cavaco<sup>3</sup>

## RESUMO

Nos últimos três anos, pareceu-nos excessivamente elevado o número de crianças que faltaram à Consulta de Pediatria Geral.

Assim, este trabalho teve como objectivos: 1) analisar as faltas às consultas programadas de Pediatria Geral durante o ano de 1999 no Hospital de Beja; 2) avaliar quais os factores que estiveram na origem dessas faltas/abandono da Consulta e o grau de satisfação dos pais sobre o funcionamento da mesma; 3) ponderar alterações ao funcionamento da consulta, eventualmente decorrentes das conclusões da alínea anterior.

Para o efeito, foram analisados o ficheiro e processos de consulta relativos às crianças que faltaram em 1999. Foram consultados os pais, através de inquérito enviado para as moradas constantes nos processos, durante o mês de Janeiro de 2000.

Encontrámos uma taxa de 11% de faltas, correspondendo a cerca de 40% do total de altas. À convocatória para nova consulta aderiram 66,7%. As faltas verificaram-se ao longo de todo o ano, nos grupos etários mais baixos e predominaram nas crianças do concelho de Beja e limítrofes. A maioria (94,9%) correspondia a uma consulta subsequente, já com um diagnóstico definitivo (74,3%), destacando-se em primeiro lugar as doenças do aparelho urinário (39,2%) e, dentro destas, a infecção urinária. Metade delas era seguida também noutras especialidades ou subespecialidades pediátricas.

Obtivemos fraca adesão aos inquéritos. Motivos pouco consistentes para a falta foram apontados pela maioria (nomeadamente o esquecimento do dia da consulta ou o estar a ser seguido noutra hospital ou noutra consulta), que expressou uma opinião positiva sobre o funcionamento da Consulta.

Conclui-se pela importância de fazer compreender aos pais a necessidade da consulta, mesmo em crianças “aparentemente bem”, assim como ter em atenção o seguimento “excessivo” noutras especialidades ou subespecialidades e compatibilizar datas de consultas. Pondera-se a implementação de um sistema que permita a reconfirmação da consulta.

**Palavras-chave:** faltas, consultas, pediatria, satisfação, inquérito.

1 Interna do Internato Geral      2 Interno do Internato Geral      3 Chefe de Serviço de Pediatria  
Serviço de Pediatria do Hospital de José Joaquim Fernandes - Beja

## SUMMARY

In the last three years, the number of missed appointments for pediatric consultation in our hospital seemed excessively high.

The aims of this study were: 1) to analyze the missed appointments for pediatric consultation during 1999 in our hospital; 2) to find predictors for these missed appointments/dropouts, as well as to evaluate the parents' satisfaction degree with consultations; 3) to think of strategies to improve our practice, consequence of the latter.

We gathered data from the consultation file and clinical records from the children who missed any appointments during 1999. A questionnaire was applied to parents by mail, during January 2000.

The missed appointment rate was 11%, which corresponded to nearly 40% of discharges. When re-scheduled, 66.7% returned. The missed appointments took place regularly throughout the year, mostly in the lower ages and, above all, with children living in Beja or near. The majority (94.9%) was missing a following appointment (rather than a first one), with an already definitive diagnosis (74.3%), being the diseases of the urinary tract (39.2%) and, among those, the urinary infection the most frequent diagnosis. Half of the children were also followed by other specialists or pediatric sub-specialists.

We found a low rate of answered questionnaires. Not much consistent reasons were referred by the majority for having missed (namely having forgotten the day of the appointment or being followed by another doctor or in other hospital), while a high level of satisfaction was generally expressed. The results suggest that making parents understand the need for the appointment, even in children who are "apparently well" as well as bearing in mind the sometimes "excessive" number of appointments for different specialists, trying to compatibilize the schedules, could possibly reduce the number of missed appointments. A system allowing the confirmation of the schedule should be further planned and eventually introduced.

**Keywords:** missed, appointments, pediatrics, satisfaction, questionnaire.

## Introdução

O Hospital de José Joaquim Fernandes serve uma população de 160.900 habitantes, dos quais cerca de 1/5 correspondem à faixa etária dos 0 aos 18 anos, originando nos últimos 3 anos a marcação de mais de três milhares de consultas de Pediatria Geral.

A necessidade de estudar o problema das faltas às consultas colocou-se-nos ao analisar os dados da Consulta Externa de Pediatria Geral no triénio 1997-99, no qual nos pareceu excessivamente elevado o número de crianças que abandonaram a referida consulta.

Assim, para um número de consultas marcadas de 3173, verificaram-se 370 faltas (11,3%); para um número de altas de 456, das quais 198 correspondem a altas por falta (43,4%).

Considerámos importante o problema das faltas às consultas porque afectam não só a saúde dos doentes como prejudicam os horários, provocam uma fraca utilização dos recur-

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:11-19

sos e um trabalho acrescido para médicos, enfermeiros e auxiliares e ainda representam oportunidades de aprendizagem perdidas para médicos em formação (1).

Deste modo propusémo-nos analisar as faltas às consultas programadas de Pediatria Geral (Hospital de José Joaquim Fernandes — Beja) durante o ano de 1999, estudar factores que pudessem estar na origem dessas faltas, bem como o grau de satisfação dos pais e ponderar alterações ao funcionamento da consulta, eventualmente decorrentes do ponto anterior.

## Material e métodos

Analisámos o ficheiro da consulta externa de Pediatria Geral referente ao ano de 1999, assinalando as faltas ocorridas neste período. Analisámos os processos de consulta das crianças que faltaram.

Consultámos os pais através de inquéritos enviados pelo correio para as moradas constantes dos processos, incluindo envelope de resposta pré-tarifado e endereçado ao nosso serviço.

Foram estudadas as seguintes variáveis:

### Na caracterização das crianças:

- Idade (discriminada em grupos etários: 0-1, 2-4, 5-9, 10-14 e 15-18 anos)
- Sexo
- Concelho de residência
- Tipo de diagnóstico (discriminado em: provisório ou definitivo)
- Diagnóstico por grupo nosológico (segundo a classificação da OMS)
- Seguimento noutras especialidades ou subespecialidades pediátricas

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:11-19

### Na caracterização das faltas:

- Mês em que ocorreu a falta
- Tipo de consulta (discriminado em: primeira consulta ou consulta subsequente)
- Convocatória (discriminado em: convocado ou não convocado)
- Adesão à convocatória (discriminado em: voltou, não voltou ou convocação futura)

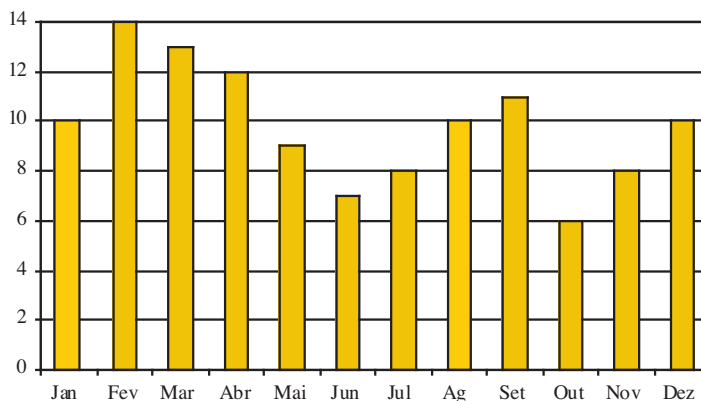
### Na caracterização das respostas ao inquérito:

- Resposta (discriminado em: respondeu ou não respondeu)
- Motivo expresso da falta (discriminado em: “achei que já não tinha qualquer problema de saúde”, “esqueci-me do dia da Consulta”, “o horário da Consulta não me convinha porque trabalho”, “moro longe e não tinha transporte”, “está a ser seguido noutra hospital ou noutra médico” ou “outro motivo”)
- Grau de satisfação (discriminado em: muito bem, bem, razoável ou mal)
- Apresentação de sugestões
- Desejo de seguimento (discriminado em: sim ou não)

Baseámo-nos, para a escolha das variáveis sócio-demográficas e clínicas recolhidas dos processos e elaboração dos inquéritos, em estudos anteriores (1,2,3,4) e também em métodos comprovados de medição da satisfação dos doentes, nomeadamente o MISS — Medical Interview Satisfaction Scale, o CSQ — Consultation Satisfaction Questionnaire e o PEI — Patient Enablement Instrument (5,6).

## Resultados

Verificámos no ano de 1999, para 1072 consultas marcadas, 118 faltas (11%). Para 140 altas da consulta, 58 foram por abandono (41,4%).



As faltas de 1999 distribuíram-se equilibradamente ao longo do ano (Gráfico 1).

Gráfico 1 — Distribuição de faltas por meses.

Comparando o número de consultas efectuadas com o número de faltas (o que nos dá o total de marcações para cada mês) verifica-se que na realidade não existiram variações sig-

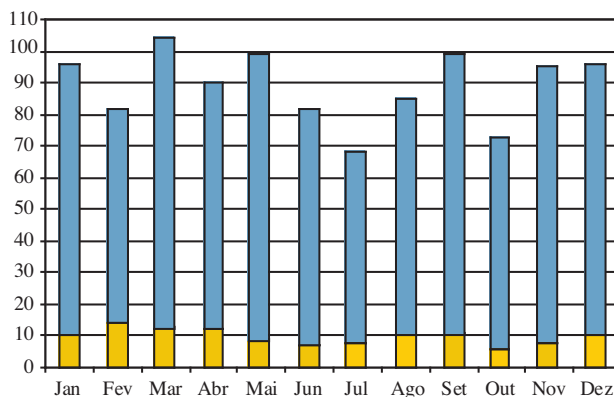


Gráfico 2 — Distribuição de marcações por meses.

nificativas na percentagem de faltas ao longo dos meses (Gráfico 2).

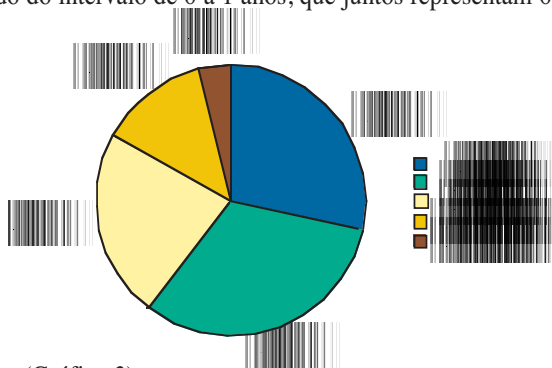
A esmagadora maioria das faltas correspondeu, não a primeiras consultas (5,1%), mas a consultas subsequentes (94,9%).

Aproximadamente metade das crianças que faltaram foram convocadas após essa falta (50,8%).

Verificou-se uma adesão maioritariamente positiva à convocatória (66,7%). Não voltaram à consulta 28,3% das crianças convocadas. Os restantes 5% correspondem a marcações futuras, i.e., crianças convocadas para datas posteriores a 31/12/1999.

Relativamente à caracterização por sexo das crianças que faltaram, verificou-se um equilíbrio, com ligeiro destaque (54,5%) do sexo masculino.

Predominaram os grupos etários mais baixos, surgindo em primeiro lugar o intervalo dos 2 aos 4 anos seguido do intervalo de 0 a 1 anos, que juntos representam 60% do total de cri-



*saúde infantil*

2000; 22/2:11-19

anças que faltaram (Gráfico 3).

Gráfico 3 — Distribuição de crianças por grupos etários (n=101).

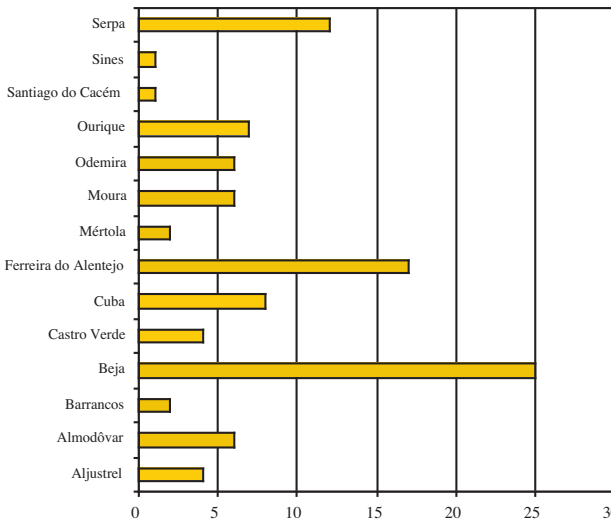


Gráfico 4 — Distribuição de crianças por concelho de residência (n=101).

Ocorreram mais faltas de crianças residentes nos concelhos de Beja e limítrofes (destacando-se Ferreira do Alentejo e Serpa) do que nos concelhos mais distantes (Gráfico 4).

Verificou-se que quase 3/4 das crianças tinham já um diagnóstico definitivo contra 25,7% cujo diagnóstico era ainda provisório.

Relativamente à distribuição por grupos nosológicos surgiram em primeiro lugar as doenças do aparelho urinário (39,2%) e dentro destas a infecção urinária, seguidas das malfor-

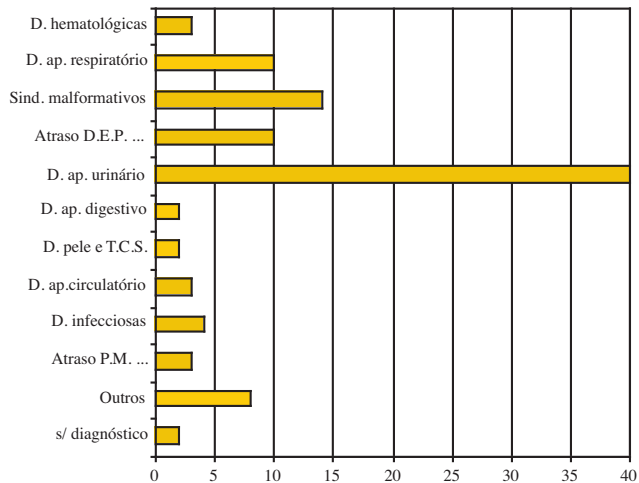


Gráfico 5 — Distribuição de diagnósticos por grupos nosológicos.

mações congénitas e síndromes malformativos e das doenças do aparelho respiratório (Gráfico 5).

A percentagem de crianças seguidas, para além da Consulta de Pediatria Geral, em uma ou mais Consultas de especialidades ou subespecialidades pediátricas era de 49,5%. Destas destacaram-se Oftalmologia (12 casos), Ortopedia (10 casos), Cirurgia e Consultas de Desenvolvimento no Centro de Paralisia Cerebral (ambas com 9 casos) e Cardiologia Pediátrica (6 casos).

Relativamente aos inquéritos enviados recebemos 39,6% de respostas (n=101). Destas 42,9% apontaram como motivo da falta o esquecimento do dia da consulta, enquanto que estar a ser seguido noutra Hospital ou noutra médico foi apontado por 19% (Tabela 1).

MOTIVO DA FALTA (N = 45)	%
“achei que já não tinha qualquer problema de saúde”	14,3
“esqueci-me do dia da Consulta”	42,9
“o horário da Consulta não me convinha porque trabalho”	4,8
“moro longe e não tinha transporte”	9,5
“está a ser seguido noutra hospital ou noutra médico”	19

*saúde infantil*

2000; 22/2:11-19



“outro motivo”	7,1
não responde	2,4

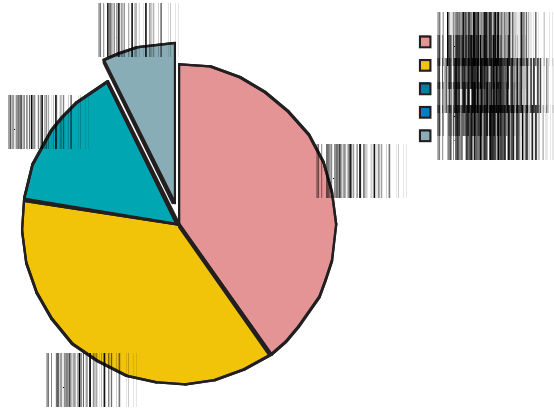


Tabela 1 – Motivo de falta expresso pelos inquiridos.

A maioria dos inquiridos considerou que a Consulta funcionava “muito bem” ou “bem”. Não foram dadas quaisquer respostas no sentido de que funcionasse “mal” (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Satisfação relativa ao funcionamento da consulta.

A esmagadora maioria dos inquiridos (90%) não deu quaisquer sugestões, sendo que os 10% que o fizeram sugeriram: “mais rapidez”, “mais simpatia”, “selecção por premência do caso”, “mais informação clínica” e “seguimento pelo mesmo pediatra”.

Verificou-se ainda que 3/4 das respostas iam no sentido de prosseguir/voltar à consulta, contra 25% que não o pretendiam.

*saúde infantil*

2000; 22/2:11-19

## Discussão e conclusões

Procurando reflectir sobre implicações e limitações dos resultados atrás expostos, ofereceu-se-nos dividi-las em duas vertentes:

### a) Sobre a análise das faltas à Consulta no ano de 1999:

- A taxa encontrada de faltas (11%) enquadra-se na grande variabilidade que é encontrada na literatura sobre este assunto — de 6.7% a 60% de faltas (1,2,3,4,7). Relativamente a estes, portanto, acaba por não ser um número tão elevado como nos pareceu à partida.
- As altas por abandono representaram cerca de 40% do total de altas de 1999. Quanto às crianças que foram convocadas após falta, houve uma adesão positiva à convocatória, em grau superior (67%) ao correntemente descrito (aproximadamente 50%) (3,4).
- As faltas verificaram-se de modo uniforme ao longo de todo o ano. Deste modo, contrariamente ao que esperávamos, não houve uma subida do número de faltas nos

meses de Verão, notando-se mesmo que foi nestes que se verificaram os números mais reduzidos. Ocorreram nos grupos etários mais baixos e predominaram nas crianças dos concelhos de Beja, Ferreira do Alentejo e Serpa. Assim, inversamente ao que imaginávamos, houve mais faltas de crianças residentes nos concelhos de Beja e limítrofes do que dos mais longínquos — o que pensamos estar relacionado com uma maior disponibilidade de recursos de saúde existentes nos primeiros.

- A maioria das crianças que faltaram fê-lo após a primeira consulta, já tinha um diagnóstico definitivo e metade delas era seguida noutras especialidades ou sub-especialidades pediátricas. Este último dado leva-nos a reflectir sobre um eventual “excesso” de consultas de que algumas crianças são “vítimas”, sendo que um grande número de marcações tem sido descrito na literatura como importante factor predictivo de faltas às consultas (1).
- Uma percentagem significativa das crianças que faltaram era seguida por infecção urinária. Tal sugere-nos uma certa falta de compreensão por parte dos pais da necessidade da consulta numa criança que está “aparentemente bem”.

#### **b) Sobre os resultados do inquérito:**

- Obtivemos uma fraca adesão dos inquiridos (39,6% de respostas), o que à partida nos poderia levar a classificar os pais destas crianças como pouco interessados no problema. No entanto, nos estudos deste âmbito consultados, a percentagem de respostas nunca foi muito diversa destes números (4,7). Considerámos portanto válidas e dignas de registo as respostas recebidas.
- O “esquecimento do dia da consulta” e “estar a ser seguido noutro médico ou hospital” são os principais motivos referidos de falta.
- Nas respostas expressas podemos constatar a boa opinião dos pais relativamente ao funcionamento da Consulta.

Decorrendo dos pontos anteriores, e como conclusões para reflexão dos profissionais de saúde, em especial na área da Pediatria, pensamos que a redução da taxa de faltas às consultas programadas pode passar por:

- Fazer compreender aos pais a necessidade da consulta, mesmo em crianças “aparentemente bem”.
- Ter em atenção o seguimento “excessivo” noutras especialidades ou sub-especialidades e compatibilizar datas de consultas.
- Programar um sistema que permita reconfirmar a consulta com três ou quatro dias de antecedência.

#### **BIBLIOGRAFIA**

---

1. Weingarten N, Meyer DL, Schneid JA. Failed appointments in residency practices: who misses them and what providers are most affected? J Am Board Fam Pract 1997 Nov-Dec; 10(6):407-11.
2. Grunebaum M, Luber P, Callahan M et al. Predictors of missed appointments for psychiatrics in primary care clinic. Psychiatr Serv 1996 Aug;47(8): 848-52
3. Smoller JW, McLean RY, Otto MW et al. How do clinicians respond to patients who miss appointments? J Clin Psychiatry 1998 Jun; 59(6): 330-8; quiz 339-40.
4. Majeroni BA, Cowan T, Osborne J et al. Missed appointments and Medicaid management care. Arch Fam Med 1996 Oct; 5(9): 507-11.
5. Kinnersley P, Stott N, Peters T et al. A comparison of methods for measuring patient satisfaction with consultations in primary care. Fam Pract 1996 Feb; 13(1):41-51.
6. Howie JG, Heaney DJ, Maxwell M et al. A comparison of Patient Enablement Instrument (PEI) against two established satisfaction scales as an outcome measure of primary care consultations. Fam Pract 1998 Apr; 15(2):165-71.
7. Skaret E, Raadal M, Kvale G et al. Missed and cancelled appointments among 12-18 years old in the Norwegian Public Dental Service [Abstract]. Eur J Oral Sci 1998 Dec; 106(6): 1006-12.

**Correspondência:** Ana Montalvão

Hospital de José Joaquim Fernandes - Beja  
R. António Fernando Covas Lima  
7800 Beja

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:11-19

# DESIGUALDADES TERRITORIAIS RELACIONADAS COM O CONSUMO DO ÁLCOOL E DO TABACO NO DECURSO DA GRAVIDEZ

Paula Cristina Almeida Remoaldo<sup>1</sup>

## RESUMO

O presente artigo analisa alguns dos comportamentos preventivos da mulher, entre finais de 1994 e meados de 1995 e em quatro concelhos do distrito de Braga, concentrando-se no consumo de álcool e de tabaco no decurso do período gestacional, dado que se trata de variáveis fulcrais para quem investiga em saúde materno-infantil. Constituem comportamentos e estilos de vida que se afiguram como determinantes, *exempli gratia*, no baixo peso à nascença do recém-nascido e no seu desenvolvimento.

A análise realizada baseia-se numa investigação concluída recentemente sobre a morbilidade e a mortalidade infantil a partir de uma amostra de 1398 mulheres, inquiridas em dois momentos distintos.

Concluimos que, enquanto o consumo de tabaco é um comportamento que adquire maior expressão nas freguesias urbanas, nas rurais é o consumo de álcool que continua a deter grande magnitude. São as mulheres residentes nas freguesias rurais tradicionais que mais frequentemente revelaram não ter consumido tabaco no decurso da gravidez (95,6%) e as mulheres que consumiram não ultrapassaram os 4 cigarros por dia. Concomitantemente, 55,7% das mulheres das freguesias rurais beberam bebidas alcoólicas *versus* 28,7% das de perfil urbano. A diferença de comportamento resulta essencialmente do consumo de vinho. O estudo realizado revela que há ainda muito a fazer no domínio da educação para a saúde, desempenhando o médico de família um papel determinante.

**Palavras-chave:** saúde materno-infantil, educação para a saúde, consumo de álcool e de tabaco, comportamentos preventivos.

## SUMMARY

The present paper analyses some preventive behaviours of women in four “concelhos” of the Braga district, between the ending of 1994 and the middle of 1995, focusing on the consumption of alcohol and tobacco, as they are very important

---

<sup>1</sup> Professora Auxiliar no Departamento de Sociologia do Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho.

variables for those who investigate in health planification, specially in maternal and infant mortality.

The analysis was based in an investigation done recently about infant morbidity and mortality with a sample of 1398 women interviewed in two different moments. We conclude that the consumption of tobacco is a behaviour with more expression in the urban “freguesias” and that the consumption of alcohol is more important in the rural “freguesias”. The investigation show that there are much to do in health education, with special attention to the role of the professionals who work in primary care.

**Keywords:** maternal and infant health, health education, alcohol and tobacco consumption, preventive behaviours.

## Introdução

Depois de em anos anteriores termos divulgado na revista “Saúde Infanti” alguns dos factores que determinam a morbilidade e a mortalidade infantil (1), analisamos no presente artigo outros factores relacionados com os comportamentos e estilos de vida, com destaque para o consumo do tabaco e do álcool no decurso da gravidez.

São por demais conhecidos os efeitos deletérios do consumo do álcool no feto. Em 1967 e 1968, respectivamente, MA Lamache e P Lemoine et al., realizaram os primeiros estudos que descreveram o “síndrome fetal alcoólico” (2). As características deste síndrome inclui o atraso de crescimento, disfunção do sistema nervoso central, malformações físicas, especialmente no rosto, atraso da maturação psicomotora e diminuição do desenvolvimento intelectual. Este síndrome é actualmente considerado nos países desenvolvidos como a causa ambiental mais comum de atraso mental, constituindo uma causa facilmente evitável. A frequência estimada daquele síndrome nos países desenvolvidos é, segundo K Strömmland e A Hellström, de 1 a 2 por mil nados-vivos (3).

O maior problema reside em saber qual é o limite seguro até ao qual não há riscos para o feto, já que este ainda não foi determinado de uma forma consistente, além de que, frequentemente, as grávidas não estão informadas dos efeitos exercidos pelo álcool sobre o feto, a curto e a longo prazo.

Além do “síndrome fetal alcoólico” ser raro e de depender da capacidade, muito variável de mulher para mulher, de metabolizar o álcool, temos ainda que acrescentar a dificuldade que existe de recolha de dados fiáveis sobre o consumo do álcool, como resultado de interdições sociais ao seu consumo.

Relativamente ao consumo do tabaco, em 1957, WJ Simpson foi um dos primeiros autores a observar que as mulheres que fumam, têm mais filhos com mais baixo peso, tendo encontrado uma diminuição média de 200g no peso dos recém-nascidos cujas mães fumavam dez ou mais cigarros por dia comparativamente com os das mulheres que não fumavam (4). Recentemente, AJ Wilcox, com base na análise de uma amostra de perto de 260.000 nados-vivos do estado do

*saúde  
infantil*

2000; 22/2: 21-27

Missouri nos E.U.A., demonstrou que há dois efeitos do uso do tabaco no decurso da gravidez (4). O primeiro diz respeito a que as mulheres fumadoras apresentam um maior risco de ter filhos prematuros com os problemas que daí podem resultar, conexão, aliás já demonstrada na década de setenta por vários autores. O segundo, prende-se com esses recém-nascidos apresentarem uma mais elevada mortalidade perinatal, qualquer que seja o seu peso à nascença.

Existem, não obstante à escala internacional, divergências de opinião acerca do limiar do número de cigarros a partir do qual é visível a sua influência na morbidade e na mortalidade do recém-nascido. Enquanto certos estudos avançam com o limiar de 5-10 cigarros por dia a partir do qual pode ser afectado o feto (5), outros são de opinião que menos de 10 cigarros por dia detém uma nula ou pequena acção sobre o produto da concepção (6).

## Material e métodos

Para a avaliação do consumo de álcool e de tabaco por parte das mulheres grávidas procedemos à realização de um inquérito por entrevista entre 1 de Outubro de 1994 e 31 de Março de 1995, maioritariamente na Maternidade do Hospital Senhora da Oliveira (Hospital Distrital de Guimarães). As mulheres abrangidas residiam nos concelhos de Guimarães, Fafe, Cabeceiras de Basto e Celorico de Basto (distrito de Braga).

A amostra recolhida foi do tipo simples, estratificada e sistemática, tendo-se cifrado o seu volume em 1.398 mulheres inquiridas, traduzindo-se numa coorte de 1.412 recém-nascidos e correspondendo a cerca de 88% dos nados-vivos que ocorreram entre Outubro de 1994 e Março de 1995 nos concelhos referidos. Como a vertente territorial era fulcral na nossa investigação, optámos por estratificar a amostra pelos quatro concelhos de residência da mãe do recém-nascido.

No questionário utilizado foram contempladas 81 questões, referindo-se quatro ao consumo de álcool e de tabaco.

Considerámos grandes consumidoras de álcool as mulheres que beberam, pelo menos, 3 copos de vinho por dia (750 ml), de acordo com a escala considerada pela O.M.S. quando realiza questionários no âmbito da saúde materno-infantil (*e.g.*, *European Longitudinal Study Pregnancy and Childhood*).

Paralelamente, optámos por três classes em termos de consumo de tabaco: menos de 10 cigarros por dia, de 10 a 20 cigarros por dia e mais de 20 cigarros por dia.

## Resultados

Na nossa amostra, 57,5% (n=812) das mulheres referiram não ter consumido bebidas alcoólicas durante o período gestacional (Quadro 1), enquanto 37,0% consumiu vinho e 4,7% vinho em associação com a cerveja. Por último, 0,4% beberam exclusivamente cerveja e 0,4% vários tipos de bebidas alcoólicas.

Cerca de 8% das mulheres consumiu, pelo menos, três copos de vinho por dia.

Enquanto nas freguesias rurais 55,7% das mulheres beberam bebidas alcoólicas, nas de perfil

*saúde  
infantil*

2000; 22/2: 21-27

urbano simplesmente 28,7% das mulheres o fizeram (Qui-quadrado=61,3 para 6 gl;  $p<0,001$ ) — Quadro 1.

CONSUMO DIÁRIO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	URBANO		TRANSIÇÃO		RURAL		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Consumo de vinho	102	24,6	316	39,8	105	51,7	523	37,0
Consumo de vinho e cerveja	14	3,4	47	5,9	5	2,5	66	4,7
Outro tipo de consumo	3	0,7	5	0,6	3	1,5	11	0,8
Sem consumo de álcool	295	71,3	427	53,7	90	44,3	812	57,5
<b>Total</b>	<b>414</b>	<b>100,0</b>	<b>795</b>	<b>100,0</b>	<b>203</b>	<b>100,0</b>	<b>1412</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Inquérito por nós realizado entre 1994 e 1995.

**Quadro 1 — Consumo diário de bebidas alcoólicas durante o período gestacional segundo a terminologia urbano/transição/rural.**

A grande diferença em termos de consumo prende-se com o vinho, pois enquanto nas freguesias rurais 51,7% das mulheres beberam vinho diariamente, nas urbanas a percentagem foi de 24,6%. Concomitantemente, foi diagnosticado um baixo consumo de tabaco, havendo simplesmente 0,2% de mulheres (n=3) que consumiram mais de 20 cigarros por dia. Por outro lado, 41,9% das mulheres que fumavam habitualmente, cessaram de fumar no decurso do período gestacional.

Quando cruzámos o peso médio à nascença com o consumo diário de tabaco, encontrámos uma diferença de 118 g entre os recém-nascidos cujas mães não fumaram e os das que fumaram (Quadro 2).

CONSUMO DIÁRIO DE TABACO	PESO MÉDIO À NASCENÇA
Até 9 cigarros	3158 g
De 10 a 20 cigarros	3114 g
Mais de 20 cigarros	3089 g
Sem consumo de tabaco	3268 g

Fonte: Inquérito por nós realizado entre 1994 e 1995.

**Quadro 2 — Peso médio à nascença segundo o consumo diário de tabaco durante a gravidez.**

A diferença mais evidente registou-se entre as mulheres que não consumiram tabaco e aquelas que consumiram mais de 20 cigarros por dia (179 g).

Não observámos qualquer influência do consumo de tabaco na prematuridade, pois a média gestacional foi de 39 semanas, para qualquer das hipóteses consideradas. Pelo contrário, foi diagnosticada uma importante relação entre o consumo de tabaco e a terminologia urbano/transição/rural (Qui-quadrado = 31,4 para 4 gl;  $p<0,001$ ). Na realidade, são as mulheres residentes em freguesias rurais tradicionais que mais frequentemente revelaram não ter consumido tabaco no decurso da gravidez (95,6%) e as mulheres que o fizeram não ultrapassaram os 4 cigarros por dia (Quadro 3).

*saúde  
infantil*

2000; 22/2: 21-27

CONSUMO DIÁRIO DE TABACO	URBANO		TRANSIÇÃO		RURAL		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Até 9 cigarros	49	11,8	47	5,9	9	4,4	105	7,4
Dez e mais cigarros	14	3,4	7	0,9	-	-	21	1,5
Sem consumo de tabaco	351	84,8	741	93,2	194	95,6	1286	91,1
<b>Total</b>	<b>414</b>	<b>100,0</b>	<b>795</b>	<b>100,0</b>	<b>203</b>	<b>100,0</b>	<b>1412</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Inquérito por nós realizado entre 1994 e 1995

**Quadro 3 – Consumo diário de tabaco durante a gravidez segundo a terminologia urbano/transição/rural.**

Tal como previmos é forte a associação entre o consumo diário de tabaco e o nível de instrução da mulher (Qui-quadrado = 43,4 para 8 gl;  $p < 0,001$ ), sendo evidente um maior consumo de tabaco pelas mulheres com mais elevado nível de instrução e mais visível a partir do 2º Ciclo do Ensino Básico. Também é a partir deste nível de instrução que se encontrou um maior consumo de tabaco (mais de 10 cigarros).

Nas investigações que têm sido realizadas são geralmente as mulheres mais jovens as maiores consumidoras de tabaco. Na nossa investigação, também observámos igual tendência (Qui-quadrado = 27,9 para 6 gl;  $p < 0,001$ ). Nenhuma das 28 mulheres com idade igual ou superior a 40 anos, revelou ter fumado durante o período gestacional e foram as mulheres com menos de 20 anos que fumaram mais —6,4% fumaram 10 e mais cigarros por dia.

*saúde  
infantil*

2000; 22/2: 21-27

## Discussão e conclusões

O valor de 8% de mulheres que consumiu, pelo menos, três copos de vinho por dia, deve ser considerado como elevado comparativamente com outros estudos internacionais realizados, mas mais baixo do que estudos realizados junto de mulheres francesas onde os valores ascenderam a 11% (2). Todavia, é de salientar que não se registou qualquer caso de “síndrome fetal alcoólico”, que tivesse sido detectado ao nascimento ou no decurso do primeiro ano de vida da criança.

Não nos admira o significativo consumo de álcool diagnosticado na investigação realizada. Apesar de em Portugal pouco se saber sobre o consumo actual de álcool durante o período gestacional, é conhecido o consumo geral de bebidas alcoólicas, evidenciando um elevado consumo por pessoa comparativamente com os restantes países da União Europeia. De facto, somente o Luxemburgo e a França, têm revelado nos últimos anos um maior consumo anual de álcool em pessoas com idades superiores a 15 anos (7).

O último Inquérito Nacional de Saúde (1995/96) realizado no nosso país não contemplou uma questão referente ao consumo de álcool pela população feminina durante o período gestacional. Todavia, podemos tirar algumas ilações sobre o consumo geral da população e especificamente sobre a população feminina, mas apenas à escala da NUTS II (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve).

Ficámos a saber que em Portugal Continental, 32,1% das pessoas beberam vinho várias vezes por semana nos últimos doze meses anteriores à inquirição, tendo-se diagnosticado 17,9% no sexo feminino. Na Região Norte os valores elevaram-se, respectivamente, a 41,7% e 31,3%,



pois é uma região grande produtora de vinhos (*e.g.*, vinhos de mesa, vinhos generosos) e está enraizada uma tradição de consumo de vinho.

Relativamente ao consumo diário na semana anterior à inquirição, simplesmente 0,2% das mulheres de Portugal Continental referiram ter consumido mais de 3 copos de vinho por dia (mais de 750 ml) *versus* 0,4% das que residiam na Região Norte. Este valor desceu, respectivamente, a 0,1% e 0,2% no seio das mulheres de idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos.

Foi diagnosticada uma importante relação entre o consumo de vinho e o grau de escolaridade, pois enquanto as mulheres com menos de quatro anos foram as que consumiram mais (37,9% no território continental contra 37,0% na Região Norte), as com treze ou mais anos de escolaridade revelaram o menor consumo (5,9% contra 6,1%).

Também na nossa investigação se denotou existir uma forte relação entre o consumo de álcool e o nível de escolaridade das mulheres (Qui-quadrado = 144,5 para 8 gl;  $p < 0,001$ ). Todas as 46 mulheres com ensino superior revelaram não ter consumido álcool, mas não sabemos até que ponto os dados declarados são verosímeis, pois é provável que sejam precisamente estas mulheres que têm mais consciência do estigma social inerente ao consumo de álcool e que se sintam mais tentadas a omitir a sua ingestão. Quando as considerámos em conjunto com as mulheres que possuíam um ensino médio o resultado cifrou-se em 94,1% para as mulheres sem hábitos alcoólicos.

A idade também desempenha um papel importante no consumo de álcool (Qui-quadrado = 19,7 para 6 gl;  $p < 0,01$ ). É notório o menor consumo de álcool por parte das mulheres mais jovens, que deriva essencialmente, de um menor consumo de vinho.

Depois de expostas as principais ilações a retirar da investigação realizada, sugerimos o seguinte:

- 1 — Realização de campanhas de sensibilização junto das adolescentes alertando-as, sobretudo, para os efeitos sobre o feto a curto e a longo prazo exercidos pelo álcool, pois parece estar provado que as grávidas desconhecem frequentemente esses efeitos.
- 2 — Sensibilização dos agentes de saúde, concretamente do médico de família e, sobretudo, nos territórios de perfil mais ruralizante, para a importância da vertente da educação para a saúde e para a informação sobre os efeitos deletérios do álcool.

## BIBLIOGRAFIA

1. Remoaldo PC. A importância do incorrecto registo da variável peso à nascença em quatro concelhos. *Saúde Infantil* 1996; 18: 15-21. Remoaldo PC, Marinho AP. O Boletim de Saúde da Grávida — para quando a sua completa utilização?... *Saúde Infantil* 1997; 19: 41-48.
2. Larroque B et al. Effects on birth weight of alcohol and caffeine consumption during pregnancy. *A Journal of Epidemiology* 1993; 137: 941-950.
3. Strömland K, Hellström A. Fetal alcohol syndrome — an ophthalmological and socioeducational prospective study. *Pediatrics* 1996; 97: 847.
4. Wilcox AJ. Birth weight and perinatal mortality: the effect of maternal smoking. *A Journal of*

*saúde  
infantil*

2000; 22/2: 21-27

Epidemiology 1993; 137: 1098.

5. Abell TD et al..The effects of maternal smoking on infant birth weight. Family Medicine 1991; 23: 103-107.
6. Dexeus S, Carrera JM (coord.). Tratado de Obstetrícia Dexeus. Barcelona: Salvat Editores, 1987.
7. Eurostat. Anuário'96: visão estatística sobre a Europa — 1985-1995. Luxemburgo, 1996: 34.

Correspondência: Paula Cristina Almeida Remoaldo  
Universidade do Minho  
Geografia e Planeamento  
Campus de Azurém  
4810 Guimarães  
E-mail: p.remoaldo@eng.uminho.pt

*saúde  
infantil*

2000; 22/2: 21-27

# DESIGUALDADES TERRITORIAIS RELACIONADAS COM O CONSUMO DO ÁLCOOL NO DECURSO DO PRIMEIRO ANO DE VIDA

Paula Cristina Almeida Remoaldo<sup>1</sup>

## RESUMO

Dada a frequência do consumo de bebidas alcoólicas no decurso do período gestacional de 1398 mulheres em quatro concelhos do distrito de Braga (Guimarães, Fafe, Cabeceiras de Basto e Celorico de Basto), realizou-se um segundo inquérito às mesmas mulheres (entre finais de 1995 e meados de 1996) com questões sobre o consumo de álcool no primeiro ano de vida da criança.

Os resultados do presente artigo demonstram existir um maior cuidado prestado pelos pais no período pós-nascimento do que no que o antecede, tendo 3,2% das mães que responderam ao segundo inquérito mencionado ter dado bebidas alcoólicas à criança durante o seu primeiro ano de vida. Em 39 das ocorrências foi dado vinho à criança e em apenas duas a criança consumiu cerveja.

**Palavras-chave:** saúde infantil, educação para a saúde, consumo de álcool, comportamentos preventivos.

## SUMMARY

As the consumption of alcohol during pregnancy is very significant in four “concelhos” of the Braga district (Guimarães, Fafe, Cabeceiras de Basto e Celorico de Basto), we decided in a second survey done to the same women to ask two questions about the consumption of alcohol during the first year of child's life.

The present paper analyses this behaviour between the ending of 1995 and the middle of 1996 in the four “concelhos” mentioned. The results show that the parents are more careful in the postnatal period than in the antenatal period. Only some 3,2% of the mothers who answered the questions mentioned to have given alcohol to the child during his first year of life. In 39 cases it was given wine to the child and in two cases beer.

**Keywords:** infant health, health education, alcohol consumption, preventive behaviours.

---

<sup>1</sup> Professora Auxiliar no Departamento de Sociologia do Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho.

## Introdução

Partindo da significativa frequência do consumo de bebidas alcoólicas no decurso do período gestacional de 1398 mulheres em quatro concelhos do distrito de Braga (Guimarães, Fafe, Cabeceiras de Basto e Celorico de Basto), optou-se por realizar um segundo inquérito às mesmas mulheres, entre finais de 1995 e meados de 1996, contemplando duas questões sobre o consumo de álcool no primeiro ano de vida da criança.

Actualmente têm-se afigurado como parcos os estudos que se debruçam sobre o consumo de álcool no primeiro ano de vida da criança, embora seja conhecido o seu consumo na população em idade escolar. Os resultados apontam para profundas alterações nos hábitos de bebida das crianças entre os 6 e os 16 anos, tendo diminuído o consumo de vinho. De acordo com estes estudos esta diminuição parece traduzir que, passada a idade de aceitação dos costumes familiares, as crianças e adolescentes passam a preferir o consumo de refrigerantes (1).

## Material e métodos

Após um contacto directo que nos possibilitou um conhecimento significativo do ambiente sócio-cultural das crianças, optámos por um inquérito por via postal, auto-administrado e dirigido à mãe.

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:29-33

A principal desvantagem dos inquéritos por via postal é a sua baixa taxa de respostas. Quando é enviada uma única carta que não incorpora incentivos, provavelmente não será de esperar uma taxa de respostas superior a 20%. Mesmo com o máximo de incentivos para a população responder ao questionário e nas melhores condições, a taxa de respostas é, geralmente, inferior à da sua realização por telefone ou na presença do inquiridor (2). Um dos aspectos que contribui para este facto é a população iletrada que, por muita vontade que manifeste em responder, apresenta, à partida, muitas dificuldades em fazê-lo. Todavia, como na nossa amostra somente 12 (0,85%) inquiridas se encontravam neste grupo, esta desvantagem quase não se colocou.

A taxa de respostas conseguida com este inquérito foi elevada, tendo-se cifrado nos 91,1%, explicável por existir um conhecimento prévio do elemento inquiridor e pela elevada motivação das mães para responder.

Foram contempladas cerca de 31 questões, tendo duas sido dirigidas ao consumo de bebidas alcoólicas por parte da criança.

No sentido de ultrapassar o problema de uma potencial subdeclaração, formulámos a questão do consumo numa forma menos penalizante. *Quando é que começou a dar vinho ou outra bebida (cerveja, aguardente, por exemplo) ao seu bebé?* foi a questão seleccionada.

## Resultados

Em primeiro lugar há que referenciar que 3,2% (n = 41) das mães que responderam ao segundo inquérito mencionaram ter dado bebidas alcoólicas à criança durante o seu primeiro ano de vida. Em 39 das ocorrências foi dado vinho à criança e em apenas duas a criança consumiu cerveja.

Foi a componente territorial (residência em concelho de *facies* urbano, transição ou rural) que revelou, em termos estatísticos, uma maior influência no consumo de vinho pela criança (Qui-quadrado = 15,2 para 2 gl;  $p < 0,001$  — Quadro 1).

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	URBANO		TRANSIÇÃO		RURAL		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Consumiu beb. alcoólicas	4	1,0	24	3,4	13	7,2	41	3,2
Não consumiu bebidas alcoólicas	383	99,0	692	96,6	167	92,8	1242	96,8
<b>Total</b>	<b>387</b>	<b>100,0</b>	<b>716</b>	<b>100,0</b>	<b>180</b>	<b>100,0</b>	<b>1283</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Inquérito por nós realizado entre 1995 e 1996.

**Quadro 1 — Consumo de bebidas alcoólicas durante o primeiro ano de vida da criança segundo a terminologia urbano/transição/rural.**

De facto, é visível um aumento do quantitativo de crianças que consumiram bebidas alcoólicas ao passarmos das freguesias de *facies* urbano para as de perfil rural, chegando a atingir os 7,2% de crianças a quem foram dadas bebidas alcoólicas.

Também é relevante, em termos estatísticos, a influência do nível de instrução da mãe no consumo de bebidas alcoólicas por parte da criança (Qui-quadrado = 21,2 para 4 gl;  $p < 0,001$ ), não se tendo registado qualquer ocorrência nas mulheres que detinham o Ensino Superior nem nas mulheres com o Ensino Secundário.

Contrariamente àquilo que seria de encontrar, o sexo da criança não teve significado no consumo de bebidas alcoólicas, a julgar pelos valores assumidos pelo Qui-quadrado (Qui-quadrado = 0,1 para 1 gl;  $p > 0,05$ ), tendo sido dadas bebidas alcoólicas a 3,0% das crianças do sexo feminino e a 3,3% do sexo masculino.

No primeiro ano de vida da criança a maioria dos pais refere ter dado somente um “goliinho” para “desaugar”. *Dei vinho a partir dos 8 meses só para “desaugar”*, foi uma resposta corrente dada pela mãe.

Em 26 dos 41 casos em que a mãe referiu ter dado vinho à criança, foi mencionada a data de início do consumo de vinho. Nos restantes casos, apesar da mãe mencionar o consumo de bebidas, não esclarece a data de início. A resposta mais frequente diz-nos que o vinho é dado às refeições, porque a criança pede, como resultado dos pais o consumirem. Outras vezes são os pais que incentivam o seu consumo. Outras ainda, são apenas os avós que dão à criança, apesar da mãe referir que não gosta muito do facto.

Na quase totalidade dos casos o início ocorreu a partir dos seis meses de idade, coincidindo com uma nova etapa na dieta alimentar da criança. Por outro lado, como na maioria das vezes, com seis meses de idade a criança já se pode sentar sozinha e sem apoio, passa a poder participar mais activamente nas refeições da família.

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:29-33

Paradoxalmente, 8,6% das mulheres referiram que não sabem a partir de que idade se pode começar a dar vinho às crianças. Esta razoável percentagem, leva-nos, mais uma vez a questionar o papel que o pessoal de saúde (médicos e enfermeiros) tem desempenhado até ao momento no âmbito da educação para a saúde.

Em 85,0% dos casos a mulher referiu que as crianças não devem consumir álcool e em 0,5% que as crianças podem iniciar o consumo entre o 1º e o 4º anos de idade (Quadro 2). Curiosamente, nenhuma das mães referiu que se podia começar a dar vinho a crianças com menos de um ano de idade.

Opinião da mãe sobre a idade em que a criança pode iniciar o consumo de vinho	URBANO		TRANSIÇÃO		RURAL		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Entre o 1º e o 4º anos de idade	-	-	4	0,6	2	1,1	6	0,5
Entre o 5º e o 9º anos de idade	-	-	6	0,8	2	1,1	8	0,6
A partir do 10º ano de idade	15	3,9	28	3,9	11	6,1	54	4,2
As crianças não devem consumir vinho	347	89,7	604	84,4	139	77,2	1090	85,0
Em adulto	6	1,5	5	0,7	3	1,7	14	1,1
Não sabe a partir de que idade	19	4,9	69	9,6	23	12,8	111	8,6
<b>Total</b>	<b>387</b>	<b>100,0</b>	<b>716</b>	<b>100,0</b>	<b>180</b>	<b>100,0</b>	<b>1283</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Inquérito por nós realizado entre 1995 e 1996.

**Quadro 2 — Opinião da mãe sobre a idade em que a criança pode iniciar o consumo de vinho.**

A vertente territorial teve influência na data considerada pela mãe de início do consumo de vinho (Qui-quadrado = 31,3 para 10 gl;  $p < 0,001$ ). De facto, é nas freguesias de tipo rural tradicional que existe um maior desconhecimento por parte da mãe sobre a idade a partir da qual se pode dar vinho à criança (12,8%) e onde tem mais expressão as mães que opinaram que as crianças podem iniciar o consumo de vinho entre o 1º e o 4º anos de idade (1,1%).

Foram as mulheres com mais elevado nível de instrução, que mais frequentemente revelaram não ser correcto dar vinho às crianças (95,5% das mulheres com o Ensino Superior) e nenhuma mencionou desconhecer a idade a partir da qual as crianças podem beber vinho. Paralelamente, foram as mulheres que não sabiam ler nem escrever ou que o sabiam sem terem frequentado o sistema de ensino que menos vezes mencionaram que não se deve dar vinho às crianças (76,9%) e que mais vezes referiram desconhecerem a idade a partir da qual as crianças podem beber vinho (15,4%).

## Discussão e conclusões

Os resultados deixam transparecer um maior cuidado prestado pelos pais no período pós-nascimento do que no que o antecede.

Somos de opinião que o consumo de bebidas alcoólicas no primeiro ano de vida tem pouco significado no território analisado, mas que este deve aumentar com a idade da criança. Os poucos estudos que se têm realizado nos últimos anos em Portugal, reportam-se à análise

do consumo de bebidas alcoólicas em crianças em idade escolar, concluindo que se têm processado profundas alterações nos hábitos de bebida das crianças entre os 6 e os 16 anos, tendo diminuído o consumo de vinho e encontrando-se em franca progressão o consumo de refrigerantes.

Por exemplo, J Cidrais et al. (1), realizaram um estudo que teve por base uma amostra recolhida junto de 822 crianças, entre 1984 e 1985, tendo sido questionadas sobre as bebidas que ingeriam habitualmente (ingestão, pelo menos, cinco vezes por semana) e reportando-se a quatro grupos de elementos da Região Norte. Os autores concluíram que continuam bastante enraizados os hábitos de consumo de vinho por parte das crianças no Norte de Portugal, embora esteja a decrescer a sua utilização comparativamente com outro estudo realizado por um dos quatro autores cerca de dez anos antes.

Normalmente, são os familiares mais próximos os que iniciam a criança no consumo de álcool. Na nossa investigação, apesar de não termos aquilatado do elemento que iniciou a criança no consumo de vinho, foi flagrante a importância dos pais e dos avós na iniciação da criança.

Desde finais de 1993 que o novo *Boletim Infantil e Juvenil* se tem afigurado como um documento mais completo e mais preocupado com a prevenção em saúde infantil e juvenil, tendo passado a contemplar conselhos aos pais e cuidados antecipatórios para serem encetados pelos profissionais de saúde. Todavia, é olvidado o problema do consumo de álcool. Propomos, assim, uma maior sensibilização dos agentes de saúde, concretamente do médico de família e, sobretudo, nos territórios de *facies* mais ruraliz, para a importância da educação para a saúde e para a informação sobre os efeitos deletérios do álcool no desenvolvimento da criança.

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:29-33

## **BIBLIOGRAFIA**

---

1. Cidrais J et al.. Hábitos de bebida das crianças do norte de Portugal. *Saúde Infantil* 1988; 10: 129-135.
2. Bourque LB, Fielder EP. How to conduct self-administered and mail surveys. *The Survey Kit*. Vol. 3. California: Sage Publications, 1995.

### **Correspondência:**

Paula Cristina Almeida Remoaldo  
Universidade do Minho  
Geografia e Planeamento  
Campus de Azurém  
4810 Guimarães  
E-mail: p.remoaldo@eng.uminho.pt

# MANCHAS CAFÉ COM LEITE

M. Sameiro Barreirinho<sup>1</sup>, Miguel Taveira<sup>2</sup>, Conceição Rosário<sup>3</sup>

## RESUMO

A presença de uma mancha café com leite na criança é frequente e geralmente não tem qualquer significado. No entanto, a ocorrência de múltiplas manchas é mais rara e pode indicar a existência de doença multi-sistémica.

Aborda-se a prevalência, modo de transmissão, diagnósticos diferenciais e entidades clínicas subjacentes às manchas café com leite.

**Palavras-chave:** mancha café com leite, criança.

## SUMMARY

The presence of an isolated café-au-lait macule in children is a rather frequent and meaningfulness feature. However, its multiple forms are rare and may point to a multissystemic disease. We discuss the prevalence, mode of inheritance, differential diagnosis and associated clinical entities.

**Keywords:** café-au-lait macules, children.

---

1. Interna Complementar de Pediatria Médica 2. Assistente Eventual de Dermatologia 3. Assistente Graduada de Dermatologia. Serviço de Dermatologia, Hospital de Crianças Maria Pia, Porto.



## Definição

As manchas café com leite (MCL) são lesões cutâneas maculares, bem delimitadas, redondas ou ovais, de cor castanha uniforme, cuja tonalidade varia com a intensidade da pigmentação normal do indivíduo (mais clara nos caucasianos e mais escura nos negros), os bordos geralmente são irregulares, surgindo ao nascimento ou pouco tempo depois (1, 2, 3). No recém-nascido localizam-se predominantemente nas nádegas, variando entre 0.2 a 4.0 cm e aumentando proporcionalmente ao crescimento corporal (4). Na criança mais velha são mais frequentes no tronco (5), podendo o diâmetro variar entre 1.5 e 30 cm (2).

Histopatologicamente caracterizam-se por um aumento da quantidade de melanina nos melanócitos e queratinócitos da camada basal, estando o número de melanócitos normal ou por vezes ligeiramente aumentado (1, 2).

## Prevalência

Em 10 a 36% das crianças normais encontra-se pelo menos uma MCL (3, 5-7). São mais frequentes na raça negra (4, 6, 8) e não parece haver diferenças entre sexos (5). A sua prevalência é maior na infância e adolescência e menor na idade adulta (2).

saúde  
infantil

2000; 22/2:35-42

## Diagnósticos diferenciais

Os principais diagnósticos diferenciais face a uma MCL são: nevo spilus, lentigos, nevo melanocítico, melanose de Becker e alterações segmentares da pigmentação (2) (quadro 1).

Patologia principais	Características clínicas principais	Características histológicas
<i>Nevus spilus</i> <sup>(1,9)</sup>	Congénito. Geralmente na segunda infância e início da adolescência (prevalência: 1-2%). Mácula levemente pigmentada (MCL) à qual se sobrepõe um pontuado de elementos mais escuros (nevos melanocíticos). Predomina no dorso e extremidades.	Mácula de fundo - aumento do nº de melanócitos e hiperplasia da epiderme. Elementos mais escuros - nevos junctionais ou compostos. Pode conter nevos displásicos.
Lentigos <sup>(2)</sup>	Mais frequentes na adolescência. Máculas ligeiramente pigmentadas, lenticulares, poucos milímetros de diâmetro, pouco numerosas.	Acantose, hiperpigmentação da camada basal, aumento ligeiro no nº de melanócitos.
Nevo nevoceleular <sup>(9, 10)</sup>	Congénito - surge em 1% dos RN, maior dimensão, risco de melanoma proporcional ao tamanho. Adquirido - semelhante ao congénito ou mais saliente. Podem ter pêlos. Se plano e castanho claro, o diagnóstico diferencial com MCL é difícil.	Nevos melanócitos: junctionais, intradérmicos ou compostos.
Melanose de Becker (nevo) <sup>(1)</sup>	Comum. Predomina no sexo masculino (prevalência 0, 52%). Pode estar presente ao nascimento ou desenvolver-se no início da puberdade. Mácula hiperpigmentada bem demarcada caracteristicamente situada no ombro, omoplata ou face anterior do tórax, 10-20 cm de diâmetro, hipertrícoso frequente. Sem potencial maligno.	Acantose, com alongamento das cristas interpapilares. Reforço de pigmentação da basal, melanófagos na derme superficial, aumento do nº de melanócitos. Associação com hamartoma do músculo liso.
Alterações segmentares da mentação distribuição por dermatomo. Maior dimensão (hiperpigmentação) <sup>(2)</sup>	Mais frequente no tronco e abdómen, pode ter do que a MCL, limites bem definidos na linha média e bordos laterais com pior definição.	Aumento de melanina nos pig- melanócitos e queratinócitos basais

Quadro 1 — Diagnósticos diferenciais principais de uma MCL.

## Relação com a exposição solar e melanoma

A associação entre MCL e exposição solar é controversa. Num estudo efectuado em Vancouver com crianças em idade escolar (7), não foi encontrada relação entre a prevalência de MCL e exposição solar, hábitos de bronzamento ou densidade de nevus melanocíticos adquiridos. Outro estudo efectuado na mesma faixa etária, na Austrália (5), verificou que as MCL tinham maior prevalência nas crianças mais velhas, com mais efélides e que viviam próximo do equador terrestre. Isto sugeria que muitas destas lesões seriam adquiridas e que o seu aparecimento estaria relacionado com a radiação UV. No entanto, apesar da exposição solar não diminuir no adulto, existe um decréscimo na sua incidência, minimizando assim a associação entre MCL e exposição solar (2).

A MCL é uma alteração cutânea benigna (5, 11) e não está associada a melanoma (12, 13).

## Formas de apresentação

A forma única de MCL é comum na população geral, apesar de ter uma prevalência variável com a idade, mas as formas múltiplas são raras em qualquer faixa etária (14). Estas, quando presentes, particularmente nos indivíduos caucasianos, podem ser um marcador de doença multi-sistémica estando recomendada a sua investigação, para estabelecimento de um diagnóstico, o que é possível em 80% dos casos (1, 8, 14). A criança pequena com múltiplas MCL pode ser um grande desafio para obtenção de um diagnóstico definitivo, pois existem várias doenças acompanhadas por MCL (quadro II). Em 1992 Korf (14) efectuou um estudo prospectivo de 41 crianças com idades compreendidas entre um mês e 14 anos, possuindo seis ou mais MCL. Após um seguimento de dois a cinco anos, 30 crianças desenvolveram outros sinais de neurofibromatose (NF), em três foram diagnosticados outros síndromes multiorgânicos e em apenas oito não se detectaram mais alterações. Outros estudos populacionais (6, 15) demonstraram ser incomum encontrar indivíduos com seis ou mais MCL sem sinais de uma doença subjacente. Este é o fundamento para aceitar a presença de seis MCL como um critério de diagnóstico de neurofibromatose tipo 1 (NF1) (14).

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:35-42

## Transmissão

Quando a MCL faz parte de uma doença multiorgânica, a sua expressão familiar depende do modo de transmissão e das características específicas da patologia (2).

Existem várias famílias com MCL múltiplas sem outros sinais de NF (1, 16-18) não estando ainda completamente estabelecida a sua forma de transmissão. Alguns autores referem que a ausência de neurofibromas e outras alterações não pigmentares de NF1, em duas gerações sucessivas, permite fazer o diagnóstico de uma forma familiar de MCL. Tal entidade terá transmissão autossómica dominante e o substrato genético envolvido poderá ser diferente do responsável pela NF (17). Esta opinião foi reforçada por Charrow et al (18) que efectuaram estudos genéticos num indivíduo afectado de uma família com essa forma de MCL múltiplas e não encontraram ligação ao gene da NF1. No entanto outros autores encontra-

ram uma família em que essa característica estaria estreitamente ligada com o gene da NF1 (gene alelo) (16). Também nenhuma das oito crianças com MCL, estudados por Korf (14) apresentavam padrão de transmissão autossômica dominante. A conjugação destes dados com os de outros autores (6, 15) aponta para uma apresentação heterogênea nos casos que apresentam apenas MCL múltiplas, podendo alguns terem transmissão autossômica dominante e outros serem esporádicos. São necessários mais estudos nas famílias com MCL múltiplas sem outras manifestações associadas para uma adequada caracterização genética e molecular destes casos, com vista à sua distinção da NF1.

## Patologias associadas a MCL

Vários síndromes apresentam MCL como critério de diagnóstico ou achado característico (1, 2, 3, 8) (quadro 2).

Neurofibromatose	Síndrome de Maffucci
Síndrome de McCune-Albright	Doença de Cowden
Síndrome de Russell-Silver	Síndrome de Watson
Ataxia-telangiectasia	Lentigos múltiplos
Anemia de Fanconi	Síndrome de Turner
Esclerose tuberosa	Síndrome de Bannayan-Riley-Ruvalcaba
Síndrome de Bloom	Hipomelanose de Ito
Síndrome dos nevos epidérmicos	Síndromes dos cromossomas em anel
Doença de Gaucher	Síndrome LEOPARD
Síndrome de Chédiak-Higashi	Síndrome de Noonan
Síndrome de Hunter	Xantogranuloma juvenil

**Quadro 2 — Patologias acompanhadas de MCL.**

(Adaptado de 1, 2, 3, 8)

Dado que na população geral é frequente encontrar-se uma MCL, é importante valorizar a relevância deste achado em determinado síndrome, quer demonstrando uma elevada incidência de MCL únicas, quer o aparecimento consistente de MCL múltiplas. Apenas em algumas patologias esta associação está confirmada (2).

### Síndromes provavelmente associados a MCL (múltiplas ou únicas):

**NF1** — Trata-se do síndrome neurocutâneo mais frequente, tem transmissão autossômica dominante e uma elevada taxa de mutações espontâneas, progressivo, atingindo vários sistemas e órgãos (19, 20). É o principal diagnóstico a considerar numa criança com MCL múltiplas (14, 21). De facto as MCL são o critério de diagnóstico mais conhecido e mais frequente de NF1 estando presente em 90-100% dos casos (1, 19, 20). A presença de seis MCL com o maior diâmetro superior a 5 mm em pacientes pré-puberes ou superior a 15 mm num paciente em idade pós-pubertária, é um dos sete critérios de diagnóstico de NF1 estabelecidos pelo National Institute of Health Consensus Development Conference (19-21). Estas máculas estão presentes ao nascimento mas aumentam em tamanho, número e pigmentação nos primeiros anos de vida. Distribuem-se por todo o corpo, predominando

no tronco e membros, poupando a face (2, 19). Os outros critérios de NF1 são: efélides axilares ou inguinais, nódulos de Lisch na íris (dois ou mais), neurofibromas (dois ou mais) ou um neurofibroma plexiforme, uma lesão óssea típica (displasia da asa do esfenóide, adelgaçamento da cortical de um osso longo com ou sem pseudoartrose), glioma óptico e familiar em primeiro grau com NF1. O seu diagnóstico é essencialmente clínico e requer a presença de pelo menos dois dos sete critérios (19-21). A abordagem de um doente com NF deve iniciar-se pela avaliação da extensão da doença através de um exame clínico, oftalmológico (com lâmpada de fenda) e radiológico (20). No entanto uma criança jovem com seis ou mais MCL mas sem outras alterações no exame físico e história familiar negativa para NF1 pode colocar alguns dilemas clínicos. Estes casos devem manter-se em vigiância para o aparecimento de outras manifestações porque a maioria virá a ter NF (21). Os consensos do *National Institute of Health* sugerem a realização de exames com base nos achados clínicos, pois quando efectuados num doente assintomático têm um valor reduzido (19).

**NF2** — Doença de transmissão autossómica dominante diagnosticada quando existe neurinoma do acústico bilateral ou tumefacção unilateral do 8º nervo craniano e familiar em primeiro grau com NF2 ou tumefacção unilateral do 8º nervo craniano e duas das seguintes alterações: neurofibroma, meningeoma, glioma, schwannoma ou cataratas juvenis do pólo posterior do cristalino (19, 22). Cerca de 60% destes doentes têm pelo menos uma MCL (2), mas apenas em 2.3% dos casos existem mais de cinco (1).

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:35-42

**Síndrome de McCune-Albright** — Na sua forma completa caracteriza-se pela tríade: MCL, displasia fibrosa polioestótica e endocrinopatias hiperfuncionais (em 50% dos casos) que frequentemente se manifestam por puberdade precoce (3, 13, 24). As MCL únicas ou múltiplas surgem em 60% dos doentes e são um sinal característico do síndrome. Geralmente estão presentes ao nascimento, sendo frequentemente o primeiro sinal da doença. Novas lesões podem surgir ou tornar-se mais evidentes nos primeiros anos de vida. São em menor número e de maiores dimensões do que na NF1, assimétricas, de formato bizarro, com indentações, localizadas preferencialmente na fronte, nuca, região sagrada e nádegas, geralmente próximas das lesões ósseas (suprajacentes ou homolaterais) (1, 3, 13, 24).

**Síndrome dos cromossomas em anel** — Este síndrome apresenta um fenótipo semelhante qualquer que seja o cromossoma atingido (7,11,12 ou 15). Caracteriza-se por microcefalia, atraso mental, baixa estatura, anomalias do esqueleto e MCL múltiplas. Embora poucos casos estejam descritos, em todos foram encontradas MCL (2).

**Síndrome de Watson** — Doença de transmissão autossómica dominante, rara, caracterizada por MCL, efélides axilares e inguinais, estenose da válvula pulmonar, coeficiente intelectual inferior ao normal e baixa estatura (1, 13, 25). As MCL surgem em 90% dos casos, múltiplas e grandes, cuja coloração diminui de intensidade ao longo dos anos (25).

**Síndromes cuja associação a MCL é questionável:**

**Síndrome de Bloom** — Tem transmissão autossômica recessiva e envolve uma mutação num gene do cromossoma 15. Caracteriza-se por fotossensibilidade, telangiectasias faciais, baixa estatura, imunodeficiência, grande incidência de neoplasias e MCL em 50% dos casos (1, 26). No entanto, as MCL não foram encontradas em casos descritos mais recentemente, estando minimizada a sua importância no diagnóstico deste síndrome (2).

**Ataxia-telangiectasia** — Doença autossômica recessiva, caracterizada por ataxia cerebelosa, telangiectasias na pele e conjuntiva, infecções sinopulmonares recorrentes, imunodeficiências e maior incidência de neoplasias (8). Não foi comprovada uma maior incidência de MCL únicas do que na população geral, mas as múltiplas parecem ser mais frequentes (27).

**Esclerose tuberosa** — Doença de transmissão autossômica dominante, sendo cerca de 50% dos casos esporádicos (mutações espontâneas) e apresentando um amplo espectro clínico. As manifestações cutâneas características são: máculas hipopigmentadas com formas lanceoladas, angiofibromas, placas “shagreen” e fibromas subungueais ou periungueais. O atingimento do sistema nervoso central traduz-se em convulsões e atraso mental, podendo também haver envolvimento de outros órgãos (coração, rim, olhos, pulmão e osso) (19).

Embora alguns autores tenham encontrado MCL em 15-30% destes doentes, outros não encontraram diferença significativa em relação à população geral, pelo que não serão um dado significativo para o diagnóstico de esclerose tuberosa (2).

**Síndrome LEOPARD** — Representa a combinação de *Lentigines*, *Electrocardiographic conduction defects*, *Ocular hypertelorism*, *Pulmonary stenosis*, *Abnormalities of the genitalia*, *Retardation of growth*, *Deafness*. O achado cutâneo dominante são as numerosas efélides. Alguns autores encontraram nestes doentes uma prevalência de MCL de 38%, embora sem valor diagnóstico porque se forem pequenas facilmente se confundem com efélides (2).

**Síndrome de Silver-Russell** — É um síndrome esporádico cujo diagnóstico se baseia na presença de três dos cinco critérios seguintes: baixa estatura, assimetria facial ou dos membros, alterações craniofaciais típicas, clinodactilia e baixo peso ao nascimento (28). A prevalência de MCL neste síndrome varia conforme os autores entre 10 e 45% (1, 2) não sendo ainda possível afirmar uma associação (2).

## Tratamento

O tratamento da MCL por si é desnecessário. Não têm maior potencialidade maligna, os agentes despigmentantes não têm valor e a excisão cirúrgica é geralmente impraticável e/ou desnecessária. Quando o tratamento é desejável por motivos estéticos, a camuflagem com cosméticos apropriados e a remoção com laser podem ser consideradas (11, 13).

## Conclusões

O aparecimento de uma MCL numa criança saudável é frequente e não tem qualquer signi-

saúde  
infantil

2000; 22/2:35-42

ficado, mesmo que seja grande ou apresente uma morfologia invulgar.

As MCL múltiplas são raras pelo que a sua existência deve levar à investigação de doenças multiorgânicas. Assim num paciente caucasiano com mais de três MCL deve dar-se particular atenção ao aparecimento de alterações sugestivas de doenças multi-sistémicas cuja associação com MCL está estabelecida (NF1, síndrome de McCune-Albright, síndrome de Watson e síndrome do cromossoma em anel). Um paciente caucasiano ou negro com mais de cinco MCL deve ser cuidadosamente avaliado para NF1(2). No entanto é importante reconhecer que a presença de algumas MCL não estabelece o diagnóstico de NF1, pois cerca de 10% da população normal tem uma a cinco MCL (21). Deve também considerar-se a possibilidade das formas familiares de MCL múltiplas e sem qualquer patologia subjacente.

### BIBLIOGRAFIA

1. Mosher D, Fitzpatrick T, Ortonne J, Hori Y. Hypomelanoses and Hypermelanoses. In : Freedberg I, Eisen A, Wolf K, Goldsmith L, Kartz S, Fitzpatrick T, eds. Dermatology in general medicine. Fifth edition. New York, McGraw-Hill Companies, 1999:945-1017.
2. Landau M, Krafchik B. The diagnostic value of café-au-lait macules. J Am Acad Dermatol 1999;40:877-90.
3. Darmstadt G, Lane A. Hyperpigmented lesions. In: Behrman R, Kliegman R, Arvin A, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 15th ed. Philadelphia. WB Saunders Company, 1996:1845-1847.
4. Alper JC, Holmes LB. The incidence and significance of birthmarks in a cohort of 4641 newborns. Ped Dermatol 1983;1:58-68.
5. Rivers J, MacLennan R, Kelly J, et al. The Eastern Australian childhood nevus study: Prevalence of atypical nevi, congenital nevus-like nevi, and other pigmented lesions. J Am Acad Dermatol 1995;32:957-935.
6. Whitehouse D. Diagnostic value of the café-au-lait spot in children. Arch Dis Child 1966;41:316-319.
7. McLean D, Gallagher R. "Sunburn" freckles, café-au-lait macules and other pigmented lesions of schoolchildren: The Vancouver Mole Study. J Am Acad Dermatol 1995;32:565-570.
8. Tunnessen W. Pediatric dermatology. In: Oskey F, DeAngelis C, Feigin R, McMillan J, Warshaw J, eds. Principles and practice of pediatrics. Second edition. Philadelphia. J B Lippincott Company, 1994:898-948.
9. Rhodes A. Benign neoplasias and hyperplasias of melanocytes. In : Freedberg I, Eisen A, Wolf K, Goldsmith L, Kartz S, Fitzpatrick T, eds. Dermatology in general medicine. Fifth edition. New York, McGraw-Hill Companies, 1999:1018-1059.
10. Esteves J, Batista A, Rodrigo F, Gomes M. Dermatologia. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1992.
11. Alster T, Williams C. Café-au-lait macule in type V skin: Successful treatment with a 510 nm pulsed dye laser. J Am Acad Dermatol 1995;33:1042-1043.
12. Kopf AW, Levine JL, Rigel DS, Friedman RJ, Levenstein M. Congenital-nevus-like nevi, nevi spili and café-au-lait spots in patients with malignant melanoma. J Dermatol Surg Oncol

*avide  
infantil*

2000; 22/2:35-42

1985;11:275-280.

13. Hurwitz S. Cutaneous Tumors in childhood. In: Hurwitz S ed. Clinical Pediatric Dermatology. A textbook of skin disorders of childhood and adolescence. 2nd ed. Philadelphia. WB Saunders Company, 1993:198-241.
14. Korf B. Diagnostic outcome in children with multiple café-au-lait spots. Pediatrics 1992;90:924-927.
15. Burwell RG, James NJ, Johnston DI. Café-au-lait spots in schoolchildren. Arch Dis Child 1982;57:631-632.
16. Abeiovich D, Gelman-Kohan Z, Silverstein S, et al. Familial café-au-lait spots: a variant of neurofibromatosis type I. J Med Genet 1995;32:985-986.
17. Arnsmeier S, Riccardi V, Paller A. Familial Multiple café-au-lait spots. Arch Dermatol 1994;30:1425-1426.
18. Charrow J, Listerick R, Ward K. Autosomal dominant multiple café-au-lait spots and neurofibromatosis-1: evidence of non-linkage. Am J Med Genet 1993;45:606-608.
19. Haslam R. Neurocutaneous syndromes. In: Behrman R, Klegman R, Arvin A, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 16th ed. Philadelphia. WB Saunders Company, 2000:1835-1839.
20. Jean Aicardi. Neurocutaneous diseases and syndromes. In: Jean Aicardi eds. Clinics in developmental medicine. Diseases of the nervous system in childhood. 2nd ed. London. Mac Keith Press. 1998:131-137.
21. Pivnick E, Riccardi V. The neurofibromatoses. In : Freedberg I, Eisen A, Wolf K, Goldsmith L, Kartz S, Fitzpatrick T, eds. Dermatology in general medicine. Fifth edition. New York, McGraw-Hill Companies, 1999:2152-2158.
22. Zvulunov A, Esterly N. Neurocutaneous syndromes associated with pigmentary skin lesions. J Am Acad Dermatol 1995;32:915-935.
23. Korf B. The child with multiple café-au-lait macules: diagnostic possibilities and management issues (summarie of presentation at the Meeting of the Society for Pediatric Dermatology). Pediatric Dermatology 1999;16:77.
24. Shenker A, Weinstein L, Moran A, et al. Severe endocrine and nonendocrine manifestations of the McCune-Albright syndrome associated with activating mutations of stimulatory G protein Gs. J Ped 1993;123:509-518.
25. Allanson JE, Upadhyaya M, Watson GH, Partington M, MacKenzie A, Lahey D, et al. Watson syndrome: Is it a subtype of type 1 neurofibromatosis? J Med Genet 1991;28:752-756.
26. Kraemer K. Heritable diseases with increased sensivity to celular injury. In : Freedberg I, Eisen A, Wolf K, Goldsmith L, Kartz S, Fitzpatrick T, eds. Dermatology in general medicine. Fifth edition. New York, McGraw-Hill Companies, 1999:1848-1862.
27. Cohen LE, Tanner DJ, Schaefer HG, Levis WR. Common and uncommon cutaneous findings in patients with ataxia-telangiectasia. J Am Acad Dermatol 1984;10:431-438.
28. Lai K, Skuse D, Stanhope R, Hindmarsh P. Cognitive abilities associated with the Silver-Russel syndrome. Arch Dis Child 1994;71:490-496.

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:35-42

# PEDIATRIA AMBULATORIA

## — uma experiência

Maria João Lomelino<sup>1</sup>

### RESUMO

O Sector de Pediatria do Hospital de Anadia — pequena unidade a 30 Km dum Hospital Pediátrico Central — pretende actuar como filtro e receptor dos doentes da sua zona. Para além da orientação e seguimento de patologia referenciada obedece aos critérios actuais da Pediatria Ambulatória, abrangendo no seu âmbito os cuidados primários, a pediatria comunitária, apoio na urgência e emergência e serviços prestados ao domicílio. A interligação entre Cuidados Primários e Subespecialidades é uma das suas principais actividades. A criação de Equipas Multidisciplinares e o Núcleo de Intervenção Precoce melhoram a resposta aos principais problemas das crianças e suas famílias. Os resultados de um inquérito aos médicos dos Cuidados Primários apontam no sentido de um rumo certo e da continuidade da filosofia subjacente ao Sector.

**Palavras-chave:** Pediatria Ambulatória, Pediatria Comunitária.

### SUMMARY

Anadia is a small village 30 Km from Coimbra and from its Pediatric Central Hospital. Since 1996 one Pediatrician designed a plan to make a linkage between Primary Care and Subspecialities. The new concept of Ambulatory Paediatrics is then applied. Multidisciplinary and Early Intervention teams optimized the approach to families and community where pediatric problems exist. A inquiry to GP's shows a consensual agreement with this philosophy.

**Keywords:** Ambulatory Paediatrics, Multidisciplinary and Early Intervention.

---

1 Assistente Graduada de Pediatria — Hospital Distrital de Anadia



## Introdução

A Pediatria Ambulatória não é uma especialidade mas uma prática e uma atitude, cada vez mais necessária e oportuna atendendo à crescente subespecialização dos Pediatras e sectorização das consultas nos Hospitais Centrais, muitas vezes sem a continuidade desejável na comunidade onde a criança/adolescente estão inseridos.

O que é então a **Pediatria Ambulatória**? Basicamente, é a prática da Pediatria quando não seja necessário o internamento da criança no Hospital. Inclui cuidados primários, pediatria comunitária, atendimento a acidentes e emergências, sistemas de “hospital em casa” e serviços prestados ao domicílio por enfermeiros comunitários (1).

A Pediatria Ambulatória tem as suas raízes nos EUA nos anos 60 quando a crescente subespecialização dos pediatras, focada nos doentes internados, originou preocupações relativamente à falta de pediatras gerais, capazes de supervisionar a criança e a família e à menor atenção prestada à criança que não requer internamento, mas que tem outras necessidades (1).

Em 1992, a Associação Inglesa de Pediatria lançou um documento-discussão introduzindo a Pediatria Ambulatória como uma opção futura — “British Paediatric Association. Flexible options for paediatric care. A discussion document” (2).

Aqui também se definia a Pediatria Ambulatória como atendimento e seguimento à criança não internada quer no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) quer no âmbito dos Cuidados de Saúde Diferenciados. A prestação desses cuidados pode abranger o tratamento de doentes em casa ou no seu ambiente natural (2).

Os médicos treinados em Pediatria Ambulatória estão habilitados a seguir a patologia mais prevalente deste grupo etário — problemas do desenvolvimento, asma, problemas do comportamento, obesidade, enurese. Estes problemas, tratados localmente, adquirem um aspecto menos alarmante do que se forem tratados num Hospital Central (1,2).

A comunidade é o local onde os maiores determinantes da saúde infantil (que incluem factores biológicos, físicos, económicos e sociais) exercem o seu impacto (3).

Segundo a Academia Americana de Pediatria a **Pediatria Comunitária** é mais do que a simples prática clínica numa comunidade. Inclui a protecção de todas as crianças, especialmente daquelas para quem existam barreiras económicas ou sociais. Reconhece que os factores familiares, educacionais, sociais, culturais, económicos, ambientais e políticos actuam favorável ou desfavoravelmente sobre a saúde e o comportamento das crianças. Aplica os princípios da saúde pública na prestação de cuidados a uma dada criança. Promove a saúde de todas as crianças na família, na escola e na comunidade. O pediatra deve utilizar os recursos comunitários em colaboração com outros profissionais, instituições e pais. Todas as crianças devem ter acessibilidade a serviços de qualidade, principalmente as que têm piores condições sociais ou económicas ou necessidades especiais de cuidados de saúde (4,5).

Já em 1993 um Relatório da Comissão Nacional de Saúde Infantil (6) referia a Pediatria Comunitária como a “pediatria da população infantil e juvenil total”. Apontava como seu

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:43-51

objectivo a manutenção do estado de saúde e do bem-estar óptimo de cada criança, numa dada comunidade, utilizando uma abordagem concertada e continuada da pediatria hospitalar, da pediatria de cuidados de saúde primários, da pediatria social e da saúde pública. Eram reconhecidos os pais como principais prestadores de saúde. Ao pediatra comunitário era já atribuído um papel de “advocacia” e defesa intransigente da saúde da criança e da família a diversos níveis. As tarefas dos diversos profissionais só seriam eficazes e eficientemente exercidas se integradas numa equipa de saúde que congregue médicos, enfermeiros, técnicos de serviço social, psicólogos, etc. (6).

Pretende-se divulgar o conceito actual de Pediatria Ambulatória, e descrever a actividade do Sector de Pediatria do Hospital Distrital de Anadia (HDA) e a sua implementação na comunidade. Os profissionais de saúde devem estar sensibilizados para a importância desta prática e da sua abrangência.

Atendendo à localização e às características do Hospital, pareceu sensato que um sector de Pediatria a 30 minutos de distância de um Hospital Central, devesse actuar como filtro ou amortecedor do fluxo de doentes e prestasse uma assistência complementar desse Hospital Central.

## **Descrição do Sector de Pediatria do HDA**

Criado em Maio de 1996, com uma vertente exclusivamente de ambulatório, atende e segue crianças e adolescentes com doença aguda ou crónica dos concelhos de influência (Anadia, Mealhada e Oliveira do Bairro) dispondo de uma pediatra, uma enfermeira e uma técnica superior de Serviço Social. Conta ainda com a colaboração de outros técnicos extra-hospitalares da área da Educação.

Desenvolveram-se as seguintes vertentes:

- *Consulta Externa*
- *Apoio à Urgência*
- *Interligação com os Centros de Saúde locais*
- *Interligação com os outros Hospitais*
- *Actualização científica*
- *Coordenação de Equipas Multidisciplinares*
- *Participação no Núcleo de Intervenção Precoce*

A *Consulta Externa* é referenciada (preferencialmente pelos médicos de família). Os pedidos são triados e a marcação é feita segundo a informação clínica, com estabelecimento de prioridades; está organizada consoante a patologia e a idade – Pediatria Geral, Alergologia, Desenvolvimento, Problemas da 1ª Infância e Problemas da Adolescência. Criou-se também uma consulta para os filhos dos funcionários do Hospital. Funciona num espaço exclusivo para crianças e adolescentes, com sala de espera dotada de material para actividades lúdicas adaptadas aos vários grupos etários.

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:43-51

O apoio à Urgência é prestado sempre que solicitado pelos médicos de escala, quer para esclarecimento de dúvidas no diagnóstico e/ou orientação terapêutica, quer para actuação na emergência e na transferência de doentes. Uma pasta de protocolos adaptados dos Protocolos do Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico uniformiza atitudes nas situações urgentes mais comuns.

O primeiro passo na *interligação com os Centros de Saúde locais* (Anadia, Sangalhos, Oliveira do Bairro e Mealhada) foi dado através do envio de uma carta pessoal a todos os médicos, informando-os da abertura do Sector e normas de funcionamento. A manutenção desse relacionamento faz-se através da devolução da informação clínica referente às crianças enviadas à consulta, sugestões para o seu seguimento, informação sobre faltas ou abandono, sem esquecer a disponibilidade para o contacto telefónico, quando necessário.

*Contactaram-se pessoalmente* Directores de Serviço Hospitalares (por exemplo ORL e Oftalmologia) e *manteve-se a ligação com todos os Sectores do Hospital Pediátrico*. As crianças são sempre enviadas mediante informação clínica escrita e/ou contacto telefónico prévio.

Não descurando a *formação contínua* e a *actualização científica*, criou-se uma pequena Biblioteca Pediátrica e conseguiu-se, dentro do horário normal de serviço a participação nas Sessões Clínicas do Hospital Pediátrico. O mesmo sucede com outros técnicos que colaboram com o Sector de Pediatria do Hospital de Anadia.

saúde  
infantil

2000; 22/2:43-51

Aproveitando os recursos locais existentes, e contando com a colaboração a tempo inteiro de uma enfermeira com formação pediátrica e a tempo parcial da assistente social, a actividade do Sector foi-se diversificando cada vez mais. Chamaram-se outros técnicos (psicólogos, professores, educadores, terapeuta da fala) e estabeleceu-se a visita domiciliária como uma prática do dia-a-dia. Apesar das limitações de um pequeno hospital, conseguiu-se a contratação a tempo parcial de uma *psicóloga clínica*, o que permite o acompanhamento de crianças e adolescentes com alterações de comportamento, problemas do desenvolvimento, obesidade exógena, problemas familiares com risco para a criança, insegurança afectiva, entre outros.

*Equipas multidisciplinares*, uma por cada concelho, contam com os elementos fixos do hospital e com educadoras, professores e psicólogos. As educadoras e os professores fazem parte das Equipas Coordenadoras dos Apoios Educativos (ECAE) dos respectivos concelhos. Os psicólogos pertencem à área escolar. Um dos concelhos dispõe ainda de psicóloga clínica. Todos prevêem no seu horário um período para avaliação das crianças, realizada geralmente no Sector de Pediatria.

Incentivaram-se as educadoras no sentido de frequentarem um estágio no Centro de Desenvolvimento da Criança do Hospital Pediátrico de Coimbra, para aperfeiçoamento da utilização do “Schedule of Growing Skills” (7).

As equipas multidisciplinares adquiriram já uma grande maturidade na avaliação de crianças com atraso de desenvolvimento, dificuldades de aprendizagem, alterações do compor-

tamento, etc., bem como no seu acompanhamento, seguimento e orientação, como é sugerido pela Academia Americana de Pediatria(8). Nas reuniões periódicas são discutidos os casos avaliados e mais tarde traçados os planos individualizados, sempre com o conhecimento e a participação da família.

A formalização do *Núcleo de Intervenção Precoce de Anadia* incluído no Projecto Pluriconcelhio de Intervenção Precoce do Distrito de Aveiro, deu-se em Maio de 1997. Constituem o Núcleo elementos do Hospital (Sector de Pediatria), ECAE, Centro de Saúde e Segurança Social. Destina-se a apoiar as famílias de crianças abaixo dos 6 anos com atraso de desenvolvimento psicomotor e/ou risco ambiental e social. Aos elementos do Centro de Saúde cabem os casos de risco ambiental e social; à equipa do Hospital, os casos de atraso de desenvolvimento.

## **Aspectos particulares da enfermeira e do Serviço Social**

À *enfermeira* cabe a avaliação global da criança e da família registada em folha própria, antes da consulta médica. Compete-lhe o registo antropométrico e da T.A. com os respectivos percentis; o traçado das curvas de crescimento; a verificação do calendário vacinal e a divulgação das novas vacinas; o inquérito alimentar e os conselhos sobre alimentação adaptados a cada grupo etário; a verificação da saúde oral da criança, atendendo à grande prevalência de cárie dentária; a prevenção de acidentes em idade pré-escolar; o rastreio da visão através da utilização da Escala de Snellen; aos asmáticos ensinando e corrigindo a técnica inalatória e avaliando o DEMI através do debitómetro (Peak Flow Meter). Algumas competências foram conseguidas após a realização de estágios no Hospital Pediátrico.

A *técnica superior do Serviço Social*, apesar de única no Hospital possui uma disponibilidade permanente para o Sector e um grande dinamismo. Compete-lhe a realização da história social adaptada à Pediatria e a coordenação das estruturas de apoio às famílias carenciadas, no que diz respeito ao emprego, habitação, infantário, escola, tempos livres, etc.. Desenvolve também contactos pluri-institucionais, sendo as visitas domiciliárias, fundamentais na área pediátrica, uma prática do seu dia-a-dia, por vezes na companhia da enfermeira. Estando o Hospital inserido numa zona rural com índices elevados de alcoolismo e uma considerável incidência de analfabetismo, tudo contribuindo para o baixo nível social, económico e cultural de muitas famílias, torna-se premente este apoio, abrangendo a consulta, a Urgência e como não podia deixar de ser, o domicílio. Aliado ao relacionamento com as instituições locais evita a segregação destas famílias e a sua exclusão social.

À semelhança de outros programas comunitários como o CATCH (Community Access to Child Health) implementado em finais dos anos 80 pela Associação Americana de Pediatria, também aqui se procurou o envolvimento comunitário para a melhor assistência às crianças.

## **Actividade desenvolvida**

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:43-51

A valorização do espaço para o funcionamento do sector, o estabelecimento de prioridades na marcação de consultas e a distribuição das patologias ao longo dos vários dias da semana tem-se revelado vantajosa e rentável. Nos casos considerados urgentes, a consulta é realizada num período inferior a 24 horas.

O movimento da consulta registou um grande crescimento do primeiro para o segundo ano, tendendo agora à estabilidade. Entre 1996 e 1999, o total anual de consultas foi respectivamente 166-757-867-818. A relação entre primeiras consultas e seguintes foi de 1:3. Setenta e cinco por cento dos casos são enviados pelo Centro de Saúde.

O número de crianças enviadas a consultas de subespecialidade rondou os 30%. Foram enviadas cerca de 5% das crianças às consultas de ORL e Oftalmologia, excepto no último ano em que o número de crianças enviadas à Oftalmologia quadruplicou. Relativamente às outras subespecialidades, tem-se verificado uma pequena variação — entre 16 e 21% nos três últimos anos. Só 16% das suspeitas diagnósticas não foram confirmadas.

A patologia mais prevalente é a habitual em qualquer consulta de Pediatria Geral — problemas do desenvolvimento, asma e alergias, alterações de crescimento e problemas do foro ORL. Os problemas sociais concomitantes atingem 17% dos casos.

Nos dois primeiros anos tiveram alta apenas 20% das crianças, subindo a percentagem para 50% em 1998 e para 38% em 1999. Atendendo à patologia crónica a percentagem de altas dever-se-á manter entre 30-40%.

Os critérios para o apoio ao Serviço de Urgência têm sido úteis e os médicos que funcionam na primeira linha (médicos de família ou internos de outras especialidades) têm feito uma triagem cuidadosa dos casos, sem prejuízo da actividade diária programada da consulta.

A enfermeira executa um trabalho multifacetado, de apoio às várias consultas, com triagem de situações que aparecem sem marcação, resolução de outras situações via telefónica e ainda visitas domiciliárias para verificação “in loco” das condições de vida e do cumprimento da terapêutica. Cabendo-lhe todas as tarefas enumeradas, a consulta médica torna-se mais facilitada, mais dirigida e rentável.

No âmbito do Núcleo de Intervenção Precoce são apoiadas cerca de vinte famílias numa forma sistemática pelas educadoras, que por vezes se acompanham de enfermeira ou de assistente social, consoante os casos.

Alguns pais vão, lentamente, adquirindo as competências para a educação dos filhos com atraso de desenvolvimento. O trabalho desenvolvido junto da comunidade pelos técnicos tem incidido no reforço positivo, na entreaajuda das famílias e no apoio local das autarquias. Os casos de pré-profissionalização são de preferência orientados localmente, com o apoio de outras Instituições Particulares de Solidariedade Social (APPACDM, CERCI...).

Em Abril de 1999 o Conselho de Administração enviou um questionário anónimo aos 48 médicos dos Centros de Saúde, para avaliar a opinião e o grau de satisfação dos médicos de família que referenciavam as crianças a esta consulta. Metade dos clínicos respondeu ao

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:43-51

inquérito, sendo consensual a sua opinião sobre a utilidade de um pediatra no Hospital Distrital de Anadia. A maioria — 95% — já enviou doentes considerando a marcação breve e esclarecedores os relatórios-resposta devolvidos. Setenta e quatro por cento salientaram a disponibilidade da pediatra e a acessibilidade da consulta. A qualidade desta foi considerada boa ou muito boa por 21 dos 22 médicos que a classificaram e a quase unanimidade de sugestões foi no sentido da continuação.

## Discussão

Tem sido estimulante o crescimento e desenvolvimento do Sector de Pediatria do Hospital Distrital de Anadia. Para tal, tem contribuído o trabalho dos seus elementos aliado ao espírito de inovação existente e à colaboração de todos os outros técnicos extra-hospitalares.

Fundamentais são as relações estabelecidas desde o início com os Cuidados de Saúde Primários e com os Hospitais Centrais, indispensáveis para o bom funcionamento do Sector de Ambulatório (2).

Num serviço onde não existem outros médicos da mesma especialidade é fundamental a manutenção da actualização científica e formação contínua. As sessões do Hospital Pediátrico são parte importante dessa formação.

Numa era de transformação social rápida, a saúde das crianças cada vez mais tem que ser considerada no contexto da família, da escola e da comunidade (9).

A área cada vez mais diversificada da prestação de cuidados de enfermagem aproxima-se das funções e objectivos propostos pela Comissão Nacional de Saúde Infantil em Janeiro de 1993 — pretende-se habilitar os enfermeiros com a competência científica e técnica para o desempenho de cuidados de enfermagem mais complexos, actuando junto das crianças, dos jovens e das suas famílias em situações de risco ou de crise.

A prática da Intervenção Precoce teve início com a abertura do sector, mas a sua formalização um ano mais tarde veio legalizar toda uma actividade que se sabe consumidora de tempo, por vezes pouco rentável, mas não menos estimulante. As crianças com atraso de desenvolvimento psicomotor são seguidas na Consulta de Pediatria, os casos de risco ambiental e social são seguidos no Centro de Saúde; optou-se por manter esta separação para maior facilidade de trabalho. Nas reuniões quinzenais, entre os elementos do Hospital, Centro de Saúde, ECAE e Segurança Social, os casos são discutidos de uma forma global. Com o crescimento desta actividade o número de educadoras tem vindo a aumentar, ficando contudo aquém do desejado, face às necessidades. As educadoras encetaram este ano lectivo de 99/00 a elaboração do Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF) à semelhança de outros planos desenvolvidos nos EUA; são elaborados após avaliação por equipa multidisciplinar e aplicam-se a crianças necessitando educação especial ou intervenção precoce (8).

As consultas de Psicologia Clínica, com uma relação entre primeiras e segundas de 1:3 têm sido muito válidas e eficazes no acompanhamento das crianças e adolescentes, com a

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:43-51

possibilidade de altas com bons resultados.

Claro que o pediatra do ambulatório não pode querer “lidar com” doenças raras mas pode lidar com muitos aspectos dessas doenças fora do hospital, com o apoio dos colegas de subespecialidade. Movendo-se entre o hospital e a comunidade, o pediatra do ambulatório tem um papel facilitador do relacionamento entre Cuidados de Saúde Primários (CSP) e Cuidados Subespecializados (1). Um moderno conceito de “Transdisciplinaridade” adivinha-se já em fase embrionária.

Os resultados do inquérito aos médicos dos Centros de Saúde reflectem de algum modo os objectivos alcançados e estimulam a continuidade dentro da mesma filosofia.

A Pediatria Ambulatória tem um papel cada vez mais importante no seio da comunidade. Muitos dos problemas da Pediatria Geral podem ser perfeitamente resolvidos localmente, evitando a deslocação da família a um Hospital Central, podendo a criança/adolescente ser atendida num meio mais familiar, evitando sobrecarregar as consultas desses Hospitais. É fundamental um conhecimento global da Pediatria médica e cirúrgica, para se poder exercer funções de triagem/despiste e orientação precoce de situações mais específicas.

O treino em Pediatria Ambulatória abrange muito do trabalho do pediatra comunitário, incluindo a vertente psico-social, mas também o tratamento de situações comuns existentes na comunidade, como a asma, diabetes e os problemas do comportamento (1).

O bom relacionamento entre os CSP e as subespecialidades pediátricas torna o seguimento das crianças mais fácil e o pediatra não tende ao isolamento.

A formação contínua prevenirá a “cristalização”.

Alguns conhecimentos de gestão e legislação, a preocupação de um bom relacionamento inter-pessoal, a criação de incentivos e um espírito de inovação, parecem ser aspectos a não descurar.

Por último é de salientar a anuência do Conselho de Administração do Hospital Distrital de Anadia a todos os projectos em execução ou a novos projectos, por mais ousados que pareçam.

E tudo pela criança.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Heller DR. Ambulatory paediatrics: stepping out in a new direction? Arch Dis Child 1994; 70: 339-42.
2. Meates M. Ambulatory paediatrics – making a difference. Arch Dis Child 1997;76:468-476.
3. American Academy of Pediatrics; Community Access to Child Health. History of Community Pediatrics. Pediatrics 1999;103:1420-21.
4. American Academy of Pediatrics, Committee on Community Health Services. The pediatrician’s role in community paediatrics. Pediatrics 1999; 103:1304-06.

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:43-51

5. Haggerty RJ. Community pediatrics: can it be taught? Can it be practiced? Pediatrics 1999; 104:111-2.
6. Comissão Nacional de Saúde Infantil. Relatório. Ministério da Saúde, 1993.
7. Bellman M, Cash J. The schedule of growing skills in practice. Oxford: NFER-NELSON, 1987.
8. American Academy of Pediatrics. Committee on children with disabilities. The pediatrician's role in development and implementation of an Individual Education Plan (IEP) and/or an Individual Family Service Plan (IFSP). Pediatrics 1999; 104:124-27.
9. Minkovitz C, Grason H, Aliza B, Hutchins V, Rojas-Smith L, Guyer B. Evaluation of the Community Access to Child Health Program. Pediatrics 1999; 103:1384-93.

**Correspondência:** Maria João Lomelino  
Hospital Distrital de Anadia  
3780 Anadia

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:43-51



# OS JOVENS E AS TOXICODPENDÊNCIAS

## Estudo de caracterização dos conhecimentos e hábitos de adolescentes do 8º ano\*

Sandra Ramos<sup>1</sup>, Margarida Fonseca Cardoso<sup>2</sup>, Denisa Mendonça<sup>2</sup>,  
Torcato Santos<sup>3</sup>, Rui Jorge Costa<sup>4</sup>

### RESUMO

Devido ao processo de desenvolvimento inerente à transição para a idade adulta, os adolescentes têm maior vulnerabilidade ao consumo de drogas, entre as quais o álcool e o tabaco, tendo vindo a notar-se que essa iniciação se faz cada vez mais precocemente. No entanto, escasseiam estudos que traduzam a verdadeira dimensão do problema entre nós.

Com a elaboração deste trabalho de investigação, pretendeu-se caracterizar os conhecimentos e hábitos de consumo (tabaco, álcool e drogas) dos adolescentes e identificar factores familiares e/ou sociais, com vista a melhorar o nível de informação relacionada com as toxicodpendências e a adopção de hábitos de vida mais saudáveis. Pretendeu-se também avaliar o impacto de uma Acção de Educação para Saúde sobre o tema “Os jovens e as toxicodpendências”, na população estudada.

Para obtenção da informação, foi aplicado um questionário anónimo, com perguntas fechadas, a 162 alunos do 8º ano, antes e após a Acção de Educação.

Salienta-se, nesta população predominantemente rural, a prevalência do consumo de haxixe (cerca de 4%), sobreponível a outros estudos nacionais e a desvalorização das drogas lícitas. Avaliando o impacto da Acção de Educação para a Saúde, foi significativa a melhoria dos conhecimentos dos jovens.

**Palavras-chave:** jovens, toxicodpendências, Acção de Educação para a Saúde.

### SUMMARY

Adolescents are more vulnerable to drugs addiction. Tobacco and alcohol are the most common drugs used by young people and the decision to begin using them is made earlier and earlier. However, in Portugal, there are few studies in this area.

This study allows us to characterise adolescents' knowledge and patterns of substance abuse (tobacco, alcohol and other drugs) and identify family/social risk fac-

1 Interna Complementar de Pediatria do Hospital Geral de Stº António 2 Laboratório de Biometria do Departamento de Estudo das Populações do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar 3 Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar 4 Assistente Graduado de Saúde Pública

\* Escola C+S “A Ribeirinha” de Maceira, Vila do Conde, no ano lectivo de 1998/1999.

tors. Preventive and health-promoting activities and outcome measurement intervention was another goal of the study.

To get information we use an anonymous questionnaire, to 162 students, before and after intervention.

According to this study, in a rural population, 4% of adolescents admit to use cannabis, rate similar to other national studies, devaluating licit drugs. Outcome measures of intervention in study group show significant knowledge improvement.

**Keywords:** adolescents, substance abuse, health-promoting activities.

## Introdução

Devido ao processo de desenvolvimento inerente à transição para a idade adulta, os adolescentes têm uma maior vulnerabilidade ao consumo de drogas. Demonstrou-se que mesmo o uso de substâncias lícitas como o álcool e o tabaco, não é inocente. Há alta probabilidade de passar ao uso abusivo de outros tóxicos e, posteriormente, à dependência química e psíquica (1,2). Estes comportamentos não saudáveis, interferem com o processo normal de desenvolvimento adolescente (3,4).

A prevenção e a promoção de hábitos de vida saudáveis, tendo em vista a diminuição dos riscos das toxicodependências entre os jovens, tem emergido nos últimos dez anos. O álcool, o tabaco e outras drogas continuam a ser, no entanto, um problema no meio dos adolescentes (1,2,4,5,6) tendo vindo a notar-se que a decisão de iniciar o consumo se faz cada vez mais precocemente (4). A prevenção torna-se, portanto, num verdadeiro desafio. Por outro lado, o grupo de amigos e a família, considerados os principais agentes de socialização do adolescente, têm sido identificados como factores importantes associados ao uso de álcool e drogas (6,7).

Relembrando a definição de drogas como “todas as substâncias, naturais ou sintéticas, cuja acção exercida no sistema nervoso modifica a consciência e o comportamento daqueles que a consomem”, importa dizer, que estas têm múltiplos efeitos que variam segundo a substância, a dose, a forma de consumo, o indivíduo e o contexto e/ou momento em que são consumidas (8).

Para analisar as causas do consumo de drogas, há a considerar vários factores importantes: a curiosidade, a procura do prazer, a fuga ao tédio, o gosto pelo risco, a pressão dos pares, o desejo de integração no grupo, a auto-imagem negativa. Por outro lado, o ambiente familiar e social, nomeadamente o autoritarismo/missividade, o alcoolismo ou a farmacodependência de um dos pais ou de ambos, são também factores de risco para o consumo de drogas (4,8).

Escasseiam estudos que traduzam a verdadeira dimensão do problema das toxicodependências entre nós. Um estudo efectuado em 1988 (9) refere que de cerca de 9000 estudantes entre os 12 e os 18 anos, inquiridos na região de Lisboa, 8% revelaram-se consumidores ocasionais de drogas, enquanto que cerca de 1% se assumiram como consumidores habituais.

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:53-70

Um estudo epidemiológico mais recente, efectuado no Concelho de Matosinhos (7) abrangendo 969 alunos, entre os 11 e os 20 anos, revelou que cerca de 3% dos jovens inquiridos eram consumidores ocasionais de drogas e 2,2% eram consumidores regulares. Estes valores baseiam-se, sobretudo, no consumo de *cannabis*, dado os consumos de cocaína e heroína serem virtualmente inexistentes.

A escola, como local de “aprendizagem”, desempenha um papel muito importante no desenvolvimento do jovem, sendo um local por excelência para actuação a nível da prevenção primária (8). O facto de estarem aglomerados nos estabelecimentos de ensino é um factor facilitador para a realização de estudos de caracterização da população adolescente (10).

A elaboração deste trabalho de investigação, no âmbito do Estágio em Cuidados de Saúde Primários à Criança e ao Adolescente, realizado no Centro de Saúde de Modivas, no Concelho de Vila do Conde, fundamentou-se na problemática actual da toxicodpendência entre os jovens e na importância das Acções de Promoção da Saúde. O trabalho baseou-se num inquérito à população adolescente do 8º ano, de uma escola C+S de uma freguesia deste Concelho, no ano lectivo de 1998/1999, aplicado antes e após uma Acção de Educação para a Saúde.

A dimensão da população adolescente no Concelho de Vila do Conde (18,2% da população — INE — CENSUS 91) e a vulnerabilidade da população jovem aos problemas relacionados com as toxicodpendências sugerem a necessidade de estudos nesta região. A importância deste trabalho é relevada ainda, pelo facto de, na zona envolvente à escola em questão, proliferar a toxicodpendência.

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:53-70

## Objectivos

Pretendeu-se com este estudo:

- 1) Caracterizar a população em estudo relativamente à idade, sexo, aproveitamento escolar, hábitos de consumo (tabaco, álcool e drogas), APGAR familiar, tipos de informação que procuram e apoios solicitados para responder aos seus problemas.
- 2) Avaliar os conhecimentos dos adolescentes escolarizados sobre as toxicodpendências, transmissão de doenças infecciosas e identificação de comportamentos de risco.
- 3) Verificar se existe relação entre hábitos de consumo dos adolescentes e factores familiares e/ou sociais.
- 4) Melhorar o nível de conhecimentos da população-alvo relacionados com as toxicodpendências, com vista à adopção de hábitos de vida mais saudáveis.
- 5) Avaliar o impacto da Acção de Educação para a Saúde realizada — “O jovem e as toxicodpendências”.

## Material e métodos

O presente estudo integra uma componente descritiva, para caracterização da população abrangida relativamente aos conhecimentos sobre as toxicodependências, transmissão de doenças infecciosas e identificação de comportamentos de risco. Integra também, uma componente analítica, para avaliação do impacto da Acção de Educação para a Saúde, em que se comparam as respostas ao questionário, aplicado no início e no final da acção.

Trata-se de um estudo transversal, realizado em meio escolar, recorrendo a uma metodologia quantitativa baseada nas respostas a um questionário (Anexo I). Um questionário semelhante, mais reduzido, apenas incluindo as questões relacionadas com os conhecimentos transmitidos (Anexo II), foi aplicado após a Acção de Educação para a Saúde, para avaliar o impacto da acção de formação.

A população foi seleccionada tendo em consideração os aspectos curriculares da disciplina de Ciências Naturais, no que se refere à abordagem dos perigos das toxicodependências (drogas, alcoolismo e tabagismo), e integrando a perspectiva de Educação para a Saúde, como meio de adequação de comportamentos.

O universo do estudo é constituído pelos alunos de ambos os sexos do 8º ano, da Escola C+S “A Ribeirinha”, da freguesia de Macieira, do Concelho de Vila do Conde, no ano lectivo de 1998-1999.

A Acção de Educação para a Saúde abrangeu 162 alunos que foram divididos em três grupos, de cerca de 50 alunos, por questões de espaço. Realizou-se em dois dias consecutivos, tendo sido apoiada por meios audiovisuais, nomeadamente vídeo e diapositivos. A sessão de *slides*, acompanhada de explicações e exemplificações, durou cerca de 20 minutos, seguindo-se um filme com duração de 30 minutos, com conceitos básicos sobre as drogas e depoimentos de jovens, alguns ex-toxicodependentes. No final, foram ainda discutidas e esclarecidas dúvidas sobre o tema com os alunos e professores.

Para obtenção da informação foi aplicado um questionário anónimo, constituído por 19 perguntas fechadas, de resposta simples ou múltipla, elaborado com base na bibliografia consultada (Anexos I e II).

Para classificar a família como funcional ou disfuncional, foi utilizado o APGAR familiar (11,12,13,14), que avalia o modo como o indivíduo sente a sua posição dentro da família, num dado momento da vida. Parte do pressuposto que a caracterização do funcionamento familiar pode ser efectuada através das respostas a um questionário, feitas a um membro da família. O APGAR familiar é assim, um instrumento de triagem de rápida execução, que se torna útil como primeira abordagem e identificação dos problemas de uma família.

A família e o grupo de pares têm sido identificados como importantes factores associados ao uso de álcool e drogas no adolescente (7). No presente estudo procurou-se avaliar o impacto destes dois agentes fundamentais de socialização no uso de drogas pelo adolescente. A influência dos factores familiares e/ou sociais no consumo de substâncias foi avaliada através de quatro questões:

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:53-70

- a primeira questão identifica o uso de tabaco pelos pais e percepção a opinião dos adolescentes perante essa atitude
- a segunda questiona “*Conheces alguém que seja drogado? (na tua família, na tua vizinhança, na tua aldeia, outros, não conheço)*”
- outra identifica *com quem o adolescente já falou sobre droga (pais, amigos, professor, médico, outros)*
- finalmente, a quarta questão estabelece o APGAR familiar de acordo com o jovem em causa.

O tratamento estatístico foi realizado em colaboração com o Laboratório de Biometria do Departamento de Estudo de Populações do ICBAS (Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar).

Foi utilizado o programa informático SPSS (versão 8.0) para o tratamento estatístico da informação recolhida. Os resultados dos inquéritos foram analisados com o Teste de Qui-Quadrado ou com o Teste Exacto de Fisher.

Este estudo apresenta algumas limitações e deficiências metodológicas, nomeadamente a não-realização de pré-teste, a utilização do APGAR familiar, a ausência de grupos-controlo e de uma avaliação *follow-up*, para avaliar se a alteração dos conhecimentos se repercutiu em adequação de comportamentos.

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:53-70

## Resultados

### 1 – Caracterização da população

#### 1.1 Sexo, idade, aproveitamento escolar

O estudo envolveu um total de 162 alunos, verificando-se um ligeiro predomínio do sexo feminino (54,9%). As idades oscilaram entre 13 e 17 anos, sendo a média das idades de 13,7 anos.

Estavam pela primeira vez no 8º ano 86,4% dos adolescentes.

#### 1.2 – Hábitos e padrões de consumo

No que respeita ao uso das substâncias tabaco, café, cerveja, vinho, haxixe, cocaína e heroína, salienta-se que não se registou nenhum caso de consumo de heroína ou cocaína mas, por outro lado, verificámos existirem 5 (3,1%) adolescentes que referiram consumir haxixe esporadicamente e 2 (1,2%) semanalmente.

Relativamente ao tabaco, a maioria dos adolescentes não o experimentou, verificando-se, por outro lado, que 21% tem um consumo esporádico, cerca de 2% um consumo semanal e 6,8% um consumo diário.

Quanto às bebidas alcoólicas, uma elevada percentagem dos jovens ainda não as experimentou (73,5% no caso do vinho e 66% no caso da cerveja). Cerca de um quarto dos adolescentes bebe vinho esporadicamente, enquanto que 31,5%, bebem cerveja. A cerveja

figura, assim, como a bebida alcoólica consumida com maior frequência pelos jovens. O consumo semanal, quer de vinho, quer de cerveja, faz--se em cerca de 2% dos casos. Em nenhum caso se verificou haver consumo diário de vinho, registrando--se um caso de consumo diário de cerveja.

Quanto ao café, cerca de dois terços dos adolescentes tem um consumo esporádico, 15,4% tem um consumo semanal e 8,6% um consumo diário, verificando-se que cerca de 40% ainda não o experimentou.

A figura 1 indica a distribuição de consumidores de tabaco, café, cerveja, vinho e haxixe. Não se verificaram diferenças significativas entre os sexos relativamente aos consumos destas substâncias ( $p>0,321$ ).

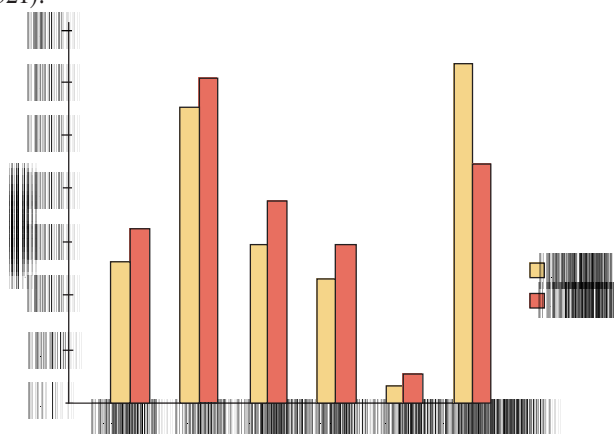


Figura 1 — Consumo de substâncias para os sexos feminino (F) e masculino (M).

Há ainda cerca de 3% dos jovens inquiridos que referiram sentir curiosidade em experimentar as drogas, apesar de, a maior parte das vezes (84,5%), terem da droga uma *ideia de sofrimento*, menos frequentemente, de ser uma *fuga à realidade* (28%) e raramente, de ser uma *experiência alucinante* (4,3%) .

### 1.3 — APGAR familiar

Analisando o APGAR familiar, deparámos com uma elevada proporção de famílias *altamente funcionais* (80,6%), contrapondo a 14,4% de famílias com *moderada disfunção* e apenas 5% com *disfunção acentuada*.

### 1.4 — Tipos de informação e apoios solicitados

Na questão sobre *quem procuram em primeiro lugar quando têm um problema*, 97% dos adolescentes referem os pais e/ou os amigos. Individualmente, quer os pais quer os amigos aparecem assinalados cerca de 60% das vezes (61,7% e 59,9%, respectivamente). Nos questionários em que nem os pais, nem os amigos são assinalados, o médico de família ou o professor são referidos a maioria das vezes.

Os adolescentes inquiridos referem *falar sobre droga*, preferencialmente e por ordem de frequência, com os amigos, com os pais ou com os professores (71,6%, 59,9% e 22,8%, respectivamente). Dos adolescentes que falaram sobre droga com os pais ou amigos (85,2%), falaram também com os professores (23,2%), com outros (13,8%) e apenas uma pequena percentagem com o médico (3,6%).

Os professores já tinham abordado o tema toxicodpendência/droga com 84% dos jovens. A TV/vídeo, as revistas e jornais e, por fim, o computador foram assinalados por ordem decrescente de frequência como os meios de informação utilizados para responder aos problemas dos inquiridos (Fig. 2).

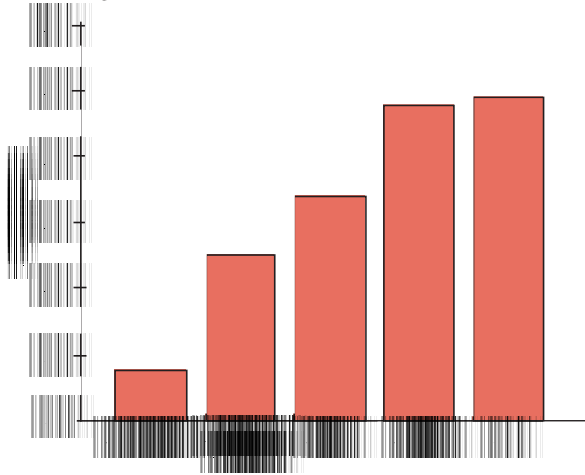


Figura 2 — “Que meios de informação procuras para responder aos teus problemas?”

Procurou-se verificar se os meios de informação utilizados pelos adolescentes poderiam ser um indicador de maior nível de conhecimento. Para testar esta hipótese, procurou verificar-se se existia alguma relação significativa entre o número de meios de informação utilizados pelos jovens e as respostas correctas ao questionário.

Não se verificaram diferenças significativas na proporção de respostas correctas nos jovens que utilizavam dois ou mais meios de informação relativamente aos seguintes parâmetros:

- identificação das substâncias consideradas como drogas ( $p > 0,12$ )
- noção de que o alcoolismo é a principal toxicodpendência em Portugal ( $p = 0,56$ )
- noção de que as drogas injectadas podem transmitir doenças infecciosas ( $p = 0,36$ )
- identificação da SIDA e hepatite B como doenças passíveis de ser transmitidas por drogas injectadas ( $p = 0,95$ ).

Mesmo quando se relacionaram 3 ou mais meios de informação ou 4 ou mais meios de informação, não se verificaram diferenças significativas entre as proporções de respostas correc-

tas aos itens anteriores ( $p > 0,6$ ).

### 1.5 — Avaliação dos conhecimentos dos adolescentes

Na resposta à questão *se a característica comum a todas as drogas era a de se tornarem o centro da vida das pessoas*, cerca de metade dos alunos (53,1%) respondeu afirmativamente, cerca de 10%, responderam negativamente e os restantes, responderam que não sabiam.

No que se refere à *identificação das substâncias consideradas como drogas*, verificámos que a quase totalidade dos inquiridos assinalou a cocaína, a heroína e o haxixe (98,8%, 96,3% e 90,7%, respectivamente), ou seja, identificam as drogas ilícitas. Relativamente ao tabaco, 72,2% consideram-no como droga, enquanto que os medicamentos foram considerados como drogas por apenas 42% dos jovens.

As bebidas alcoólicas não são consideradas drogas, a maioria das vezes, sendo atribuído menor valor à cerveja (vinho e cerveja assinalados em 13,6% e 11,7%, respectivamente).

Apenas 8,6% da população considera o café como droga.

Na questão *se o alcoolismo era a principal toxicodependência em Portugal*, as opiniões foram muito equilibradas nos três tipos de resposta (sim/não/não sei).

Relativamente ao conhecimento dos adolescentes quanto à *transmissão de doenças através das drogas injectadas*, a quase totalidade dos jovens reconhece esse facto (98,8%). Especificando o *tipo de doenças*, responderam a SIDA 95,7%, no entanto, 74,1% não identificaram a hepatite B como doença transmissível pelas drogas injectadas. Quando se analisou a proporção de adolescentes que respondeu correctamente a esta questão, ou seja, que assinalou conjuntamente SIDA e hepatite B, esta percentagem reduziu-se para apenas 15%, não se tendo verificado haver diferenças significativas nas respostas entre rapazes e raparigas ( $p = 0,559$ ).

Os adolescentes apresentaram noções erradas sobre o cancro e a tuberculose, considerando-as como passíveis de serem transmitidas por drogas injectadas (assinaladas em 33,3% e 14,2%, respectivamente).

### 1.6 — Envolvente familiar e social

Segundo a opinião de uma grande parte dos adolescentes, não se deve fumar nos recintos fechados (88,3%), nos transportes públicos (77,2%) e nas escolas (72,2%). Essa opinião diverge quando se pergunta se se deve fumar dentro de casa, apenas 40,7% acha que não se deve fumar dentro de casa.

Cerca de metade dos pais dos adolescentes inquiridos fumavam (45,7%), correspondendo a quase totalidade à figura paterna. Cerca de metade dos inquiridos (47,5%), não estava de acordo com essa atitude, denotando uma posição de indiferença em cerca de um quarto dos casos.

Relativamente à questão *“conheces alguém que seja drogado?”*, salienta-se que cerca de 60% dos jovens refere conhecer alguém “drogado”, 40,7% dos inquiridos tinha conhecimento de uso de drogas na aldeia, 16% na vizinhança e 7,4% na sua própria família.

saúde  
infantil

2000; 22/2:53-70



### 1.7 — Influência dos factores familiares e/ou sociais no consumo de substâncias

No nosso estudo, o consumo de tabaco pelos pais não parece influenciar o consumo do mesmo pelos filhos ( $p = 0,374$ ), o que se traduz na posição que estes últimos adoptam face à atitude dos pais fumarem (cerca de metade dos inquiridos estava de acordo com essa atitude e cerca de um quarto tinha uma posição indiferente).

Relativamente à questão “Conheces alguém que seja drogado?”, verificou-se existir uma relação estatisticamente significativa entre *o facto de conhecer alguém drogado* e o consumo de vinho, de tabaco e de haxixe ( $p < 0,044$ ). O mesmo não se verificou relativamente ao consumo de cerveja ( $p = 0,068$ ).

Não se encontrou relação entre o facto do adolescente ter falado com os amigos sobre droga e o consumo de substâncias como café, tabaco, cerveja, vinho, haxixe e medicamentos ( $p > 0,115$ ).

Analisando a questão que determina o APGAR familiar de acordo com o jovem em causa, deparámos que nas famílias com *disfunção acentuada ou moderada* cerca de 50% dos adolescentes já experimentou tabaco, enquanto que nas famílias classificadas como *altamente funcionais*, apenas um quarto dos jovens teve essa experiência. Por outro lado, analisando o consumo de drogas ilícitas, inverteu-se a situação já que, 6 dos jovens que consumiram haxixe pertenciam a famílias *altamente funcionais* e apenas um pertencia a uma família com *moderada disfunção*. Não se verificou qualquer relação do APGAR familiar com o consumo de bebidas alcoólicas ( $p > 0,272$ ).

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:53-70

## 2 — Avaliação do impacto da Acção de Educação para a Saúde

Influenciar as atitudes numa direcção “saudável”, isto é, condicionar uma menor propensão para o abuso de álcool e/ou drogas, tem sido considerado um critério largamente aceite de eficácia das intervenções preventivas.

A avaliação do impacto da Acção de Educação para a Saúde foi feita com base na comparação das respostas aos questionários I e II, aplicados, respectivamente, antes e após a Acção (Anexos I e II).

Cerca de metade da população estudada tinha uma noção correcta da definição de “droga”, tendo-se verificado um acréscimo de respostas correctas (de 53,8% para 84,1%), com significado estatístico ( $p < 0,001$ ), após a Acção de Educação para a Saúde.

No que se refere à identificação das drogas ilícitas, verificámos uma variação significativa (de 90,7% para 98,1%) no sentido de considerar o haxixe como droga ( $p = 0,01$ ). Houve também um acréscimo de respostas correctas na identificação da heroína e da cocaína como drogas, mas essa diferença não foi significativa ( $p > 0,064$ ).

Raras vezes, o café foi assinalado como droga (8,6%). No entanto, após a Acção de Educação para a Saúde passou a ser assinalado em cerca de 30% (mudança estatisticamente significativa,  $p < 0,001$ ).

No que se refere às bebidas alcoólicas, mantém-se baixa a percentagem de adolescentes que considera a cerveja como uma droga, apesar disso, a mudança de opinião após a

Acção foi estatisticamente significativa (de 11,7% para 28,8%) ( $p < 0,001$ ). Relativamente ao vinho, essa mudança foi ainda mais notória, passando de 13,6% a 32,3%. ( $p < 0,001$ ).

Relativamente aos medicamentos, a mudança de opinião foi também estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ), passando mais frequentemente a serem considerados como drogas (de 42% para 73,5%).

Quanto ao tabaco, não houve variação significativa das respostas com a Acção de Educação ( $p > 0,5$ ), sendo já conotado como “droga” por uma elevada percentagem de jovens (cerca de 3/4 da população).

Na globalidade, pode-se considerar que a Acção de Educação para a Saúde influenciou significativamente a opinião dos jovens na identificação das drogas lícitas, exceptuando o tabaco.

Relativamente ao reconhecimento do alcoolismo como principal toxicodependência em Portugal, verificou-se uma aquisição de conhecimentos, no sentido correcto, com significado estatístico.

A quase totalidade dos jovens inquiridos reconhece que *as drogas injectadas podem transmitir doenças infecciosas*. Especificando o tipo de doenças, verificou-se que a SIDA foi assinalada, significativamente mais vezes, no questionário II ( $p < 0,104$ ), o mesmo acontecendo à hepatite B ( $p < 0,001$ ). No caso da hepatite B, a mudança foi mais notória (passou de 25,9% para 76,1%). Considerando como resposta global correcta à questão anterior, assinalar simultaneamente SIDA e hepatite B, verificou-se, igualmente, um acréscimo significativo de respostas correctas (de 14,8% para 48,4%), após a Acção de Educação ( $p < 0,001$ ).

Relativamente aos conceitos errados de que o *cancro e a tuberculose* podem ser transmitidos pelas drogas injectadas, não houve variação significativa das respostas nos dois questionários.

O inquérito II incluía ainda duas questões que reflectiam o grau de satisfação perante a sessão (vídeo e *slides*). Relativamente ao filme, a maioria dos inquiridos *gostou muito* (83,7%) e apenas 1,3% não gostou. No que diz respeito aos diapositivos, novamente a maioria *gostou muito* (82,5%) e apenas 0,6% respondeu negativamente.

## Discussão

Na população estudada, cerca de 4% dos alunos referiram o uso de drogas ilícitas, resultado compatível com outras investigações nacionais realizadas em meio escolar (7,15). No entanto, uma taxa baixa de consumo entre os adolescentes, não significa que o uso de drogas não deva ser considerado uma questão importante. Saliente-se o facto de, a população alvo ser restrita, oriunda de um meio predominantemente rural, não incluindo os jovens que abandonaram o meio escolar. O haxixe constitui a única substância ilícita usada pelos alunos que integram esta população, 3,1% com um consumo esporádico e 1,2% com um consumo semanal, não sendo significativa a diferença entre sexos (4 do sexo masculino e 3

do sexo feminino). A maioria dos jovens inquiridos ainda não experimentou bebidas alcoólicas. Daqueles que já as experimentaram, a cerveja aparece em primeiro lugar, não sendo também significativa a diferença entre sexos. Estes resultados são sobreponíveis a outro estudo, comparável (7).

Este estudo poderá apresentar, no entanto, algumas limitações, pelo facto de se basear no auto-relato, que poderá estar sujeito a uma variedade potencial de distorções (lapsos de memória, respostas falsas, negação, etc.).

É vasta a literatura que refere a influência parental e do envolvente social nos comportamentos aditivos e um maior risco biológico, psicológico e comportamental (16,17,18).

Algumas investigações (19,20) têm demonstrado que a qualidade da relação do adolescente com os pais poderá influenciar a taxa de uso de drogas nos jovens.

Tentando relacionar hábitos de consumo e factores familiares, verificámos que, no nosso estudo, o consumo de tabaco pelos pais não influenciou o consumo do mesmo pelos filhos, o que se traduz na posição que estes últimos adoptam face à atitude dos pais fumarem. Cerca de metade dos inquiridos não estava de acordo com essa atitude, enquanto que, cerca de um quarto, tinha uma posição indiferente. A ausência de relação entre a prevalência de tabagismo nos pais e a presença filial deste hábito, é partilhada por outros estudos (21,22). Cerca de 30% dos adolescentes (a diferença entre sexos não foi significativa) já utilizaram o tabaco, valor próximo do verificado noutros estudos nacionais (22) e da média da União Europeia (23), daí a importância de manterem campanhas específicas para estes grupos. Por outro lado, a nicotina é considerada uma droga que causa dependência, com as mesmas características das outras drogas, pela Associação dos Psiquiatras Americanos desde 1980, pela Organização Mundial de Saúde desde 1992 e, em Inglaterra, pelo *Medical Research Council* desde 1994 (24).

Dos jovens que pertencem a famílias com *disfunção moderada ou acentuada*, cerca de metade já experimentou tabaco, enquanto que, aqueles que pertencem a famílias consideradas *altamente funcionais* apenas cerca de um quarto teve essa experiência. Esta diferença teve significado estatístico. ( $p = 0,0018$ ). Por outro lado, dos sete jovens que já experimentaram haxixe, seis pertenciam a famílias *altamente funcionais* e apenas um pertencia a uma família com *moderada disfunção*. No entanto, existem algumas limitações nestes resultados, dado que o APGAR familiar utilizado isoladamente, e avaliando o modo como o indivíduo sente a sua posição dentro da família, num dado momento da vida, estará influenciado pela visão do adolescente, podendo este valor ser diferente se for dado por outra pessoa da mesma família (11-14).

No que diz respeito ao envolvente social, salienta-se que, desta população adolescente, 40,7% tinha conhecimento de uso de drogas na aldeia, 16% nos vizinhos e que em 7,4% dos casos atingia a sua própria família.

Estudou-se, então, se o facto de conhecer alguém drogado e consumir tabaco, álcool ou haxixe eram ou não, variáveis independentes. No que diz respeito ao consumo de tabaco e de vinho, a independência foi rejeitada ( $p < 0,022$ ). Daqueles que já experimentaram tabaco,

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:53-70

a maior parte refere conhecer alguém drogado (76,6%), enquanto que, apenas cerca de um quarto, não conhece. Relativamente ao consumo de cerveja e de haxixe, não foi encontrada evidência estatística que permitisse rejeitar a hipótese de o consumo destas substâncias não estar relacionado com o facto de conhecer alguém drogado. Estes resultados são, em parte, partilhados por um estudo semelhante (7).

A avaliação da Acção de Educação para a Saúde mostrou resultados positivos. A alteração das respostas verificada nos questionários preenchidos, antes e após a Acção foi, globalmente, significativa. A Acção desenvolvida parece ter contribuído para a transformação dos conhecimentos explicitados nos questionários. A valorização destes resultados foi dificultada pela escassez de estudos de avaliação do impacto deste tipo de acções de Promoção de Saúde. No entanto, estes resultados deixam antever o potencial da introdução de programas deste tipo na promoção da saúde e na adopção de comportamentos saudáveis, em populações adolescentes.

## Comentário

O consumo de drogas, quer ilícitas, quer lícitas tem aumentado nos últimos anos, atingindo particularmente uma camada populacional vulnerável — os adolescentes (1,4,5,6,25). Será de reforçar a importância de efectuar estudos longitudinais, para caracterizar e poder prevenir se alguns distúrbios ou comportamentos aditivos na adolescência precoce serão transitórios ou precursores de outros comportamentos aditivos mais severos.

Os jovens inquiridos, situados na faixa etária dos 13 aos 14 anos, revelaram prevalências dos consumos de haxixe, tabaco e bebidas alcoólicas sobreponíveis a outros estudos nacionais (7,15, 22).

Traduzindo, provavelmente, os conhecimentos veiculados pela nossa sociedade, reconhecem as drogas ilícitas, desvalorizando as drogas lícitas, nomeadamente o álcool, que não identificaram como principal toxicodependência no nosso país. Por outro lado, apesar de a quase totalidade dos jovens ter conhecimento de que as drogas injectadas podem transmitir doenças infecciosas, referindo, a maioria das vezes, a SIDA, apresentaram um grande desconhecimento em relação à hepatite B, o que é preocupante.

Após a Acção de Educação promovida, verificou-se uma alteração significativa nos conhecimentos dos jovens. Os resultados obtidos nesta Acção de Promoção de Saúde e Prevenção da Toxicodependência, especialmente vocacionada para as escolas, sugerem que programas deste tipo deveriam ser introduzidos, visando sobretudo populações de risco (26).

A escola, como local de “aprendizagem”, é um local por excelência para intervenção a nível da Prevenção Primária, não devendo esta desenvolver-se unicamente no âmbito de uma investigação (8).

A escola deverá preparar os seus professores e estes, por sua vez deverão trabalhar em

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:53-70

conjunto com os pais e a comunidade para que os resultados possam ser mais eficazes. Esta estratégia poderá passar pela realização de Acções de Educação para a Saúde nas escolas e pela introdução de programas de promoção de saúde mais aprofundados nos curricula escolares.

Reconhecida na última década a responsabilidade do pediatra e do médico de Cuidados de Saúde Primários na problemática do álcool e de outras drogas, nas crianças, adolescentes e suas famílias, cabe-lhes uma identificação precoce, para um acompanhamento adequado deste tipo de situações. O técnico de saúde terá de passar, do papel rígido e autoritário, a elemento dialogante e catalítico, privilegiando o conhecimento, a actualização e a capacidade de comunicação (6,9).

### Agradecimentos

Agradeço a todos os que contribuíram para este estudo: Comissão Executiva, grupo de professores de Ciências Naturais e alunos do 8º ano da Escola C+S “A Ribeirinha” de Macieira.

Agradeço à equipa de saúde do Centro de Saúde de Modivas, em particular à enfermeira Vilas Boas, a disponibilidade e apoio prestados.

### BIBLIOGRAFIA

1. Bailey SL. Adolescents multisubstance use patterns. The role of alcohol and cigarret use. Am J Public Health 1992; 82 (9): 1220-4.
2. Melzer-Lange Marlene D. Violence and associated high-risk health behavior in adolescents. Pediatric Clinic North Am 1998; 45 (2): 307-317.
3. Frasilho MA. Consequências do uso de drogas na adolescência. Acta Méd. Port.1997; 12: 895-898.
4. Heyman RB, Adger H. Office aproach to dug abuse prevention. Pediatric Clinic North Am 1997; 44 (6): 1447-1455.
5. Werner MJ. Principles of brief intervention for adolescent alcohol, tabacco and other drug use. Pediatric Clinic North Am 1995; 42 (2): 335-349.
6. Fuller Paul G, Robert MC. Basic assesseand screenig for substance abuse in the pediatrician' s office. Pediatric Clinic North Am 1995; 42 (2): 295-307.
7. Negreiros J. Consumo de álcool e drogas nos jovens: estudo epidemiológico no Concelho de Matosinhos. Matosinhos: Contemporânea editora 1996.
8. Baptista MN. A prevenção das toxicodpendências- a importância da escola.. Colecção Educação Hoje, Texto editora 1995.
9. Frasilho MA, Marques AP. O papel da comunidade na prevenção primária das toxicodpendências. Rev. Port Saúde Públic. 1992: 47-54.
10. Gardet MJ, Marques FVS. Adolescentes escolarizados num meio rural- comportamentos e níveis de saúde. Rev. Port Saúde Públic. 1989, 3: 347-52.
11. Caeiro RT. Registos clínicos em Medicina Familiar. Ministério da saúde- Direcção Geral de Cuidados de Saúde Primários, 1ª ed. ,Lisboa, Édipo ed. Electrónica, 1991.
12. Smilkstein G, Montano D, Kuy Kendall, Aspy C. Três tipos de APGAR: suas correlações com as

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:53-70

respostas aos inquéritos sobre stress e satisfação. Rev Port Clin Geral 1989, 6(7): 210-214.

13. Agostinho M, Rebelo L. Família: do conceito aos meios de avaliação. Rev Port Clin Geral 1988, 32: 6-17
14. Sampaio D, Dantas AM. Alguns instrumentos para avaliação da família-sua aplicação em Clínica Geral e Medicina Familiar. Rev Port Clin Geral 1990, 7(7): 263-266.
15. Machado Rodrigues. Droga meio escolar: perfis regionais e risco . Lisboa: Gabinete de Planeamento e Combate à Droga, 1994.
16. Johnson JL, Leff M. Children of substance abusers: overview of research findings. Pediatrics 1999; 103: 1085-1098.
17. Semlitz L, Gold MS. Adolescent drug abuse diagnosis, treatment and prevention. Psychol Clinic North Am. 1986; 9: 455-473.
18. Smart RG, Fejer D. Drug use among adolescents and their parents: closing the generation gap in mood modification. J Abnorm Psychol. 1972; 79: 153-160.
19. Selnow G. Parent-child relationships and single and Two-parents families: implications for substance usage. J Drug Education, 1987, 17: 315-326.
20. Werner MJ, Joffe A, Graham A. V. Screening, early identification and office-based intervention with children and youth living in substance-abusing families. Pediatrics 1999; 103: 1099-1112.
21. Jiménez FJG, Porcel AJ, Gochicoa BN, Jinénez JA, Lezcano AR. Consumo de tabaco entre escolares de E.G.B. y sua relación con el entorno. An. Esp Pediatr 1999; 50 (5): 451-454.
22. Luís HHM. Estudo dos hábitos tabágicos em adolescentes escolarizados. Rev. Port Saúde Públic. 1988, 6: 49-54.
23. Joossens L, Naett C, Howie P. e col. Tabaco e Saúde na União Europeia, uma síntese. Lisboa: Conselho de prevenção do tabagismo, 1994.
24. Kessler DA, Barnett PS, Witt A e col. The legal and scientific basis for FDA's assertion of jurisdiction over cigarettes and smokless tobacco. JAMA 1997; 277: 405-409.
25. Costa TD, Losa N. Adolescentes e toxicodependência: uma experiência de prevenção primária. Rev Port Clin Geral 1991; 8: 99-101.
26. Negreiros JC. Atitudes e consumo de tabaco, álcool e droga: Implicações para a prevenção. Cadernos de consulta psicológica. 1986; 2: 89-95.

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:53-70

**Correspondência:**

Sandra Maria Moreira Ramos  
 Serviço de Pediatria  
 Hospital Geral de Santo António  
 Largo Prof. Abel Salazar  
 4050 Porto

**I — O JOVEM E AS TOXICODPENDÊNCIAS**

1 — **Sexo:** Masculino  Feminino

2 — **Idade:** \_\_\_\_\_ anos

3 — É a primeira vez que frequentas o 8º ano?  
Sim  Não

Responde às seguintes perguntas assinalando com uma cruz:

4 — A característica comum a todas as drogas é a de se tornarem o centro da vida das pessoas?  
Sim  Não  Não sei

5 — Das substâncias que se seguem, assinala as que consideras drogas:

- |                                 |                                       |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> vinho  | <input type="checkbox"/> cocaína      |
| <input type="checkbox"/> haxixe | <input type="checkbox"/> medicamentos |
| <input type="checkbox"/> tabaco | <input type="checkbox"/> cerveja      |
| <input type="checkbox"/> café   | <input type="checkbox"/> heroína      |

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:53-70

6 — Já alguma vez experimentaste alguma das substâncias acima indicadas?

Indica quais e com que periodicidade (consumo diário (D), semanal (S) ou ocasional (O))

Substância: \_\_\_\_\_ Periodicidade: \_\_\_\_\_

Substância: \_\_\_\_\_ Periodicidade: \_\_\_\_\_

Substância: \_\_\_\_\_ Periodicidade: \_\_\_\_\_

Substância: \_\_\_\_\_ Periodicidade: \_\_\_\_\_

Substância: \_\_\_\_\_ Periodicidade: \_\_\_\_\_

7 — Na tua opinião, não deveria ser permitido fumar : (assinala uma ou várias hipóteses)

a) em recintos fechados

b) nos transportes públicos

c) na escola

d) dentro de casa

8 — Os teus pais fumam?    Pai             Sim             Não   
   Mãe             Sim             Não

8.1 — No caso de fumarem, concordas com essa atitude?  
   Sim             Não             Indiferente

9 — O alcoolismo é a principal toxicoddependência em Portugal?  
   Sim             Não             Não sei

10 — Conheces alguém que seja "drogado"?  
 Na tua família                             Outros  
 Na tua vizinhança                         Não conheço  
 Na tua aldeia

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:53-70

11 — Sentes curiosidade em experimentar as "drogas"?  
   Sim             Não

12 — Que ideia tens da droga?  
 Pode ser uma experiência alucinante  
 Traz muito sofrimento  
 É uma fuga à realidade

13 — Quando tens um problema, quem procuras em primeiro lugar?  
 Amigos                                         Professores  
 Pais     Outros  
 Médico de família

14 — Com quem já falaste sobre droga?  
 Amigos                                         Professores  
 Pais     Outros  
 Médico de família                             Ninguém



15 — Que meios de informação procuras para responder aos teus problemas ?

- Televisão/Vídeo       Computador  
 Revistas e jornais       Actividades escolares  
 Livros

16 — Já alguma vez os teus professores te falaram sobre o tema da toxicodpendência/droga?

Sim       Não

17 — As drogas injectadas podem transmitir doenças infecciosas?

Sim       Não

18 — Que doenças?

- SIDA  
 Cancro  
 Hepatite B  
 Tuberculose

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:53-70

19 — Para cada uma das seguintes frases assinala uma das opções:

	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
Estou muito satisfeito com a ajuda que recebo da minha família sempre que alguma coisa me preocupa.			
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.			
Acho que a minha família concorda com o meu desejo de iniciar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.			
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos.			
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.			

## II — O JOVEM E AS TOXICODependências

1 — **Sexo:** Masculino  Feminino

2 — **Idade:** \_\_\_\_\_ anos

3 — É a primeira vez que frequentas o 8º ano?

Sim  Não

Responde às seguintes perguntas assinalando com uma cruz:

4 — A característica comum a todas as drogas é a de se tornarem o centro da vida das pessoas?

Sim  Não  Não sei

5 — Das substâncias que se seguem, assinala as que consideras drogas:

<input type="checkbox"/> vinho	<input type="checkbox"/> cocaína
<input type="checkbox"/> haxixe	<input type="checkbox"/> medicamentos
<input type="checkbox"/> tabaco	<input type="checkbox"/> cerveja
<input type="checkbox"/> café	<input type="checkbox"/> heroína

6 — O alcoolismo é a principal toxicoddependência em Portugal?

Sim  Não  Não sei

7 — As drogas injectadas podem transmitir doenças infecciosas ?

Sim  Não

8 — Que doenças?

<input type="checkbox"/> SIDA	<input type="checkbox"/> Hepatite B
<input type="checkbox"/> Cancro	<input type="checkbox"/> Tuberculose

9 — Gostaste do filme que foi apresentado?

Muito  Pouco  Nada

10 — Gostaste dos slides que foram apresentados?

Muito  Pouco  Nada

11 — Que outros temas gostarias que fossem apresentados?

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:53-70



## *Variantes do normal em Ortopédia*

### **FOSSETA SACRO-COCCÍGEA**

Não tem qualquer significado clínico se se visualizar o seu fundo de saco com pele normal. Mas se associada localmente a tumorações, pêlos grossos, máculas, ou a défice neurológico assimétrico dos membros inferiores, especialmente pé cavum assimétrico, poderá ter significado relevante. Deverão valorizar-se todas as alterações atrás referidas quando localizadas na linha média e em qualquer nível, pois poderão ser manifestações de Disrafismo Espinhal Oculto.

### **HIPERLORDOSE LOMBAR**

Em geral, o aumento da curvatura da coluna na posição antero-posterior a nível lombar (lordose) é postural; trata-se duma curvatura funcional, que não dá sintomas e que se desfaz na flexão anterior; não será de valorizar na ausência de qualquer desvio do alinhamento da coluna. Ao invés, *o exagero da cifose torácica, e se rígida é em geral patológica.*

### **SINDROMA DE HIPERMIBILIDADE ARTICULAR (SHMA)**

Alguns indivíduos têm uma maior amplitude dos movimentos articulares, representando a variação extrema da normal mobilidade articular (maior elasticidade/laxidão capsular e dos tendões), secundária a uma maior fragilidade do tecido colagénio.

Para se estabelecer um diagnóstico SHMA são necessário pelo menos 3 dos seguintes critérios clínicos:

- 1 — oposição passiva do polegar à face de flexão do antebraço;
- 2 — extensão dos dedos das mãos de forma a ficarem paralelas à face de extensão do antebraço;
- 3 — extensão dos cotovelos de mais de 10° para além dos 180°;
- 4 — extensão dos joelhos de mais de 10° para além dos 180° (*genum recurvatum*);
- 5 — flexão do tronco de modo a bater com as palmas das mãos no chão sem dobrar os joelhos.

Nos casos patológicos, o SHM poderá associar-se a:

- hiper mobilidade da rótula
- entorses recorrentes
- artralguas recorrentes das articulações de carga
- prolapso da válvula mitral

- varizes, etc.

A normal maior elasticidade dos tecidos jovens, justifica que 12% ou mais das crianças, especialmente do sexo feminino, possam cumprir critérios do SHMA.

Algumas destas crianças queixam-se episodicamente de dores articulares, podendo mesmo fazer artrites (não-inflamatórias), especialmente nas articulações de carga (joelhos e/ou tornozelos). Noutras, esta hipermobilidade está associada a um atraso no início da marcha, mas de bom prognóstico.

É frequente uma história idêntica num dos pais. Na larga maioria dos casos resolve com a idade.

### **PÉ PLANO FLEXÍVEL (PÉ PLANO LAXO INFANTIL)**

Resulta da natural hiperlaxidão articular próprio das crianças mais jovens, e que naturalmente se manifesta no pé em carga.

Em regra corrige espontaneamente. Os raros casos em que isso não acontece até ao fim do crescimento, associam-se geralmente a uma morfologia familiar semelhante. Na sua evolução não tem qualquer influência o uso de palmilhas ou de botas ortopédicas. A demonstração da maior mobilidade também de outras articulações e a existência da arcada plantar no pé não em carga, sossegará os pais.

### **DESVIOS AXIAIS DOS MEMBROS INFERIORES (na linha axial)**

1. *Genu varum*: os joelhos afastam-se um do outro na linha média, ficando os tornozelos juntos;
2. *Genu valgum*: os joelhos estão unidos, mas os tornozelos afastam-se.

Ambos representam fases do crescimento dos membros inferiores, passando, na mesma criança, dum varismo nos dois primeiros anos de vida, para depois adoptar um desvio em valg, e, finalmente, normalizar por volta dos 5 a 6 anos de idade.

*Justificação referência a uma consulta de Ortopedia Infantil:*

- *assimetrias no exame clínico (mas não as assimetrias isoladas da marcha)*
- *desvios muito acentuado em contexto de situações patológicas (raquitismo ou displasia óssea)*
- *persistência para além das fases etárias atrás referidas.*

### **DESVIOS ROTACIONAIS DOS MEMBROS INFERIORES**

Podem localizar-se a qualquer nível, desde a anca aos dedos do pé, e podem ser rotações internas ou externas:

1. **Desvios rotacionais** internos: na marcha o mais notório é a convergência dos pés; observando a posição das rótulas, constata-se duas hipóteses:
  - 1.1. As rótulas estão ambas rodadas para dentro (“estrabismo convergente das rótu-

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:71-74

las”) o que sugere de imediato tratar-se dum desvio rotacional a nível da anca (anteversão do colo do fémur); neste caso, na observação da criança, em decúbito dorsal com as ancas e os joelhos em extensão, segurando-se nos pés e fazendo rodar os membros para dentro, constata-se uma grande amplitude na rotação interna a nível da anca (“as rótulas ficam a olhar uma para a outra”) e uma muito pequena amplitude na rotação externa.

A *anteversão do colo do fémur* (projecção anterior do colo fémur) representa um exagero da normal anteversão do colo do fémur nas crianças; em regra corrige espontaneamente até ao fim do crescimento; alguns casos têm uma base genética, com história familiar num dos pais; os casos familiares não têm tendência a corrigir; são muito raros os casos que exigem tratamento (que será cirúrgico).

*Justificam referência:*

- *casos familiares com rotação interna acentuada*
- *persistência aos 10-12 anos de idade*

1.2. As rótulas apontam para a frente: nesta situação a torsão é a jusante do joelho, isto é, a nível da tibia.

A torsão interna da tibia representa uma variante do normal, muito frequente nos primeiros dois anos de vida, provavelmente resultante da posição *in útero*. É habitualmente notada no 2º ano de vida, sobretudo quando a criança começa a marcha. Em regra tem resolução espontânea antes da idade escolar.

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:71-74

*Justificam referência:*

- *assimetrias marcadas no exame clínico (mas não as assimetrias isoladas da marcha)*
- *não-resolução até à idade escolar.*

## 2. Rotações externas:

2.1. *Rotação externa das ancas*: no início da marcha é fisiológica uma rotação externa da anca, devido à manutenção da posição uterina mas também de forma a alargar a base de sustentação e daí aumentar o equilíbrio; assim, na fase de início da marcha, é muito frequente o desvio divergente dos pés (e consequentemente dos joelhos); tem resolução espontânea até aos 2 anos de idade.

2.2. *Torsão externa da tibia*: a tibia apresenta normalmente uma ligeira torção externa ao longo do seu eixo; nalgumas crianças saudáveis, poderá observar-se um exagero dessa torção externa (ou, pelo contrário, uma diminuição dessa torção como descrita atrás). Observando as rótulas, estas estão viradas para a frente e os pés desviados para fora. No caso de exagero da torsão externa, ocorrerá um desvio divergente dos pés, com marcha à “Charlot”. A maioria dos casos são bem toleradas, podendo ser uma característica familiar.

*Justificam referência:*

- *assimetrias notórias do exame físico*
- *perturbações grosseiras da marcha*
- *existência de patologia associada*

### **PÉ OU METATARSO ADUCTO**

Apenas a parte anterior do pé está rodada para dentro. Nota-se logo ao nascimento e poderá ser bilateral ou unilateral. Em geral resulta numa posição viciosa *in útero*. Existem duas formas: a) forma flexível (cerca de 90% dos casos) com resolução espontânea; bastará indicar alguns exercícios de manipulação do pé antes de cada muda de fraldas; b) forma rígida que justifica sempre consulta de Ortopedia infantil.

### **PÉ CALCÂNEO-VALGO OU TALUS VALGUS**

Também se observa logo ao nascimento. O pé está em dorsiflexão, podendo mesmo haver contacto do dorso do pé com a região antero-externa da perna. O calcanhar fica numa posição mais baixa que o restante pé. Resulta de posição viciosa durante a vida fetal, por exemplo secundário a oligoâmnios. É frequente associar-se com luxação congénita da anca (que deverá ser sempre pesquisada). Em regra trata-se numa posição flexível e que tem bom prognóstico com resolução em poucas semanas, bastando para isso, o estiramento e a mobilização passiva e repetida do pé.

*Justifica referência:*

- *posição fixas do pé (posturas não desfeitas com a mobilização passiva)*
- *persistência desta postura alguns meses depois*

### **ASSIMETRIAS ROTACIONAIS DURANTE A MARCHA**

Em termos gerais as assimetrias rotacionais devem ser confirmadas no exame clínico. As assimetrias observadas apenas durante a marcha, principalmente nos primeiros anos de vida, estão em regra ligadas a questões de controle e não a torções esqueléticas, pelo que têm pouco significado clínico.

### **MARCHA EM PONTAS DOS PÉS (Digitígrados)**

Não tem significado patológico até aos 3 anos de idade, caso o exame neurológico e ortopédico sejam normais. Os diagnósticos diferenciais são a diplegia espástica (paralisia cerebral) e o encurtamento do tendão de Aquiles.

**Manuel Salgado, Jorge Seabra**

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:71-74



## SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO

Egas Moura<sup>1</sup>, Maria José Oliveira<sup>1</sup>, Margarida Guedes<sup>2</sup>, António Machado<sup>2</sup>

### RESUMO

O Síndrome de Munchausen por procuração (em inglês syndrome Munchausen by proxy — SMBP), é uma forma de maus tratos infantis, em que um parente (habitualmente a mãe), provoca doença na criança.

Os maus tratos infantis e SMBP devem fazer parte do diagnóstico diferencial, perante um quadro clínico atípico ou quando não respeita uma lógica diagnóstica.

As consequências do SMBP são psicológicas, físicas e atingem toda a família.

Este artigo descreve a experiência de uma criança, vítima das agressões “maternas” e da subsequente investigação clínica.

**Palavras-chave:** Síndrome de Munchausen por procuração, maus tratos infantis.

### SUMMARY

Munchausen by proxy syndrome (MBPS), is a form of child abuse in which a relative (usually the mother) fabricates or produces illness in a child.

This article describes one victim’s childhood experience, the child suffers from the mother’s action and was subjected to significant morbidity due to extensive medical diagnostic procedures.

Child maltreatment and MBPS needs to be part of the differential diagnosis when the clinical picture is atypical or does not appear medically plausible.

The consequences of MBPS are psychological, physical and impact the entire family.

**Keywords:** Munchausen by proxy syndrome, child maltreatment.

---

1 Interno de Pediatria

2 Assistente Graduado de Pediatria — Hospital Geral de Santo António

## Introdução

Karl Frederick Von Munchausen barão germânico do século XVIII, tornou-se conhecido pelas histórias acerca dos seus pretensos actos heróicos (1) .

O termo Síndrome de Munchausen foi utilizado pela primeira vez em 1951, por Richard Asher, para caracterizar pacientes que induziam doença em si próprios e se sujeitavam a práticas médicas desagradáveis e potencialmente perigosas (2).

Em 1977, o pediatra inglês Meadow institui a designação de Síndrome de Munchausen by proxy (SMBP) ou por procuração em português, para descrever vários doentes cuja sintomatologia era provocada ou inventada pelas mães. (3)

Hoje o Síndrome de Munchausen é uma doença psiquiátrica reconhecida e descrita pela Associação Americana de Psiquiatria como “(...) produção intencional de sintomas.” (4) .

As vítimas do SMBP, são normalmente crianças e o perpetrador, habitualmente a mãe, integrada numa família disfuncional (marido ausente ou com conflitos matrimoniais) e motivada pelo ganho emocional que obtém com a maior atenção do pessoal de saúde(5). O comportamento destas mães inicialmente calmo e cooperante, tentando ganhar a confiança da equipa médica, apesar da “doença” do filho. Podem não apresentar, numa fase inicial, qualquer estigma de doença psiquiátrica, o que se revela mais tarde. Os irmãos destas crianças podem sofrer situações similares (doenças raras ou achados inexplicáveis), eventualmente fatais.

Quando as vítimas são hospitalizadas podem ser submetidas a múltiplos e por vezes agressivos exames auxiliares de diagnóstico que invariavelmente dão resultados negativos ou que dificultam mais o diagnóstico. Se a vítima e o agressor são separados, o quadro clínico desaparece(6).

Quando confrontado o agressor caracteristicamente nega qualquer envolvimento(7).

A morbilidade a longo prazo nestas crianças ocorre em 10% dos casos e inclui alterações dos hábitos alimentares (anorexia nervosa/bulimia), problemas comportamentais, patologia psiquiátrica incluindo Síndrome de Munchausen.

Em 10% destes casos regista-se a morte destas crianças, vítimas da sua “doença”.

Esta é uma forma de maus tratos infantis que se pode revestir de várias formas de abuso físico ou emocional (8).

## Caso clínico

Recém-nascido de sexo masculino, nascido em 15/12/94, natural de Amarante e de etnia caucasiana. Nasceu após gestação de 38 semanas, sem intercorrências conhecidas; parto distócico por cesariana, no Hospital de Amarante; peso ao nascer de 3050 gramas e Apgar 7/8.

Antecedentes familiares relatados: mãe de 26 anos, saudável, V Gesta/IV Para; dois nado-mortos; um abortamento espontâneo; irmã de 4 anos, saudável. Sem doenças familiares conhecidas.

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:75-81



Ao quarto dia de vida, observado no serviço de urgência local por hemorragia digestiva alta. Faz lavagem gástrica, vitamina K (1 mg) e é transferido para o HGSA. Evolução favorável no internamento, sem outras manifestações hemorrágicas. Detectada úlcera mamária na mãe e colocada hipótese de vômito de sangue deglutido.

Ao 31º dia de vida é novamente transferido para o HGSA, mantinha um exame objectivo normal, com boa evolução estado-ponderal. Foram colocadas as hipóteses de doença hemorrágica do RN (tardia) ou esofagite de refluxo.

Do estudo efectuado (hemograma, bioquímica, estudo da coagulação, radiografia gastroduodenal e endoscopia digestiva alta) apenas se verificou aumento do tempo de protrombina.

Tem alta com o diagnóstico provável de doença hemorrágica do RN (a ponderar repetir estudo da coagulação).

Com 1 mês e 20 dias é trazido novamente ao SU do HGSA, por nova hematemese no domicílio. É feita lavagem gástrica, constatando-se ausência de sangue no líquido de lavagem. Tem alta.

Aos 2 meses recorre novamente ao SU do HGSA por repetição de episódio de hematemeses. Nesta altura é transferido para o Hospital Maria Pia, para observação por Gastroenterologia Pediátrica. Teve alta 1 semana depois sem se ter demonstrado qualquer alteração nos exames efectuados.

Aos 2,5 meses por novo episódio de hematemeses no domicílio é reinternado no HGSA.

Pesa nesta altura 5850 gramas e parece ter diminuição do apetite. Não tem perdas visíveis de sangue, mas a pesquisa de sangue oculto nas fezes é positiva.

São colocadas como hipóteses de diagnóstico um défice de factor XIII, alteração da morfologia plaquetária ou lesão sangrante do foro otorrinolaringológico.

Realiza estudo da coagulação, estudo da morfologia plaquetária e rinolaringoscopia: normais. Mais uma vez não houve registo de episódios hemorrágicos durante este internamento e é programada cintigrafia para pesquisa de local de hemorragia, se novo episódio de hematemeses.

Estas vêm a surgir novamente aos 5,5 meses de idade, realizando cintigrafia com glóbulos rubros marcados com Tc e angiografia com radionucleotídeos, que foram normais.

O 6º internamento ocorre aos 7 meses, apresentando-se pela primeira vez irritável e com recusa alimentar. A endoscopia digestiva alta revela mucosa gástrica hemorrágica, petequial com múltiplas lesões, compatível com gastrite hemorrágica. As hipóteses de ingestão cáustica ou medicamentosa são afastadas pela clínica e considerada a hipótese de doença de von Willebrand. É medicado com cimetidina e sucralfato.

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:75-81

Aos 8 meses, com novo internamento por hematemeses, tem pela primeira vez, episódios de vômitos com sangue vermelho vivo, na enfermaria. Repete endoscopia digestiva alta que revela, gastrite hemorrágica e úlcera da transição crico-faríngea/hipofaringe com 10 mm.

Exame histológico da lesão: esofagite crónica em actividade, provavelmente associada a úlcera do esófago.

Observado por ORL: deposição de tecido linfóide na região da parede lateral direita, úlcera na carada da parede posterior da orofaringe e úlcera na região do triângulo retromalar esquerdo.

Numa tentativa de explicação para a presença destas úlceras pensou-se numa patologia congénita malformativa, nomeadamente fístula traqueo-esofágico, tendo-se programada TAC cervical que se veio a revelar normal.

Aos 9,5 meses apresenta novo episódio de hematemeses e recorre ao HGSA.

Pesa 8.890 gramas, alimenta-se mal e chora com ingestão de comida.

Realiza Phmetria, que mostra ligeiro refluxo gastro-esofágico.

Em resumo: lactente de 11 meses, com hematemeses desde o nascimento. Gastrite hemorrágica, úlcera esofágica superior e da cavidade oral, não explicadas por doenças orgânicas conhecidas.

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:75-81

Face à presunção de que a mãe, durante os internamentos, não revelava com inteira verdade a história familiar, foi convocado o pai, até aí ausente.

Fomos então informados de que os outros três filhos eram de ligações prévias da mãe, tendo o pai indicado que a primeira filha teria falecido com 4 meses, no Hospital de S. João por problemas cardíacos e a segunda também teria falecido aos 3 anos, no Hospital Maria Pia, pelas mesmas razões (anteriormente seguida em consulta externa por “epilepsia”). A terceira filha encontrar-se-ia sob os cuidados da madrinha.

Com a colaboração da técnica de Serviço Social, concluiu-se a informação familiar, tendo surgido novos e relevantes dados:

- História familiar muito complexa.
- Duas primeiras filhas falecidas no domicílio, em condições mal esclarecidas, desconhecendo-se se houve autópsia.
- Irmã aos cuidados da madrinha por ordem judicial, por maus tratos infligidos pela mãe e pelo actual companheiro (pai da criança em estudo).

Diagnóstico provável: Síndrome de Munchausen por procuração, tendo as hematemeses sido provocadas por provável ingestão de substâncias tóxicas e/ou acção de objecto contundente na mucosa oral.

Comunicado ao Tribunal de Menores, sendo entregue à tutela do Hospital e a mãe detida posteriormente. Em Abril/96, orientado para família de acolhimento. Nunca mais teve epi-

sódios de hematemeses. Observado aos 3 anos na Consulta Externa: desenvolvimento psicomotor adequado; sem qualquer referência a novo episódio hemorrágico.

Diagnóstico final: Síndrome de Munchausen por procuração.

## Discussão

Parafrazeando a expressão popular, poderemos dizer que de “médico e de detective todos temos um pouco”, mas neste caso clínico a veia de detective surgiu um pouco tardiamente. Na realidade foram necessários oito internamentos (correspondendo a 103 dias), realizar quatro endoscopias digestivas altas e mais um sem número de exames analíticos e imagiológicos para se concluir que não seria uma causa orgânica a responsável pelas recorrências de hematemeses, mas sim um factor externo. Inicialmente as hematemeses foram consideradas como possível manifestações da doença hemorrágica tardia do recém-nascido e posteriormente outras alterações hematológicas foram invocadas tais como défice de factor XIII, alterações qualitativas plaquetárias ou doença de Von Willebrand. E mesmo perante a gastrite hemorrágica e as úlceras da orofaringe outras hipóteses que não a de um agente exterior foram consideradas, nomeadamente patologia congénita malformativa.

A figura humilde da mãe, sempre atenta e preocupada fez com que a hipótese de Síndrome de Munchausen por procuração só fosse colocada numa fase tardia, quando todas as outras soluções diagnósticas foram esgotadas. Aliás colocar esta última hipótese de diagnóstico foi angustiante, como se fosse uma espécie de traição à confiança que a mãe depositava na equipa médica.

Tornou-se no entanto evidente e surpreendente como ao fim desses meses ainda se desconheciam muitos dos antecedentes familiares desta criança, dado nunca ter havido outro familiar a acompanhar a criança.

Entretanto a evolução do quadro foi muito rápida quando se detectou a complexa situação familiar.

## Comentário final

Este caso clínico parece satisfazer grande número das premissas instituídas. É um diagnóstico (de exclusão) sempre difícil, estando provavelmente subvalorizado nas estatísticas (10).

É necessário eliminar todas as outras hipóteses diagnósticas possíveis e isso requer um longo período de observação, durante o qual o pessoal de saúde perpetua involuntariamente o mito de que a criança se encontra doente, submetendo-a a uma série de exames desnecessários.

O SMBP pode implicar consequências graves para a criança. O impacto é psicológico e físico, quer a curto como a longo prazo. (1)

Foram descritos casos em que as crianças desenvolveram alterações esqueléticas, amauro-

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:75-81

se e foram submetidas a múltiplas intervenções cirúrgicas.

A taxa de mortalidade é importante e situa-se nos 10%.

Estas crianças podem desenvolver mecanismos em que para obterem o amor parental podem auto-induzir doença, julgando assim escapar ao abandono. Usam a doença como uma forma de expressão/comunicação, tornando-se no futuro doentes com Síndrome de Munchausen.

Estas crianças podem apresentar como sequelas as seguintes características:

- Hiperreactividade
- Crises de ansiedade
- Sensação de abandono

Por fim e não menos importante o absentismo escolar induzido por esta situação, provoca o insucesso escolar e uma diminuição significativa na capacidade de interação social com os seus companheiros, excluindo-os da sociedade.

**As premissas para o diagnóstico de SMBP são as seguintes:**

- Crianças com um ou mais problemas médicos que não respondem ao tratamento ou que têm uma evolução anormal, persistente e inexplicável.
- Achados físicos ou laboratoriais altamente invulgares, discrepantes com a história ou física ou clinicamente impossíveis.
- Um dos pais, normalmente a mãe, que parece ter conhecimentos médicos exagerados e/ou fascinada com detalhes médicos e com o ambiente hospitalar, exprimindo interesse nos detalhes dos problemas de outros doentes.
- Um pai/mãe, altamente atento, relutante em abandonar e que requer ele próprio atenção permanente.
- Um pai/mãe, que parece ser invulgarmente calmo em face de grandes dificuldades no diagnóstico e evolução clínica da criança enquanto permanece altamente confiante na competência da equipa médica ou então que está zangado desvalorizando a equipa, requer maior intervenção, mais exames diagnósticos, segundas opiniões e transferência para unidades mais diferenciadas.
- O pai/mãe pode ser um profissional da área de Saúde ou manifestar interesse no emprego relacionado com a Saúde.
- Os sinais e sintomas da criança não ocorrem na ausência do agressor.
- História familiar de doença semelhante nos irmãos ou doença/morte inexplicada nos irmãos.
- Um pai/mãe com sintomas semelhantes aos do filho ou história de doenças que são confusas e invulgares.
- Um pai/mãe com relação emocional distante com o cônjuge, o qual normalmente

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:75-81

não visita o filho e tem pouco contacto com os médicos mesmo quando a criança tem doença grave.

- Um pai/mãe, que descreve acontecimentos dramáticos tais como incêndios, roubos, acidentes de viação que o afectaram e à sua família enquanto a sua criança está doente.
- Um pai/mãe, que parece ter uma necessidade insaciável de adulação.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Karlin NJ. Munchausen Syndrome by proxy, described. Dartmouth Medical School – Class of 1996.
2. Asher R. Munchausen's syndrome. Lancet, 1951;i:339-341.
3. Meadow R. Munchausen syndrome by proxy.; the Hinterland of child abuse. Lancet, 1977;ii:343-345.
4. American Psychiatric Association: diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994.
5. Schreier HA, Libow JA. Hurting for love: Munchausen by proxy Syndrome. New york, NY Guilford Press; 1993.
6. "Munchausen Syndrome by proxy". Pediatrics in Review 1994. Vol. 15; Nº 8.
7. Morley CJ. Practical concerns about diagnosis of Munchausen Syndrome by proxy. Arch. Dis. Child. 1995;72:528-538.
8. Meadow R et al. Procedures, placement and non-accidental poisoning and non-accidental suffocation. Arch. Dis. Child. 1998;78:217-221.
9. Artingstall Kathryn A. "Munchausen Syndrome by proxy" Federal Bureau of Investigation Law Enforcement Bulletin, August, 1995.
10. Post JC, Szeremek W et al. Munchausen syndrome by proxy complicating ear surgery. Arch Otolaryngol Head / Neck Surg 1996 (122):1377-1380.

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:75-81

Correspondência: Egas Moura  
Hospital Geral de Santo António  
Serviço de Pediatria  
Largo Professor Abel Salazar, 2  
4000 Porto  
egasmoura@mail.telepac.pt

## O LOGOTIPO

O Ministério da Saúde adoptou mais um logotipo para a capa do programa Saúde XXI. Em contraste com o do MS, este logotipo só tem crianças — três meninos-padrão dum lado e três meninas-modelo do outro brincam na praia, a puxar a corda... a corda é um brinquedo da “Kiko”.

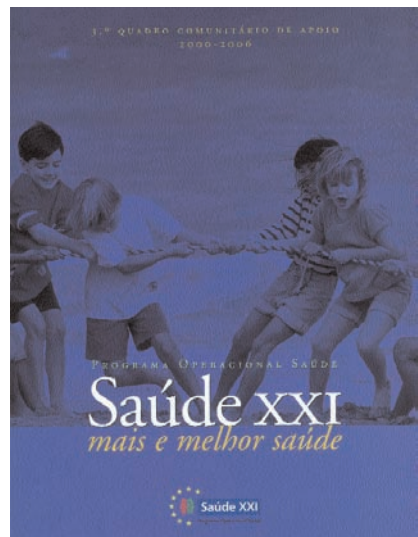
O tom roxo-nebuloso da composição neutraliza a cor de rosa.

Não parecem esforçar-se muito, que a roupinha de marca não está amarrotada; apenas o suficiente para parecer bem na imagem, o que parece deixá-los satisfeitos.

Desse esforço nada resultará; nenhum grupo parece querer mover o outro. É tudo a fingir, pelo que tudo ficará na mesma, excepto a areia da praia, revolvida.

Nada que o mar não apague, na próxima maré.

H. Carmona da Mota



*saúde  
infantil*

2000; 22/2:82

PS. A encadernação é estupenda, o papel, não-reciclado, magnífico e a impressão gráfica é ótima; a outra, não é tão boa.

Há quem lembre as degradadas condições de trabalho e a frequente falta de material corrente; há quem recorde os milhões de contos de défice do MS. Esquecem que a saúde não tem preço.

A redacção é cuidada embora se note que o tradutor não vive em Portugal.

## Um caso inesquecível



### *Massa axilar de aparecimento súbito numa puerpera*

Era uma tarde de Verão, “tolerância de ponto”, para alguns. Nos Cuidados Intensivos, estava eu na sala de recém-nascidos, quando uma Sra. Enfermeira me chamou e disse:

— Dra., tem que ir ver o que a mãe do J.P. tem na axila!

O J.P. era um pequeno recém-nascido com 72 horas de vida, que tinha sido internado por dificuldade respiratória de aparecimento precoce após o parto e ainda a necessitar de ventilação mecânica.

A senhora aproximou-se sorridente, aparentemente despreocupada. Estava acompanhada pelo marido e excepcionalmente pela filha, uma rapariga já crescida.

Devolvi-lhe o sorriso

— O que é que a senhora tem?

— Dra., de ontem para hoje apareceu-me isto — e assinalou uma tumoração arredondada na axila direita, do tamanho de uma bola de ping-pong, sem sinais inflamatórios nem outras particularidades — “Só dei conta hoje de manhã”.

À palpação parecia ter um conglomerado de pequenas formações nodulares, não-móvel, de localização subcutânea.

— Dói?

— Sim, um bocadinho. E do outro lado parece-me que também está a crescer.

Não tinha outras adenopatias cervicais ou supraclaviculares e na axila esquerda tinha uma formação do tamanho de um feijão, nada comparável à direita. Inspeccionei o braço e a mão.

— Não tem nenhuma ferida? Não foi picada por nenhum insecto? Não teve febre? E no peito, não tem nenhuma inflamação?

— Não, isso não. O que tenho é um “quisto” que andei a ver há já algum tempo, mas não era de preocupar...

Teria que acreditar. Com os pais dos outros recém-nascidos presentes não era correcto continuar com a exploração. Estava a ficar intrigada e um pouco preocupada com o significado daquela massa. Decidi enviar a mãe do J.P. à Urgência de Obstetrícia. Tratava-se de uma puerpera e eu não podia excluir que a tumoração tivesse alguma relação com o seio. Entreguei-lhe a carta e lá foi ela com um ar mais grave, com o resto da família, a caminho da Maternidade.

A seguir, tive que atender a empregada de limpeza que pensava que a morte a rondava... deitada numa cama no corredor, taquicárdica, pálida, com suores frios e sensação de dispneia. Afinal não foi mais que uma intoxicação por café! Entre passar revista aos doentes e fazer um electrocardiograma à senhora, o tempo foi passando e a mãe do J.P. voltou novamente com um sorriso nos lábios.

— E então?

— Disseram-me que é mama! Que tenho tecido como o das mamas nas axilas, que ponha gelo e Hirudoid®.

Fiquei deliciada com o diagnóstico. Agora encaixava tudo: o aparecimento súbito, com ausência de foco infeccioso ou de adenopatias em outras localizações, a possibilidade de ser bilateral e a sequência temporal em relação com o parto. Era a “subida do leite” para uma mama acessória! Só faltava que tivesse um mamilo visível, mas já era pedir demais.

— Mas a senhora já teve outro filho! Também ficou assim?

— Sim, foi a mesma coisa. Já foi há catorze anos e na verdade já nem me lembrava.

— E o que foi que lhe disseram na altura?

— Quiseram “abrir-me”, mas como passou sozinho... eu fiquei sem saber o que foi.

*saúde infantil*

2000; 22/2:83-85

## Comentários

As glândulas mamárias são consideradas glândulas sudoríparas muito modificadas e, como tais, são basicamente invaginações da ectoderme, que formam canais e alvéolos sustentados por um tecido conectivo vascularizado derivado do mesenquima.

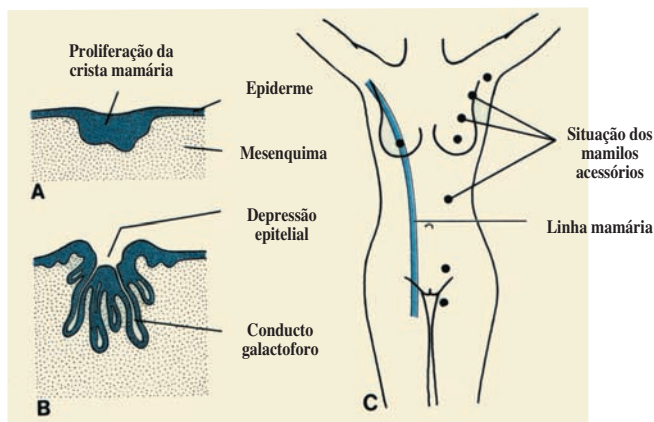


Fig. A e B: Cortes da glândula mamária em desenvolvimento no terceiro e oitavo mês de gestação. C: Localização dos mamilos supranumerários ou acessórios; em azul, a linha mamária. (Adaptado de: Sadler T.W. Sistema tegumentario. Langman, Embriologia Médica)

dos por um tecido conectivo vascularizado derivado do mesenquima.

A primeira manifestação das glândulas mamárias são duas bandas da ectoderme engrossado que, no embrião de sete semanas, se estendem desde a axila até ligeiramente abaixo da região inguinal — linhas mamárias.

Muitos mamíferos desenvolvem glândulas mamárias pares ao longo destas



linhas. No embrião humano o engrossamento da ectoderme desaparece ao longo da vida uterina, permanecendo apenas um pequeno segmento na região torácica que se introduz no mesenquima subjacente originando o esboço da glândula. No dois últimos meses de gestação estes botões epiteliais canalizam-se originando os canais galactóforos e os alvéolos. Inicialmente os canais galactóforos desembocam numa pequena depressão epitelial que, só depois do nascimento, se converte em mamilo por proliferação do mesenquima subjacente. Se esta proliferação não acontecer, ou se não houver eversão do tecido estaremos perante um *mamilo invertido*.

Podem formar-se rudimentos supranumerários em qualquer ponto ao longo do trajecto da linhas mamárias que podem dar origem a mamas completas — *polimastia* — ou simplesmente a mamilos acessórios ou supranumerários — *politelia*, sendo a prevalência de 1-2% da população. Se bem que a localização mais frequente é a axilar, não nos podemos esquecer que qualquer tumoração que surja durante o puerpério (e a puberdade) ao longo do dito trajecto (incluindo abdómen e região inguinal) poderá ser uma mama acessória.

Neste caso não foi visualizado o mamilo, provavelmente por exploração deficiente e por pilosidade axilar. Mas devido à origem embriológica da glândula não parece possível a não existência de um mamilo rudimentar.

Atenção! É frequente a associação a outras anomalias, em particular do tracto urinário. Num estudo realizado em Israel constatou-se que 40% das crianças com politelia apresentavam patologia obstrutiva renal ou duplicações do sistema excretor.

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:83-85

**María Beorlegui**

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Peter L. Williams, Roger Warwick. Embriología. Em: Gray Anatomia. Salvat 1985;174-5.
2. Sadler T.W. Sistema tegumentario. Em: Langman, Embriología Médica. Panamericana, 1985; 332-3.
3. Norman A. Grossl. Supernumerary breast tissue: historical perspectives and clinical features. South Med J 2000; 93:29-32.

# CORRECTO

À Av. da Siderurgia Nacional • 4745-457 S. Mamede Coronado - Portugal  
Capital Social € 50.000 • Sociedade Anónima • Matricula nº 3669/970213  
Conservatória do Registo Comercial de Santo Tirso • Contribuinte 503 438 073  
<http://www.bial.pt> • e-mail: [Info@Bial.pt](mailto:Info@Bial.pt)

À Av. da Siderurgia Nacional • 4745-457 S. Mamede Coronado - Portugal  
Capital Social € 50.000 • Sociedade Anónima • Matricula nº 3669/970213  
Conservatória do Registo Comercial de Santo Tirso • Contribuinte 503 438 073  
<http://www.bial.pt> • e-mail: [Info@Bial.pt](mailto:Info@Bial.pt)

À Av. da Siderurgia Nacional • 4745-457 S. Mamede Coronado - Portugal  
Capital Social € 50.000 • Sociedade Anónima • Matricula nº 3669/970213  
Conservatória do Registo Comercial de Santo Tirso • Contribuinte 503 438 073  
<http://www.bial.pt> • e-mail: [Info@Bial.pt](mailto:Info@Bial.pt)

À Av. da Siderurgia Nacional • 4745-457 S. Mamede Coronado - Portugal  
Capital Social € 50.000 • Sociedade Anónima • Matricula nº 3669/970213  
Conservatória do Registo Comercial de Santo Tirso • Contribuinte 503 438 073  
<http://www.bial.pt> • e-mail: [Info@Bial.pt](mailto:Info@Bial.pt)

À Av. da Siderurgia Nacional • 4745-457 S. Mamede Coronado - Portugal  
Capital Social € 50.000 • Sociedade Anónima • Matricula nº 3669/970213  
Conservatória do Registo Comercial de Santo Tirso • Contribuinte 503 438 073  
<http://www.bial.pt> • e-mail: [Info@Bial.pt](mailto:Info@Bial.pt)

À Av. da Siderurgia Nacional • 4745-457 S. Mamede Coronado - Portugal  
Capital Social € 50.000 • Sociedade Anónima • Matricula nº 3669/970213  
Conservatória do Registo Comercial de Santo Tirso • Contribuinte 503 438 073  
<http://www.bial.pt> • e-mail: [Info@Bial.pt](mailto:Info@Bial.pt)

À Av. da Siderurgia Nacional • 4745-457 S. Mamede Coronado - Portugal  
Capital Social € 50.000 • Sociedade Anónima • Matricula nº 3669/970213  
Conservatória do Registo Comercial de Santo Tirso • Contribuinte 503 438 073  
<http://www.bial.pt> • e-mail: [Info@Bial.pt](mailto:Info@Bial.pt)

em lado para o outro,  
não ser, que tivesse  
choce

## Se eu fosse o vento

Se eu fosse o vento era muito rápido e  
nunca me cansava.

Estava sempre dum lado para o outro  
nunca parava a não ser, que tivesse  
de fazer, se era época de tirar as fo  
lhas das árvores.

Eu atingia a velocidade 1000 km por hora  
e os meus pais atingiam o chão.

Se meus dias de folga ia a casa dos  
meus avós ou então sair com os amigos.

O meu pai chamava-se vento. Se eu  
fosse, não era Maria.

No trabalho de vento, havia duas coisas  
de que eu gostava: as folhas e as árvores.

Eu tinha uma namorada chamada vento  
Maria.

Eu trabalhava muito, principalmente  
quando a natureza estava lá.

Eu queria ser o vento.

Francisco, 3º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico



# Fichas Clínicas

## Fissura anal

Define-se fissura anal como uma solução de continuidade no canal anal, geralmente na linha média, quase sempre posterior (6h) ou anterior (12h), imediatamente distal à linha dentada.

Trata-se de uma situação comum e é a causa mais frequente de perda de sangue vermelho vivo pelo ânus em idade pediátrica.

Na maioria dos casos a fissura está associada a obstipação e à passagem vigorosa de grandes volumes de fezes duras que causam um traumatismo mecânico local.

Úlceras anais crónicas em crianças mais velhas e adolescentes, assim como fissuras atípicas (múltiplas ou com localização lateral) podem ter outras causas como por exemplo doença inflamatória intestinal crónica.

A história clínica habitualmente sugere o diagnóstico. A criança chora com os movimentos peristálticos do intestino; tem dor à defecção, muitas vezes lancinante e sangue vermelho vivo na superfície das fezes, na sanita ou no papel higiénico.

A dor associada à fissura tende a potenciar um ciclo vicioso: a criança passa a reter as fezes e evita voluntariamente evacuar por ter medo da dor, o que agrava a obstipação.

Nas formas rebeldes de obstipação há que excluir uma Hipersensibilidade às Proteínas do Leite de Vaca dado que em algumas crianças esta manifesta-se quase exclusivamente por obstipação e lesões perianais severas — fissura e eritema ou edema perianal.

Contudo, fissuras anais podem surgir em lactentes que não têm história de obstipação ou dor.

O diagnóstico estabelece-se à inspecção da região anal, afastando delicadamente a pele desta região para que a laceração longitudinal seja visualizada.

Na presença de um intenso eritema perianal circundante, de limites bem definidos, sobretudo se associado a muco, deverá excluir-se uma infecção local através da realização de uma zaragatoa dirigida, especialmente a *Streptococcus  $\beta$ -haemolyticum* do grupo A ou menos frequentemente a *Staphylococcus aureus*.

Na base da fisiopatogenia parece estar uma hipertonia do esfíncter anal. A dor origina um espasmo, i.e. uma contracção do esfíncter anal interno, que por sua vez reduz a perfusão local e a capacidade de regeneração celular.

Uma fissura que não cicatriza pode infectar e evoluir para uma úlcera crónica. Nesta fase é frequente observar-se um apêndice cutâneo (distal à fissura) — “hemorróida sentinela”, “marisca”, “protusão piramidal” — e uma papila anal hipertrofiada (proximal à fissura).

A fissura anal aguda em lactentes e crianças habitualmente responde ao tratamento da obstipação e banhos de assento.

O elemento mais importante do tratamento é que os pais compreendam a origem e o mecanismo do ciclo vicioso supra citado (o objectivo é interromper esse ciclo garantindo que o paciente tenha fezes moles diárias).

O tratamento da obstipação crónica deverá incluir: 1 — desimpactação fecal, com clisteres para evacuação das fezes que ao longo do tempo se acumularam no cólon e no recto; 2 — prevenção de uma nova acumulação através de: criação de hábitos de evacuação regulares; dieta rica em fibras e água; utilização de laxantes.

A aplicação tópica de pomadas anestésicas (em que o princípio activo seja a cinchocaína) após cada movimento peristáltico pode ajudar a diminuir o espasmo do esfíncter e a dor.

O aumento do tónus do esfíncter anal, característico da fissura crónica, pode ser tratado numa forma não-cirúrgica. Nos últimos anos vários estudos realizados em adultos e em crianças, parecem provar que a aplicação de substâncias doadoras de óxido nítrico — neurotransmissor que medeia a vasodilatação e o relaxamento do esfíncter anal interno — como a pomada de nitroglicerina, causam esfínterectomia química.

A pomada de nitroglicerina a 0,2%\* deve ser aplicada dentro do canal anal, na sua porção terminal, com o dedo ou um aplicador. Devem ser feitas 2 aplicações por dia após os movimentos peristálticos. Não devem ser usadas grandes quantidades (para evitar o aparecimento de cefaleias) e o excesso de pomada deve ser removido. A duração do tratamento ainda não foi estabelecida embora alguns estudos mostrem que a maioria das fissuras cicatrizará entre 6 a 12 semanas.

A cirurgia é reservada para fissuras crónicas que não cicatrizam.

**Mónica Oliva, Manuel Salgado**

#### **BIBLIOGRAFIA**

1. Iacono G, Cavataio F, Montalto G, et al. Intolerance of cow's milk and chronic constipation in children. *N Engl J Med* 1998 Oct 15; 339(16):1100-4
2. Farmer G. Perianal infection with group A streptococcus. *Arch Dis Child* 1987 Nov; 62(11):1169-70.
3. Tander B, Guven A, Demirbag S, et al. A prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of glyceryl-trinitrate ointment in the treatment of children with anal fissure. *J Pediatr Surg* 1999 Dec; 34(12):1810-2.

\* Algumas farmácias preparam um manipulado de nitroglicerina a 0,25% e cinchocaína a 0,25%.

# Revisões Bibliográficas



## **Golpe de calor hemorrágico, um dramático acidente evitável?**

Verificaram que os lactentes com encefalopatia por golpe de calor hemorrágico (GCH) (*haemorrhagic shock encephalopathy syndrome*) tinham sido frequentemente encontrados com a cabeça coberta com a roupa do berço. Essa associação era muito forte, 30 vezes superior (95% CI, 2.5 to 384) à do grupo testemunha.

Este facto apoia a sugestão de que o GCH é devido a sobreaquecimento pelo que os lactentes devem dormir com a cabeça destapada.

**C J Bacona, S A Bellb, J M Gaventac, D C Greenwoodd. Case control study of thermal environment preceding haemorrhagic shock encephalopathy syndrome. Arch Dis Child 1999;81:155-158.**

O GCH é uma situação dramática que atinge inesperadamente, em regra durante a noite, lactentes saudáveis. Metade morre e os sobreviventes ficam com graves sequelas. Todas as medidas para o evitar serão bem-vindas.

Não creio que estes factos constituam uma prova definitiva de que o GCH seja “causado” pelo excesso de roupa; uma explicação alternativa (causalidade reversa) poderá ser a de que a vítima de GCH, se agite de tal modo que se meta debaixo da roupa. Não creio que seja perigoso dormir com a cabeça destapada mas, se se não provar esta relação causal, poderemos estar a culpabilizar injustamente os pais de lactentes com GCH, ao insinuar que poderiam ter evitado esta catástrofe.

Apesar de tudo o GCH é muito raro (15 casos por ano no UK), só 29% dos doentes tinham a cabeça coberta e 9% do grupo testemunha também a tinha. Há que ter estes factos em conta quando aconselhar como agasalhar um lactente que dorme. É sempre perigoso esconder a cabeça, tanto na areia como sob a roupa.

HCM

---

## **Perigos do jogo da bola**

Verificaram um grande aumento da concentração sérica de citocinas inflamatórias (IL-6 e TNF- $\alpha$ ) e uma redução dos factores de crescimento (IGF-I) após um esforço (90 mn de jogo da bola) em crianças de 8-11A. Esta brincadeira provocou uma constelação bioquímica semelhante à dos estados catabólicos das situações de trauma, queimaduras ou sépsis.

**Scheett TP, Mills PJ, Ziegler MG, Stoppani J, Cooper DM. Effect of exercise on cytokines and growth mediators in prepubertal children. Pediatr Res 1999;46:429-34.**

Era interessante saber qual o padrão de citocinas em quem assiste.

HCM

### Os médicos europeus têm relutância em seguir todos os conselhos dos sábios

Um questionário enviado a médicos (pediatras e clínicos gerais) de 29 países europeus, procurou saber qual o grau de aderência às recomendações da ESPGHAN no tratamento da gastroenterite do lactente (os valores portugueses — P— estão entre parênteses). Quase todos os médicos questionados, dizem usar solutos de reidratação oral (P-90%) e 2/3 solutos com 60mM de sódio (tipo Dioralyte) (P-3/4). Só metade tentam reidratar rapidamente (em 3-6h) por via oral (P-79%); 1/4 prolongarão a reidratação por 12 a 24 h (P-3%). A recomendação da ESPGHAN, de regressar à alimentação habitual após 3-4h de reidratação, só seria seguida por 1/5 dos médicos (P-1/2); metade iniciá-la-iam com leite diluído (P-50%). 1/7 dos médicos europeus prolongam a diluição da fórmula por >3d (P-1/10). Mais de 20% dos médicos suspenderia a amamentação durante a diarreia (P-13%).

Ao contrário das recomendações da ESPGHAN, mais de metade dos médicos recomenda uma fórmula especial para realimentação na diarreia aguda — 1/3 uma fórmula sem lactose (P-1/4) e 12% uma fórmula sem lactose e proteínas do leite de vaca (P-8%). A grande maioria (72%) quase nunca usa antibióticos (P-85%).

**Szajewska H, Hoekstra JH, Sandhu B . Management of acute gastroenteritis in Europe and the impact of the new recommendations: a multicenter study. The Working Group on acute Diarrhoea of the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2000;30:522-7.**

Felizmente que a quase totalidade cumpre o essencial das normas: reidrata por via oral, não prescreve antibióticos e não suspende a amamentação em caso de diarreia aguda.

Se o Amil Dias (o co-autor português) garantir que esta amostra de médicos portugueses é significativa, estamos mais cumpridores das normas que a média europeia.

HCM

### Sarampo na Europa

De novo se relatam epidemias de sarampo na Europa.

Na Holanda, houve 3000 casos notificados num ano; a maioria ocorreu em zonas onde os pais recusam as vacinas por “motivos religiosos”. Quase todos os doentes (95%) não tinham sido vacinados, 84% alegando “motivos religiosos”.

Complicações sérias atingiram 17% destes doentes, tendo 2.2% sido hospitalizados. Houve 3 mortes.

Apesar da taxa nacional de vacinação VASPR ser de 96%, a existência de comunidades sub-vacinadas explica estes factos.

HCM

**BPSU Quarterly Bulletin 2000;8:2.**

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:89-90

## De cor-de-rosa...

A menina-mulher portadora de profunda deficiência psicomotora vem à consulta acompanhada pela mãe... mulher envelhecida pelo peso do cansaço que traz colado ao corpo há 16 anos... "Desde que Deus lhe presenteou a vida com esta provação...".

"Então? Há muito que não te via!... como tens andado?"

A menina-mulher sorri no seu sorriso gaiato e, por entre travessas gargalhadas diz-me: "Olha, tenho de ir depressa embora... O António está à espera!..." E enquanto registo os seus 70 kg, pergunto "O António? Quem é o António?" Ela ri... "É o meu amigo... o meu namorado... gosto muito dele... ele gosta de mim, é meu amigo." "Oh! Então tens um amigo especial? Um namorado?" E pergunto com os olhos àquela mulher-mãe, de cansaço colado à pele, "quem é esse amigo..."

Fico a saber por entre os risos gaiatos da menina que o António é um rapaz-homem que trabalha na CERCÍ, na secretaria, só depois das aulas, e que "gosta muito dela", estão sempre juntos", desde que ele lá apareceu é mais fácil arranjá-la de manhã... acorda cedo e quer lavar-se e vestir-se e ajuda...", "agora cumpre a dieta sem eu me zangar e até já emagreceu... tudo por causa do António", no princípio até me preocupei mas falei com a médica lá do Centro que me descansou..."

E muda de tom, passando a falar em surdina daqueles fantasmas que lhe atormentam a alma doída que já ninguém consegue sarar!

"Já viu Sra. Enfermeira? Se a minha filha tivesse um azar... Se lhe fizessem um filho... ela nem ia saber o que lhe estava a acontecer... Ela nisso é normal... tem o período há 3 anos... mas a médica dela disse que lá na CERCÍ são muito bem vigiados... que não há problema... Eu pensava que lhe podiam pôr um dispositivo ou fazer laqueação... ou qualquer coisa... A Sra. Doutora disse que com esta deficiência ninguém lhe faz um filho... O tal rapaz também é deficiente... não tem incapacidade motora... Como é que faço se nos acontece uma desgraça? Eu já não consigo cuidar de outro Sra. Enfermeira... Já não consigo..."

Lembro-me de um caso que escandalizou a opinião mundial ainda não há muito tempo, uma mulher em coma foi violada em pleno hospital... dessa violação nasceu um filho...



Lembro-me de uma outra dessas meninas-mulheres a quem, a pedido da mãe, o médico de família colocou um DIU, já que não fora possível fazer laqueação aquando do nascimento do filho... A comissão de ética não tivera tempo de reunir antes do bebé nascer...

À mulher-mãe rolam-lhe duas lágrimas silenciosas sobre a pele duma face endurecida pelos rigores de muitos invernos de dor...

E entre os risos gaiatos de mulher-menina ouvem-se os ecos da preocupação que ainda ninguém ousou dissipar "Vamos... O António está à espera!... Gosto muito dele... Gosto muito dele... o meu amigo!..."

Doce menina-mulher capaz assim de um amor que até assusta!...

**M. Marques**

*saúde  
infantil*

2000; 22/2: 91-92



## Próximos Congressos ASIC 2000/2001

23, 24 e 25 Novembro	• Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Cirurgia Pediátrica	Grande Hotel das Termas do Luso
8 e 9 de Fevereiro	• X Encontro de Pediatria do Hospital Pediátrico	Grande Hotel das Termas do Luso

Secretariado: ASIC — Hospital Pediátrico Av. Bissaya Barreto 3000-076 Coimbra  
 asic.hp@mail.telepac.pt Tel. 239 480 335 Fax. 239 484 464

### XVII CURSO DE PEDIATRIA AMBULATORIA

Nos dias 16 e 17 de Junho de 2000, realizou-se no Auditório da Reitoria da Universidade de Coimbra o XVII Curso de Pediatria Ambulatória, organizado pela Associação de Saúde Infantil de Coimbra (ASIC).

Inscreveram-se neste curso 100 médicos (incluindo 40 pediatras, 26 internos de Pediatria e 22 clínicos gerais), 32 profissionais de Enfermagem e 1 fisioterapeuta. Houve ainda mais 3 inscrições sem indicação de categoria profissional.

Dos 136 inscritos, 67 (49,3%) responderam ao inquérito que tem sido feito em todos estes cursos, a solicitar críticas e sugestões.

A opinião geral sobre o curso foi, mais uma vez, muito favorável. Perguntava-se se o curso tinha conseguido os seus objectivos e as respostas foram:

	Médicos	Enfermeiros	Méd. + Enf.
Integralmente	13,0%	00,0%	11,9%
Bem	74,1%	69,2%	73,1%
Razoavelmente	09,3%	00,0%	07,5%
Não conseguiu	00,0%	00,0%	00,0%

Os temas incluídos no programa deste curso foram: “Doenças aftosas”, apresentado pelo Dr. João Monteiro; “O prematuro vai para casa”, pela Dr.<sup>a</sup> Gabriela Mimoso; “Parotidite recorrente”, pela Dr.<sup>a</sup> Raquel Henriques; “Refluxo gastro-esofágico – actualização terapêutica”, pelo Dr. Mendes António; “Avaliação da tensão arterial estudo prospectivo”, pelo Dr. Luís Miguel Santiago; “Pedopsiquiatria / Pediatria – intervenção comunitária”, pela Dr.<sup>a</sup> Beatriz Pena; “Casos clínicos”, pelo Serviço de Urgência do HP; “A criança e a infecção pelo VIH – a família e a comunidade”, pela Dr.<sup>a</sup> Graça Rocha; “Reacções anafilácticas”, pelo Dr. José António Pinheiro; “Cinesiterapia em ambulatório”, pelas enfermeiras Paula Pleno, Ana Borges, Cândida Correia e Mercedes Ferreira; “Exames complementares em ambulatório extra-hospitalar”, pelo Dr. Manuel Salgado.

No referido inquérito solicitava-se que fossem sublinhados os títulos das comunicações que mais tivessem agradado. Foram mais vezes sublinhados: “Reacções anafiláticas” (90,5%), “Refluxo gastro-esofágico” (65,1%), “Doenças aftosas” (58,7%), “Exames complementares” (58,7%) e “A criança e a infecção pelo VIH” (52,4%). As preferências dos médicos foram para: “Reacções anafiláticas” (92,3%), “Exames complementares” (65,4%), “Doenças aftosas” (59,6%) e “Refluxo gastro-esofágico” (57,7%). Os enfermeiros apreciaram mais: “Refluxo gastro-esofágico” (100%), e “A criança e a infecção pelo VIH” (81,8%), “Reacções anafiláticas” (81,8%), “O prematuro vai para casa” (72,7%) e “Avaliação da tensão arterial” (72,7%).

Dos comentários feitos pelos participantes ao responder ao inquérito, salientamos: “Este curso continua com uma dinâmica e interesse prático que são de louvar e continuar”; “Todos os temas foram apresentados de uma forma simples e de grande utilidade prática”; “Aplausos”; “Menos prático do que o habitual”; “Introduções teóricas um pouco exaustivas em algumas comunicações”; “De muito interesse as discussões e os comentários após cada comunicação”; “A discussão deveria abranger mais os elementos que não trabalham no HP”; “Parabéns! Continuem...”; “Como, no meu entender, a Pediatria Ambulatória é fundamentalmente preventiva, gostaria de ver mais temas práticos no que respeita às regras de vida saudável: alimentação, sono, desporto, etc.”; “Poucos convidados de outros hospitais”; “Algumas comunicações extensas e pouco interactivas”; “Uma vez que o curso também está dirigido para enfermeiros, é pena que seja praticamente dirigido para a clínica, etiopatogenia... e não para aspectos práticos da Enfermagem. Bem haja.”; “Só agradecer e elogiar o nível do curso e o cumprimento do horário do mesmo.”

Os temas mais vezes sugeridos para próximos cursos foram os seguintes (indicando-se entre parênteses o número de participantes que os propôs): alimentação da criança e do adolescente, suplementos vitamínicos e minerais (10); problemas dermatológicos correntes (9); problemas do desenvolvimento psicomotor, sinais de alarme (8); doenças exantemáticas (5); asma (5); problemas da adolescência (5); atraso de crescimento, má progressão ponderal (4); cefaleias (4); convulsões/epilepsia (4).

AGRADECIMENTO à MILUPA pela preciosa colaboração que deu,  
mais uma vez, aos organizadores do curso.

#### **4ª Reunião da Sociedade Portuguesa de Genética Humana**

**Porto, Auditório da Casa do Médico, 12, 13 e 14 de Outubro de 2000**

**Presidente da Reunião:** Heloísa Santos

**Comissão científica:** Jorge M. Saraiva, Carolino Monteiro, Maximina Pinto, Isabel Marques Carreira, Ana Medeira, Margarida Reis Lima, Paula Rendeiro

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:93-96

- Comissão organizadora local:** Sérgio Castedo
- Convidados estrangeiros:** Professor Norman Arnheim, Department of Molecular Biology, University of Southern California, Los Angeles. Professor Robin Winter, Professor of Clinical Genetics and Dysmorphology, Institute of Child Health and Great Ormond Street Hospital for Sick Children NHS Trust, University College London
- Convidados nacionais:** Ana Medeira, Arsélio Pato de Carvalho, Carolino Monteiro, Celeste Bento, Claudina Rodrigues-Pousada, Claudio Sunkel, Edgar Cruz e Silva, Guida Boavida, Helia Neves, Heloísa Santos, Jorge Sequeiros, José Carlos Machado, Luis Nunes, Manuel Teixeira, Margarida Reis Lima, Maria de Jesus Feijóo, Maria João Saraiva, Maximina Pinto, Paula Rendeiro, Raquel Seruca, Rosário Santos, Sérgio Castedo
- Secretariado:** Unidade de Citogenética e Diagnóstico Pré-Natal  
Faculdade de Medicina de Coimbra  
Rua Larga 3004-504 Coimbra  
Tel 239 838 866 Fax 239 838 866  
Email [i\\_marques@hotmail.com](mailto:i_marques@hotmail.com)

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:93-96

## I Reunião da Secção de Pediatria Ambulatória da Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPA-SPP)

- Data:** 11 de Novembro de 2000
- Local:** Anfiteatro da Biblioteca da  
Câmara Municipal de Tomar
- Secretariado:** Associação de Saúde Infantil de Coimbra  
(ASIC)



**Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa  
de Cirurgia Pediátrica**

**Data:** 23, 24 e 25 de Novembro de 2000

**Local:** Grande Hotel das Termas do Luso

**Secretariado:** Asic

**Comissão organizadora:** Sociedade Portuguesa de Cirurgia Pediátrica e Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital Pediátrico de Coimbra.

**Convidados estrangeiros:** Alberto Iñon — Argentina  
Antón Pacheco — Espanha  
Claudia Marhuenda — Espanha  
Rafael Alós — Espanha  
Ricardo González — USA

*saúde  
infantil*

2000; 22/2:93-96

**Temas:** Prevenção / modificação de comportamentos e atitudes  
Organização da prestação de cuidados

- Assistência pré-hospitalar e hospitalar

Do diagnóstico ao tratamento

- Imagiologia, Neurocirurgia, Cirurgia, Ortopneumatologia

Situações específicas

- Cirurgia plástica, Urologia, Criança maltratada, outros

Incontinência em sequelas de argus (Ano-Recto-Genito-Urinary Syndrome)

Cirurgia endoscópica

- Laparoscópica, toracoscópica, outras.

Cirurgia torácica

- Transplante pulmonar — o estado da arte
- Cirurgia da traqueia
- Cirurgia do *pectus excavatum*

**X Encontro de Pediatria do Hospital Pediátrico  
Novos Conhecimentos, Atitudes e Práticas**

**Data:** 8 e 9 de Fevereiro de 2001

**Local:** Grande Hotel das Termas do Luso

**Secretariado:** Asic