

DIRECTOR

Luís Lemos

EDITOR

Luís Januário

REDACÇÃO

Manuel Salgado, Boavida Fernandes (Coordenadores)

A. Jorge Correia	J. António Pinheiro
A. Mano Soares	J. C. Reixto
A. Mendes António	J. F. Farela Neves
A. Nogueira Brandão	J. Oliveira Simões
António Ochoa e Castro	Jeni Canha
Ana Cristina Caldeira	Jorge de Freitas Saebara
Ana Moreno	Jorge Oliveira
Ângelo Barroso	Jorge Saraiva
António Capelo	José Luís Silva Pinto
Artur Coelho	Ietícia Ribeiro
Beatriz Pena	Lúcia Ribeiro
C. Pereira da Silva	Luís Borges
Carlos Aires	Luís Moura
Caminda E. Santo	Luísa Diogo
Conceição Sanches	M. Anélia Aguilár
Dulce Zamith	Maria C. Riachos
Francelina Lopes	M. Helena Estevão
Graça Rocha	M. José Hespanha
Guiomar Oliveira	M. Lourdes Chieira
H. Camona da Mota	M. Lurdes Amaral
Isabel Fineza	Nicolau da Fonseca
Isabel Gonçalves	Olavo Gonçalves
J. A. Matos Coimbra	Rui Batista

ESTATÍSTICA E MÉTODOS

Pedro Lopes Ferreira

Propriedade:

Associação de Saúde Infantil de Coimbra

Secretariado

Sandra Fonseca

ASIC — Hospital Pediátrico de Coimbra
3000 Coimbra

FAX: 484464 - Telefone 480335 ou 484464

Assinaturas 1997

ANUAL	2 750\$00
Sócios da ASIC	2 200\$00
Instituições	2 750\$00
Estudantes	1 500\$00
Estrangeiro	3 500\$00
PALOP's	3 000\$00
NÚMERO AVULSO	1 300\$00

Tiragem: 1300 exemplares

Concepção Gráfica e Paginação Electrónica:REM, Ideias e Comunicação, Lda
Rua Afrânio Peixoto, n.º 70, r/c — 3030 COIMBRA
Telef./Fax: (039) 70 33 32**Montagem e impressão:**

Nuprint, Artes Gráficas S.A.

Depósito Legal n.º 242/82



Impresso em papel reciclado

HOSPITAL PEDIÁTRICO DE COIMBRA

neste
número

saúde
infantil

N.º 19/1 — ABRIL — 1997

EDITORIAL

A Pediatria, a Rede Hospitalar, os Cuidados de Saúde Primários

— os avanços e os recuos..... 3

DOENÇA TUBERCULOSA — EXPERIÊNCIA DOS ÚLTIMOS OITO ANOS DO HOSPITAL PEDIÁTRICO..... 5

Agostinho Fernandes, Luísa Macieira, Artur Coelho, Ângelo Barroso

COBERTURA VACINAL NA IDADE PRÉ-ESCOLAR 15Ana Luísa Teixeira, Fernanda Marcelo, Ana Gabriela Almeida,
Paula Silvestre, Conceição Pereira, Cristina Figueiredo**A CIÊNCIA MÉDICA HÁ 100 ANOS..... 30****INGESTÃO DE CÁUSTICOS — VELHO****PROBLEMA, NOVOS AGENTES..... 33**

Cristina Gouveia, Paula Garcia,

A. Nogueira Brandão, A. Mendes António

ÓBITOS NO SERVIÇO DE PEDIATRIA**DO HOSPITAL DISTRIITAL DE FARO 41**

Cristina Gouveia, João Rosa, José Maio

OPINIÃO

OS ADOLESCENTES PERANTE O SISTEMA DE SAÚDE:

INTEGRAÇÃO OU MARGINALIZAÇÃO? 51

Maria José Ferreira Ferros Hespanha

CASOS CLÍNICOS**O LACTENTE VÍTIMA DE MAUS TRATOS 65**

Virginia Sampaio, Venília Benta, Arminda Martinez,

Fernando Graça, Artur Alegria, Rei Amorim

HIPOTONIA PROVOCADA PELO FRIO 75

Dolores Faria, Margarida Agostinho, Carlos Lemos,

Conceição Ramos, Fátima Negrão, Rui Teixeira

PROTOCOLO

PICADA POR AGULHA DE SERINGA

ENCONTRADA NA RUA..... 81

Manuel João Brito, Susana Nogueira, Isabel Gonçalves, Graça Rocha

REVISÕES BIBLIOGRÁFICAS 83**INFORMAÇÕES 89**

Normas de publicação

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

A Pediatria, a Rede Hospitalar, os Cuidados de Saúde Primários — os avanços e os recuos.

Um dos (poucos) privilégios dos idosos é a possibilidade de analisar a uma certa distância da sua ocorrência, factos e práticas que o tempo veio a carregar de significado e valor. Não fosse pois a “enorme” importância do que considere aqui a título de desencadear reflexões e atitudes urgentes, e esta frase não passaria de mera expressão “La Palissiana”.

Efectivamente quando há 28 anos iniciava a actividade profissional da especialidade, a Pediatria hospitalar de nível Central na nossa região emergia duma prática letárgica de muitos anos e assentava num quadro restrito que ocupava dois meios pisos da Maternidade Daniel de Matos (HUC). Teve início por essa altura o ciclo de preparação de novos pediatras que viria a dar origem à ampliação dos pequenos mas esforçados núcleos pediátricos dos Hospitais Distritais, partiam igualmente alguns colegas para apoiar o atendimento de crianças nos então chamados «postos» dos Serviços Médico-Sociais, onde a maioria das crianças era observada e bem por clínicos gerais, e o contacto telefónico ou escrito era a **regra** do relacionamento entre médicos que em pontos mais ou menos longínquos do interior ou do litoral viam nessa troca de informações uma maneira fácil e eficaz de encontrar soluções para os seus doentes.

Nos anos seguintes deram-se passos positivos nesse intercâmbio de conhecimentos e troca de experiências para os quais contribuíram não só a legislação que entretanto criava o Serviço Nacional de Saúde e as carreiras médicas, mas particularmente a disponibilidade e o empenho de colegas que do Hospital Pediátrico se deslocavam aos Centros de Saúde e Hospitais periféricos e que de fora também nos visitavam, ambos levando e trazendo as suas próprias dúvidas, críticas e propostas.

Creio que todos estaremos de acordo que foram anos em que o estreitamento de relações deu frutos e que permitiu avanços e melhoria na assistência às crianças.

Porém, e diga-se a verdade, muito devido a legislação que foi surgindo nem sempre aplicável nem ajustada às nossas condições, os laços e o intercâmbio entre profissionais, que era suposto prosseguirem e serem incrementados — até porque os desafios na área da saúde se adivinhavam tremendos — abrandaram, e à excepção da articulação com os Hospitais Distritais, foram deslizando até cair no hiato dos últimos anos.

Pensando bem — e é uma dúvida que me tem surgido e ao mesmo tempo uma esperança — o vazio, a dormência em que por vezes e em circunstâncias diversas da vida pessoal, profissional ou social se cai, têm ou não gerado no pós-crise uma maior e mais enérgica vontade de retomar o que foi tido como bom? A própria Comissão Nacional de Saúde Infantil, o seu excelente relatório e desenho de programas funcionais não terá surgido porque alguém viu que era tempo de acordar e corrigir as diferenças de que as crianças eram vítimas relativamente à sua saúde, ao seu bem-estar, aos seus direitos?

Se este raciocínio tem alguma lógica, estaremos agora no momento propício a **novo avanço no sentido de novo e forte impulso na área do relacionamento e trabalho conjuntos. Refiro-me à aplicação e desenvolvimento das Unidades de Saúde, definidas por lei e ainda não implementadas.**

Pela nossa parte estamos completamente abertos e dispostos a avançar: 1º porque acreditamos que é um modelo organizativo ajustado à assistência pediátrica na nossa zona; 2º não tem custos acrescidos porque se apoia em recursos humanos existentes e mudanças de atitude e finalmente porque se chegou ao fundo — diga-se mínimo intolerável por muito mais tempo — do recuo naquilo que é em todo o Mundo considerado como o mais eficaz meio de se atingir uma boa prestação de cuidados que é a **Comunicação entre profissionais.**

M^a de Lourdes Chieira
Directora Clínica Adjunta do
Hospital Pediátrico de Coimbra

DOENÇA TUBERCULOSA

Experiência dos últimos 8 anos no Hospital Pediátrico de Coimbra

Agostinho Fernandes¹, Luísa Macieira¹, Artur Coelho², Ângelo Barroso²

RESUMO

Os autores apresentam o resultado do estudo retrospectivo, dos casos de tuberculose doença internados no Hospital Pediátrico de Coimbra, no período compreendido entre 1 de Julho de 1988 e 1 de Julho de 1996.

Foram analisados entre outros parâmetros, a existência de imunização prévia, fonte de contágio, formas anátomo-clínicas, critérios de diagnóstico, tratamento e evolução.

Foram revistos 16 casos, 11 com tuberculose mediastino-pulmonar e 3 com tuberculose meníngea, um com tuberculose miliar e um com derrame pleural. Apenas três crianças não estavam vacinadas com BCG e em 11 identificou-se uma fonte de contágio. O isolamento do bacilo de Kock foi possível em 10 casos, tendo-se encontrado em dois, resistência simultânea à isoniazida e à estreptomina.

As crianças com tuberculose pulmonar tiveram evolução favorável à excepção de um caso, que necessitou de pneumectomia direita. As três crianças com tuberculose meníngea ficaram com sequelas neurológicas e uma destas faleceu.

Palavras-chave: tuberculose doença, criança.

SUMMARY

The authors present the results from a retrospective study focusing on tuberculosis cases admitted to Hospital Pediátrico de Coimbra, in a period between 1st July 1988 and 1st July 1996.

Amongst other parameters, the existence of previous immunization, transmission source, clinical and pathological forms, diagnostic criteria, therapeutics as well as disease course were analysed.

We reviewed 16 cases, 11 with mediastinal-pulmonary tuberculosis, 3 with meningeal tuberculosis, 1 with millitary tuberculosis and 1 with pleural effusion. Only 3

1 Interno do Internato Complementar de Pediatria 2 Assistente Graduado de Pediatria
Hospital Pediátrico de Coimbra

children had not been immunized with BCG and a transmission source was detected in 11 cases. Kock Bacillus was isolated in 10 cases and resistance to isoniazide and streptomycin was observed in 2 cases.

Children with pulmonary tuberculosis had a favourable clinical course except in one case who needed right lung resection. All 3 children with meningeal tuberculosis, had neurological sequelae and one of them died.

Keywords: tuberculosis disease, child.

Introdução

A nível mundial, estima-se que 1/3 da população esteja infectada com o bacilo de Kock (BK) e que, anualmente, cerca de 1,3 milhões de crianças abaixo dos 15 anos de idade tenham tuberculose. Ainda que nos países ocidentais estes números sejam menos preocupantes, Portugal é o país europeu com mais alta taxa de incidência de tuberculose, apesar de na criança, e principalmente, no grupo etário dos 0-4 anos, as estatísticas mostrarem um declínio progressivo das taxas de incidência até aos anos de 1991/1992^{1,2}.

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 5-13

No entanto, indicadores recentes parecem mostrar uma inversão desta tendência, de forma a manter-se o paralelismo existente entre as curvas de incidência da tuberculose infantil e as do adulto. Por outro lado, houve nos últimos anos em Portugal, um acréscimo de formas graves de tuberculose no adulto, ainda não verificado na criança¹⁻³.

Vários factores são evocados para explicar a recrudescência da tuberculose, salientando-se a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) onde a incidência de tuberculose é cerca de 500 vezes superior à média da população em geral e onde o aparecimento de formas de *Mycobactérias* resistentes aos habituais tuberculostáticos, facilita a transmissão da doença. No que diz respeito ao nosso país, o envelhecimento da população levando a uma diminuição natural da resistência à infecção, as más condições socio-económicas, agravadas pelo aumento da imigração e da exclusão social, conduz necessariamente, à manutenção e/ou agravamento dos índices desta doença¹⁻⁵.

A criança é quase sempre contagiada por um adulto bacilífero. Na ausência de um diagnóstico precoce das diferentes formas clínicas de tuberculose, nomeadamente, dos indivíduos infectados assintomáticos, do seu correcto tratamento e duma profilaxia adequada dos contactos, não será possível melhorar a prevalência da tuberculose infantil. A vacinação com BCG, ainda que de importância incontestável na redução da morbilidade e da mortalidade da doença, só por si, mostra-se insuficiente para travar de forma eficaz a progressão da tuberculose.

Material e métodos

Fizemos a revisão dos casos de tuberculose doença, internados no Hospital Pediátrico de Coimbra (HP), entre 1 de Julho de 1988 e 1 de Julho de 1996.

Avaliaram-se os seguintes parâmetros: grupo etário e distribuição anual dos doentes, vacinação com BCG e controlos, fonte de contágio, clínica de apresentação, formas anatómo-clínicas, critérios de diagnóstico, identificação do BK, tratamento e evolução.

Considerámos tuberculose doença, as formas de tuberculose com tradução clínica, laboratorial e/ou radiológica.

Resultados

No período a que se refere este estudo, estiveram internados no HP 16 doentes com o diagnóstico de tuberculose.

Predominaram as crianças do sexo masculino.

O internamento ocorreu em crianças com idades compreendidas entre os 3 meses e os 10 anos, tendo a maioria idade inferior a 5 anos — **figura 1**

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 5-13

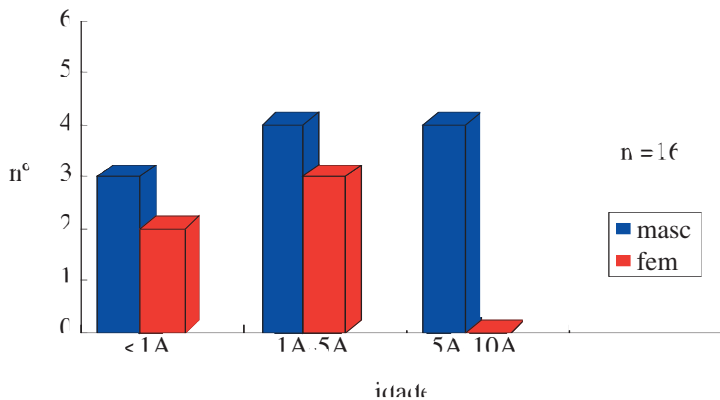


Figura 1 — Distribuição por sexo e idade

A distribuição anual dos doentes mostra uma tendência para um aumento do número de casos nos últimos anos, já que mais de metade dos doentes foram diagnosticados nos últimos 2,5 anos — **figura 2**.

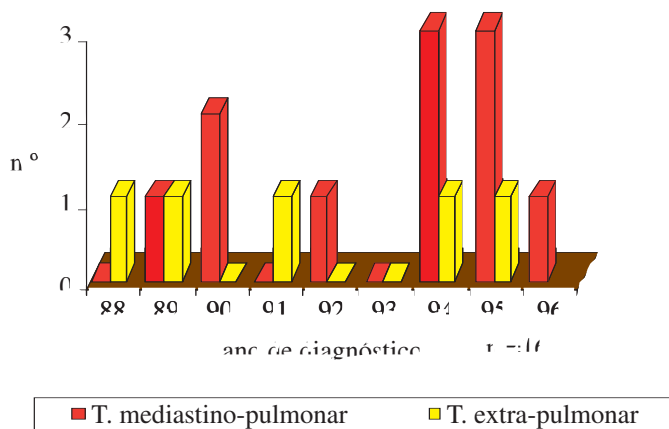


Figura 2 — Distribuição por ano de diagnóstico

Como se pode ver na figura 3, o maior número de crianças residiam no distrito de Coimbra, seguido por Aveiro e Leiria.

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 5-13

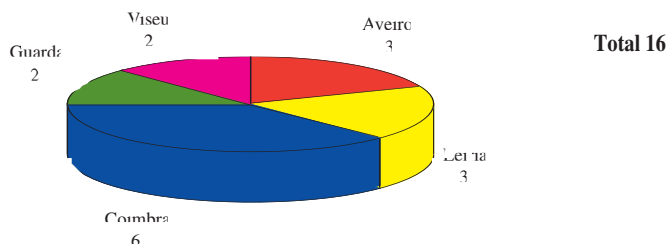


Figura 3 — Área de proveniência das crianças (Distrito)

A forma mediastino-pulmonar foi predominante, ocorrendo em 11 casos. Cinco crianças apresentavam tuberculose extrapulmonar, 3 com tuberculose meníngea, uma com tuberculose miliar e outra com derrame pleural. Nas crianças com tuberculose mediastino-pulmonar, predominaram as formas mediastino-pulmonares simples, ocorrendo dois casos de tuberculose endobrônquica, apresentando outro doente fístula ganglio-brônquica.

Quanto à clínica de apresentação, a tosse persistente, a febre e os sinais gerais (perda ponderal, anorexia) foram a sintomatologia predominante na tuberculose mediastino pulmonar. Todas as crianças com meningite tuberculosa apresentavam sinais neurológicos. Duas destas crianças tinham hemiparésia e outra midríase pouco reactiva encontrando-se num estado estuporoso.

O isolamento do BK foi possível em 62% dos casos. A cultura de BK em meio de Lowenstein-Jensen, foi efectuada em vários produtos orgânicos, a maioria em aspirado

brônquico e suco gástrico. Isolou-se o BK no líquido cefalo-raquidiano (LCR), em duas crianças com meningite tuberculosa-quadro 2. Em três casos obtiveram-se culturas positivas, simultaneamente, em mais de que um local de cultura.

Local de cultura	neg.	pos.	total
Suco gástrico	10	4	14
L. pleural	-	1	1
Punção ganglionar	-	2	2
Asp. brônquico	12	3	15
L. peritoneal	-	1	1
LCR	1	2	3
total	23	13	36

Quadro 2 — Isolamento do BK

A maioria das crianças estavam vacinadas com BCG (81%). As provas tuberculínicas efectuadas na altura do diagnóstico, foram positivas (Mantoux igual ou superior a 15 mm) em 43% dos casos — quadro 3.

O controlo tuberculínico tinha sido efectuado em 5 crianças. Oito crianças tinham idade igual ou superior a 5 anos e destas apenas duas tinham controlo tuberculínico prévio.

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 5-13

	Com BCG	Sem BCG ou?	Mantoux na altura do diagnóstico			
			10 - 14 mm	≥15 mm	neg.	total
Forma clínica						
Med-pulmonar	9	2	5*	5	1	11
Extra-pulmonar	4	1	1	2	2	5
Total	13	3	6	7	3	16

* uma das crianças não tinha BCG

Quadro 3 — Imunização com BCG e provas tuberculínicas

O quadro nº 4 resume os critérios em que nos baseámos para o diagnóstico de tuberculose. Em 68% das crianças foi possível identificar uma fonte de contágio, sempre um adulto bacilífero, na maioria dos casos, do meio familiar.

A radiografia do tórax pôs em evidência condensação pulmonar em 8 casos, desvio do mediastino ou compressão brônquica em 6 casos e derrame pleural num caso. Este exame foi negativo nas crianças com tuberculose meníngea. Cinco crianças com tuberculose mediastino-pulmonar efectuaram tomografia axial computurizada (TAC) torácica, pondo em evidência os gânglios afectados ou a extensão da lesão parenquimatosa. Todas as crianças com tuberculose meníngea realizaram TAC craniana, que revelou a presença de hidrocefalia em todos os casos, lesões de enfarte/isquémia cerebral em duas crianças e tuberculoma numa.

A broncofibroscopia revelou compressão traqueo-brônquica por adenopatias mediastínicas em 7 casos, dois dos quais se associavam a granuloma endobrônquico.

O estudo histológico de gânglios mediastínicos mostrou em dois casos a presença de granuloma tuberculoso. Foi pedida serologia para o BK em quatro crianças, duas das quais com meningite tuberculosa. Em dois casos, o doseamento sérico do antígeno A60 foi positivo. A pesquisa de BK através da técnica da Polimerase Chain Reaction (PCR) efectuada em 3 casos, foi positiva numa criança com tuberculose mediastino-pulmonar.

No que respeita ao tratamento, a maioria das crianças fez esquemas terapêuticos curtos. Nas formas mediastino-pulmonares não complicadas optou-se por terapêutica tripla com rifampicina (RMP), isoniazida (INH) e pirazinamida (PZA) durante 2 meses, seguida, posteriormente, por 4 meses de terapêutica dupla. Em dois casos, fez-se tratamento inicial com quatro tuberculostáticos, que incluíram, para além dos anteriores, a estreptomicina (SM). Uma destas crianças iniciou sintomas no período neonatal e a outra apresentava uma fístula ganglio-brônquica, com necrose extensa do brônquio principal direito. Três crianças com tuberculose mediastino-pulmonar, todas as crianças com meningite tuberculosa e o doente com derrame pleural fizeram corticoterapia durante as primeiras 2 a 4 semanas.

Duas crianças apresentaram resistência simultânea à INH e à SM, tendo-se optado, numa delas, pelo tratamento alternativo com etambutol (EMB) e, na outra, pela ofloxacina.

Quanto à evolução, nas formas mediastino-pulmonares, houve necessidade de pneumectomia numa criança que apresentava fístula ganglio-brônquica e necrose extensa do brônquio principal direito. Outra criança com tuberculose endobrônquica ficou com estenose residual do brônquio principal direito, mas sem complicações posteriores.

Todas as crianças com tuberculose meníngea ficaram com sequelas neurológicas. Em duas foi necessário colocar uma derivação ventriculo-peritoneal por hidrocefalia progressiva, ficando ambas com atraso grave do desenvolvimento psicomotor. Uma destas crianças faleceu na sequência de peritonite tuberculosa, diagnosticada após 15 meses de terapêutica tuberculostática.

I----T. mediastino-pulmonar -----I---T. extra -pulm.---I

caso nº ➔	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	total
epidemiológico		+		+	+	+	+	+		+	+	+	+		+		11
radiológico	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	16
bacteriológico		+	+	+			+	+			+	+	+		+	+	10
histológico		+									+						2
endoscópico	+	+		+	+	+		+		+							7
serológico	+														+		2
P.C.R.		+															1
Mantoux*			+			+			+	+	+	+		+			7

P.C.R: Polymerase Chain Reaction * Mantoux ≥ a 15 mm

Quadro 4 — Critérios de diagnóstico

Discussão

Nesta revisão e, à semelhança do que vem sendo descrito na literatura¹⁻⁵, verificou-se um aumento do número de internamentos por tuberculose nos últimos anos.

Felizmente, o aumento de internamentos por tuberculose não se traduz, por enquanto, por um equivalente aumento das formas graves, à semelhança do que já se verifica no adulto⁽¹⁾. Note-se que no trabalho anterior, correspondente aos 10 anos que antecederam esta casuística, foram assistidas no HP 124 crianças com tuberculose doença, das quais 32 apresentavam tuberculose disseminada e destas, 21 tinham meningite tuberculosa⁽⁶⁾. Para estes resultados, poderá ter contribuído, não só, uma real diminuição da incidência da doença, mas também, um maior acolhimento e tratamento destes doentes na área onde residem. Repare-se, contudo, que houve uma diminuição proporcional do número de novos casos em toda a Zona Centro, o que é a favor duma real diminuição da incidência da doença.

O grupo etário mais afectado nesta casuística, situa-se nos primeiros 5 anos de vida. Como é habitual, as formas graves, nomeadamente, a tuberculose meníngea e miliar predominaram nas crianças com menos de 2 anos de idade^{7,8}.

No que respeita à imunização com BCG, 13 das 16 crianças (81%) estavam vacinadas. O mesmo não sucedeu com o controlo tuberculínico, efectuado apenas em cinco destas crianças e para o que terá contribuído a baixa idade de diagnóstico. Saliente-se que 4 das 5 crianças com formas extrapulmonares estavam vacinadas, contrariando o que é habitual, onde as formas disseminadas se encontram, frequentemente, em crianças não inoculadas^{3,4,5}. Estes dados colocam algumas dúvidas sobre a real protecção dada pelo BCG que, consoante os autores, varia entre os 31 e os 90%³.

A anergia cutânea ocorreu em 2 dos 3 doentes com meningite tuberculosa o que seria de esperar, uma vez que cerca de metade destes doentes têm provas tuberculínicas negativas⁹.

Em relação aos critérios de diagnóstico (quadro 4), a reacção de Mantoux igual ou superior a 15 mm sendo, entre nós, geralmente aceite como critério de infecção em crianças vacinadas, só se verificou em 7 crianças, tendo as outras valores inferiores que não obstaram ao diagnóstico. Este facto mostra mais uma vez, como são, de certo modo, estéreis as discussões que se mantêm sobre o valor acima do qual se deve considerar infecção na presença de BCG.

Obtivemos uma positividade das culturas em 10 dos 16 casos (62%) o que é um valor alto relativamente à maioria de outras casuísticas, onde o BK é isolado numa percentagem inferior a 50%^{8,11}. O isolamento do BK no suco gástrico foi superior ao aspirado brônquico, o que está de acordo com o facto das formas de tuberculose na criança serem paucibacilares, principalmente nos primeiros anos de vida¹².

O recurso recente à pesquisa do BK por PCR, permite-nos um diagnóstico rápido e com uma sensibilidade que supera a da cultura. Mantém, contudo, uma especificidade ainda longe do desejável, levando a um número elevado de falsos positivos^{11,13,15}. Neste trabalho, foi possível identificar o BK numa das três crianças em que esta técnica foi aplicado.

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 5-13

O serodiagnóstico, feito através da detecção do antígeno A60, foi efectuado em quatro crianças obtendo-se positividade em duas. A especificidade e sensibilidade desta prova, variam, segundo alguns autores, entre 40 a 100% e 26 a 86% respectivamente. A sua utilização, ainda controversa, pode ser importante nos casos de tuberculose doença de difícil diagnóstico, particularmente nas crianças com baciloscopia negativa^{5,14}. Alguns autores defendem o uso deste antígeno na avaliação da resposta à terapêutica¹⁵.

Na maioria dos doentes com tuberculose mediastino-pulmonar optou-se por um regime terapêutico de curta duração. Em dois casos, face à gravidade da apresentação da doença (fístula ganglio-brônquica) ou à baixa idade de início dos sintomas (2,5 meses), optou-se pela terapêutica com quatro tuberculostáticos, adicionando-se a SM durante o primeiro mês de tratamento. Nas formas disseminadas e, de acordo com a literatura, todas as crianças fizeram inicialmente quatro tuberculostáticos.

A resistência aos antibacilares tem vindo a aumentar, principalmente, após o aparecimento da infecção pelo VIH. Esta resistência situa-se, nalguns países, entre os 10 e os 30% e atinge, em primeiro lugar, a INH e a SM^{11,15}. Nesta casuística 2 crianças apresentaram resistência simultânea à INH e à SM. O antibiograma do BK não foi sistematicamente efectuado nestes doentes, estando o seu pedido condicionado à suspeita clínica de resistência (como aconteceu nos dois casos referidos). No entanto, face à possibilidade de resistência aos antibacilares e à inadequada avaliação deste problema em Portugal, a todos os doentes com tuberculose doença e culturas positivas, dever-se-ia pedir o teste de sensibilidade aos antibacilares.

Apesar da resistência "in vitro" à isoniazida este fármaco foi mantido no regime terapêutico destes doentes, face à possibilidade da população bacilar não ser uniformemente resistente bem como à possível potenciação do efeito tuberculostático doutras drogas "in vivo"¹⁵.

Como nota final, gostaríamos de salientar que a tuberculose infantil é, essencialmente, um problema de diagnóstico e tratamento, indevidamente controlados, dos doentes adultos sintomáticos ou não, e que permanecem na comunidade como potenciais contagiantes.

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 5-13

BIBLIOGRAFIA

1. Carapau J. Tuberculose Infantil em Portugal. Acta Pediatr Port 1996; 27:585-7.
2. Carapau J. Tuberculose-Doença Social. Acta Pediatr Port 1996; 27: 589-90.
3. Carapau J. Tuberculose Infantil e Vacinação com o BCG. Acta Pediatr Port 1996; 27: 773-5.
4. Mota MC, Coelho E, Fonseca AM, Senra V. Tuberculose na criança. Rev Port Pediatr 1993; 24: 335-7.
5. Delacourt C, Blic J, Scheinman P. Tuberculose de l'enfant: pour une vigilance accrue. Arch Pédiatr 1994; 1: 779-81.
6. Gonçalves C, Crisóstomo A, Colaço T et al. Tuberculose no Hospital Pediátrico de Coimbra. Saúde Infantil 1989; 11: 5-8.
7. Santamaria A, Saiz B, Palacin A et al. Tuberculosis: una realidad actual. An Esp Pediatr 1993;39: 317-19.
8. Vallejo J, Ong LT, Starke JR. Clinical Features, Diagnosis, and Treatment of Tuberculosis in Infants. Pediatrics 1994; 94: 1-6.
9. Doerr CA, Starke JR, Ong LT. Clinical and public health aspects of tuberculous meningitis in children. J Pediatr 1995; 127: 27-33.
10. Douglas L, Steiner F. Gastric lavage is better than bronchoalveolar lavage for isolation of Mycobacterium tuberculosis in Childhood pulmonary tuberculosis. Pediatr Infect Dis J 1992; 11: 735-8.
11. Stark JR, Correa AG. Management of mycobacterial infection and disease in children. Pediatr Infect Dis J 1994; 14: 455-70.
12. Delacourt C, Poveda JD, Chureau C et al. Use of polymerase chain reaction for improved diagnosis of tuberculosis in children. J Pediatr 1995; 126: 703-9.
13. Stark JR, Jacobs RF, Jereb J. Resurgence of tuberculosis in children. J Pediatr 1992; 120: 839-54.
14. Rosenfeld EA, Hageman JR, Yogev R. Tuberculosis in infancy in the 1990s. Pediatr Clin Nor Am 1993, 40. 1087-100.
15. Gomes MJ. Serodiagnóstico da tuberculose. Rev Port Pneumol 1996; 2: 167-80.
16. Stark JR. Multidrug therapy for tuberculosis in children. Pediatr Infect Dis J 1990; 9: 785-93.

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 5-13

Correspondência: Agostinho Silva Fernandes
Hospital Pediátrico de Coimbra
3000 Coimbra

COBERTURA VACINAL NA IDADE PRÉ-ESCOLAR

Algumas causas de atraso e papel das Ocasões Perdidas

Ana Luísa Teixeira¹, Fernanda Marcelo¹, Ana Gabriela Almeida²,
Paula Silvestre², Conceição Pereira¹, Cristina Figueiredo³

RESUMO

Objectivos: 1) Avaliar a cobertura vacinal na idade pré-escolar em crianças residentes no concelho de Castelo Branco. 2) Identificar factores associados à subvacinação. 3) Analisar a ocorrência e o papel das Ocasões Perdidas (O.P.).

Métodos: Trata-se de um estudo transversal realizado através de entrevista directa aos acompanhantes de crianças dos quatro aos 59 meses de idade que recorreram ao Hospital Amato Lusitano ou ao Centro de Saúde — Extensão de Alcains. Os resultados foram analisados estatisticamente.

Resultados: Analisam-se 158 entrevistas. Globalmente apenas 70,9% das crianças apresentavam cobertura vacinal adequada. Cerca de 90% dos casos apresentavam as vacinas actualizadas. Setenta e cinco crianças (46,2%) sofreram pelo menos um atraso superior a 30 dias em relação a pelo menos uma vacina e estiveram em média 5,2 meses sub-vacinadas. Identificaram-se 123 O.P. em 51 crianças (32,3%). Teoricamente, eliminando as O.P. seria possível reduzir para metade o tempo médio de sub-vacinação e aumentar para 90% a taxa de cobertura vacinal adequada. Encontraram-se vários factores associados à cobertura vacinal inadequada mas os mais significativos, após regressão linear múltipla, foram a idade mais avançada da criança, as vacinações fora da sede do Centro de Saúde e as O.P.

Conclusões: Os autores concluem que é preciso melhorar a cobertura vacinal, sobretudo entre os 15 e os 24 meses de idade. Muitos dos factores associados à vacinação inadequada, podem ser modificados pelos profissionais de Saúde.

Palavras-chave : cobertura vacinal, idade pré-escolar, Ocasões Perdidas.

SUMMARY

Objective: To determine the rate of preschool-age children vaccination, identify factors associated with undervaccination, quantify Missed Opportunities (MO) and to determine their contribution to the undervaccination time.

1 Assistente de Pediatria 2 Interno Internato Complementar de Pediatria 3 Assistente de Clínica Geral
Serviço de Pediatria do Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco — Centro de Saúde de Castelo Branco

Design and methods: A cross-sectional and case-control study where preschool-age children care-takers were interviewed at the Castelo Branco's hospital or at a suburban primary health-care setting. Statistical bivariated and multivariated analysis was performed.

Results: Only 70,9% of the 158 toddlers evaluated were adequately immunized. During the first year of life underimmunization is low, but at 24 months 32,2% of the children are not fully protected. After caught-up he second year of life almost all the children all the immunizations. Seventy five children (46,6%) were ever >30 days past-due for a vaccination and were 5,2 months undervaccinated. The frequency of M.O. was 123 M.O. / 51 children. Missed Opportunities contributed with almost 50% of the total underimmunization time. Several socio-demographic and health practices variables were associated with low coverage but after multivariate analyses only the age of the children, the vaccination far from the City Center and the occurrence of M.O. remain as potential risk factors for underimmunization.

Conclusions: The rate of preschool-children underimmunization is still high and most of the factors associated with it can be modified within the health-care system.

Keywords : vaccination, immunization, preschool children, missed opportunities.

saúde
infantil

1997; 19/1: 15-28

Introdução

Só uma taxa muito elevada de cobertura vacinal (por exemplo para o sarampo acima de 95%) permite obter a “imunidade de grupo”, situação epidemiológica em que é reduzido ao mínimo o risco de contágio¹.

A cobertura vacinal aos dois anos é muitas vezes inadequada²⁻⁷ ao contrário das crianças em idade escolar onde atinge praticamente os 100%^{2,3}.

Em Castelo Branco as taxas de vacinação anuais, aproximam-se dos 90% (dados não-publicados). As fórmulas de cálculo utilizadas oficialmente baseiam-se no número de nados-vivos/ano e no número de inoculações/ano para cada vacina, permitindo erros grosseiros e não discriminando se as vacinas foram administradas de acordo com as idades recomendadas.

Vários factores estão associados à subvacinação²⁻¹³ e podem agrupar-se em três grupos principais^{3,4}:

- 1) *Características da população* (exemplo: baixo nível sócio-económico-cultural, minorias étnicas e religiosas, número de irmãos mais velhos, baixa idade materna).
- 2) *Barreiras do sistema* (exemplo: facilidade de acesso, custos, coordenação entre serviços, sistemas de detecção, burocracia)
- 3) *Atitudes dos profissionais de saúde* (exemplo: Ocasões Perdidas, avaliação do Boletim de Vacinas nas urgências e nos internamentos, conceitos errados e falsas contra-indicações).

Para estabelecer prioridades específicas no sentido de melhorar a cobertura vacinal, é importante que cada região conheça a taxa de vacinação de acordo com a idade, especialmente durante os primeiros dois anos de vida, e identifique os principais factores de risco³⁻⁶.

Este estudo tem como principais objectivos:

- 1) Avaliar a cobertura vacinal na idade pré-escolar, em crianças residentes no concelho de Castelo Branco.
- 2) Identificar factores associados à subvacinação.
- 3) Quantificar as Ocasões Perdidas e analisar o seu impacto no tempo médio de subvacinação e na taxa de cobertura vacinal adequada.

Definições

• **Ocasão Perdida (O.P.)** — Qualquer visita médica ou de enfermagem, onde uma criança podia ter sido vacinada ou aconselhada a vacinar-se, de acordo com o esquema cronológico recomendado pelo Plano Nacional de Vacinação (quadro 1) e não o fez.

Quadro 1— Idades recomendadas para cada vacina

	Idade em meses até 11/1990	Idade em meses desde 11/1990*
BCG	até aos 28 dias	até aos 28 dias
DTP1 e VAP1	3	2
DTP2 e VAP2	5	4
DTP3 e VAP3	7	6
VASPR	15	15
DTP4	18 - 24	18 - 24

BCG — Vacina anti-tuberculose (Bacilo Calmette-Guerin)
DTP— Difteria, Tétano e Pertussis; VAP- Vacina anti-Poliomielite
VASPR- Vacina anti - Sarampo, Parotidite e Rubéola

* Circular normativa 10/DTP de 4/9/90 da DGCSP.

• **Cobertura vacinal adequada** — Completar os seguintes esquemas vacinais, até às seguintes idades^{7,12}:

- Esquema 1** — BCG + DTP1 + VAP1 até aos **3 meses** (até aos 4 meses nas crianças nascidas antes de Novembro de 1990).
- Esquema 2** — Esquema 1 + DTP3 + VAP3 até aos **12 meses**.
- Esquema 3** — Esquema 2 + VASPR até aos **18 meses**.
- Esquema 4** — Esquema 3 + DTP4 até aos **24 meses**.

saúde
infantil

1997; 19/1: 15-28

- **Vacinas de acordo com a idade** — Vacinas administradas até 30 dias depois da idade recomendada para cada vacina.
- **Vacinas actualizadas** — Todas as vacinas previstas para determinada idade mas administradas com um atraso superior a 30 dias em relação a pelo menos uma vacina.
- **Ponto prevalente de subvacinação** — Proporção de crianças que ultrapassa 30 dias após a data recomendada para qualquer vacina numa determinada idade.
- **Prevalência cumulativa de subvacinação** — Proporção de crianças que estão ou estiveram em qualquer altura, mais de 30 dias atrasadas para qualquer vacina até uma determinada idade.
- **Tempo de subvacinação** — Tempo total em meses que uma criança passou sem uma vacina, para além dos 30 dias de tolerância.
- **Doença crónica** — Qualquer doença com evolução superior a três meses, em qualquer altura e independentemente da gravidade.

Métodos

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 15-28

Trata-se de um estudo transversal onde a colheita dos dados foi feita através de entrevista directa aos acompanhantes de crianças dos 4 aos 59 meses de idade, residentes no concelho de Castelo Branco que recorreram ao Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco (urgência, internamento e consulta externa do Serviço de Pediatria) ou ao Centro de Saúde de Alcains. Para o efeito utilizou-se um questionário previamente concebido, incluindo perguntas sobre motivo da actual visita, história social, antecedentes familiares e pessoais, consultas habituais, frequência de Jardim Infantil, ocorrência e razões de O.P., reacções às vacinas e atitudes e conhecimentos dos acompanhantes sobre as vacinas. As datas de cada vacinação foram recolhidas directamente dos boletins de vacinas ou dos registos do Centro de Saúde.

Critérios de exclusão: — Irmãos de crianças já incluídas
— Impossibilidade de comprovar todas as datas de todas as vacinações

Este estudo obteve a aprovação prévia do Director do Serviço de Pediatria do Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco, Exmº Sr. Dr. Fernando Dias de Carvalho, do então Director do Centro de Saúde de Castelo Branco, Exmº Sr. Dr. Carlos Rodrigues e dos acompanhantes de cada criança.

Análise dos dados

Apresentam-se os intervalos de confiança a 95% para as percentagens observadas. As comparações entre as crianças com cobertura vacinal inadequada e as crianças com cober-

tura vacinal adequada (grupo controlo) são analisadas pelo método do χ^2 , com a correcção de Yates quando necessário (variáveis descontínuas) ou pelo método t de Student (variáveis contínuas). As variáveis significativas no primeiro modelo foram depois introduzidas num modelo de correlação linear múltipla.

Resultados

Realizaram-se 184 entrevistas, desde o dia 14/05/93 ao dia 27/09/94; excluíram-se 26 casos por impossibilidade de comprovar todas as vacinações. Estudaram-se os dados referentes a 158 crianças.

O acompanhante foi em 145 casos (92%) a mãe, em 6 casos uma avó, em 4 casos o pai e em 3 casos outro familiar.

As entrevistas tiveram lugar no Serviço de Urgência (n = 85), no Serviço de Pediatria (41 casos na enfermaria e 9 casos na consulta externa) e no Centro de Saúde de Alcains (n = 21).

Os quatro principais motivos de visita no dia da entrevista foram: infecções respiratórias (n = 45); alterações gastro-intestinais (n = 23); febre (n = 19) e consultas programadas (n=18). Salientamos que seis crianças recorreram ao Hospital com sarampo, em Março e Abril de 1994, todas sem VASPR, quatro tinham menos de 15 meses de idade (mínimo 10 meses) e cinco frequentavam Jardim Infantil.

A maioria das crianças era de raça caucasiana (n = 154), sendo duas de raça negra e duas de etnia cigana.

A idade média das crianças na altura da entrevista foi de $27,6 \pm 38,8$ meses (4 aos 59 meses).

Apenas quatro mães não eram casadas, sendo uma solteira e três divorciadas.

Vinte e quatro casos (15%) não traziam Boletim de Vacinas, tendo sido verificadas as datas de cada vacina no Centro de Saúde.

Em 42 crianças (26,5%) houve referência a reacções vacinais, na maioria febre inferior a 39°C (n = 29), reacção ligeira ou moderada no local da injeção (n = 7), febre elevada (n = 3) e irritabilidade/choro prolongado (n = 3). As vacinas mais frequentemente incriminadas foram a DTP1, DTP3 e VASPR.

Em 13 casos havia referência a doença crónica, geralmente bem tolerada, predominando as infecções respiratórias altas de repetição, asma brônquica, eczemas e anemias.

O nível de conhecimento dos acompanhantes foi avaliado pelas doenças que mencionaram como evitáveis pelas vacinas “obrigatórias. Consideramos como resposta certa “meningite”, leia-se *Hemophilus influenzae* e “hepatite”, leia-se hepatite B. Trinta e sete dos inquiridos (23,4%) não conhecia ou não se lembrou de nenhuma doença e apenas 8% respondeu acertadamente a três ou mais. Dos que responderam, mais de 80% referiu o sarampo, 41% mencionou a rubéola e a tuberculose; cerca de 20% lembrou-se da papeira, tosse convulsa e poliomielite, sendo a doença mais esquecida (5,8%) a difteria. Outras doenças mencionadas e consideradas erradas foram a varicela, varíola, febre tifóide, gripe e epilepsia.

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 15-28

Cobertura vacinal

Globalmente apenas 70,9% das crianças apresentava cobertura vacinal adequada na altura da entrevista, embora 89,9% tivesse as vacinas actualizadas. Aos três/quatro meses, 98,7% completou o esquema 1, sendo a taxa muito inferior aos dois anos onde apenas 67,8% completou o esquema 4 (Quadro 2).

Esquema (idade meses)	nº	% vacinas adequadas	% vacinas actualizadas
Esquema 1 (≥3/4)	158	98,7 (92 - 100)	99,4 (90 - 100)
Esquema 2 (≥12)	111	92,8 (80 - 100)	98,2 (90 - 100)
Esquema 3 (≥18)	86	70,9 (62 - 81)	75,4 (66 - 85)
Esquema 4 (≥24)	65	67,8 (61 - 81)	93,8 (82 - 100)
Total	158	70,9 (64 - 77)	89,9 (82 - 98)

(Intervalo de confiança a 95%)

Quadro 2 — Cobertura vacinal

saúde
infantil

1997; 19/1: 15-28

Realizando cortes transversais aos três, seis, nove, 12, 18, 24 e 36 meses, descriminam-se as percentagens de vacinas administradas de acordo com a idade recomendada, actualizadas e em falta para cada vacina.

A BCG foi administrada até aos dois meses de idade em 96% dos casos e aos seis meses 99,3% das crianças estava vacinadas.

A primeira dose de DTP e VAP foi dada na idade recomendada em 86% dos casos; aos seis meses (n=145) havia duas crianças sem a vacina; aos doze meses a cobertura com DTP1 e VAP1 atingiu os 100% com 14% de administrações atrasadas.

A DTP3 e VAP3 e DTP4, foram administradas em 98,8% e 100% das crianças respectivamente, embora com atrasos em cerca de 30% dos casos (fig. 1 e 2).

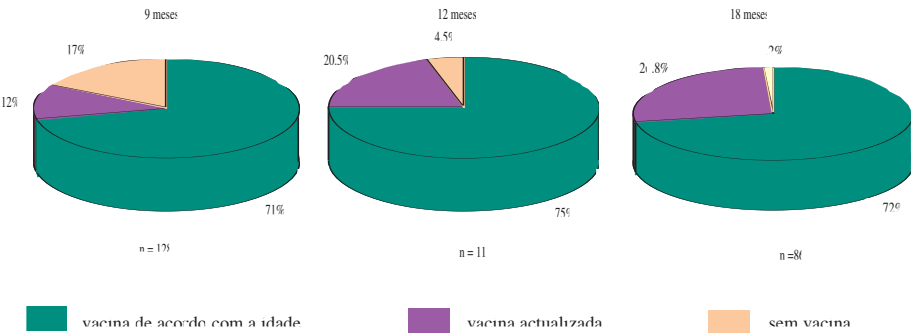


Figura 1 — Vacinação com DTP3 + VAP3

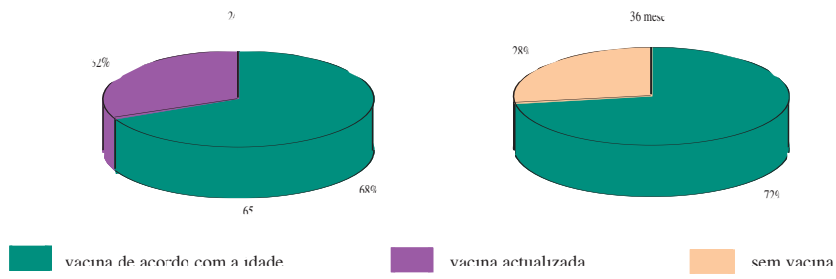
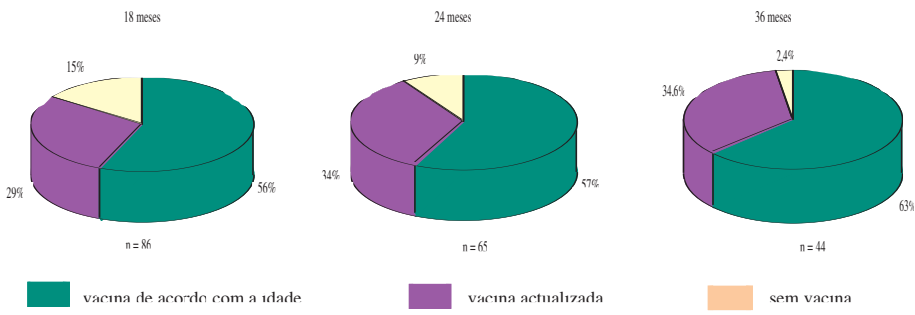


Figura 2 — Vacinação com DTP4

Aos 16 meses apenas 60% da população estudada estava vacinada com a VASPR e aos dois e três anos ainda existiam seis e uma criança sem vacina respectivamente (fig.3).



saúde infantil

1997; 19/1: 15-28

Figura 3 — Vacinação com VASPR

O ponto prevalente e a prevalência cumulativa de subvacinação foram máximos aos 24 meses (fig. 4).

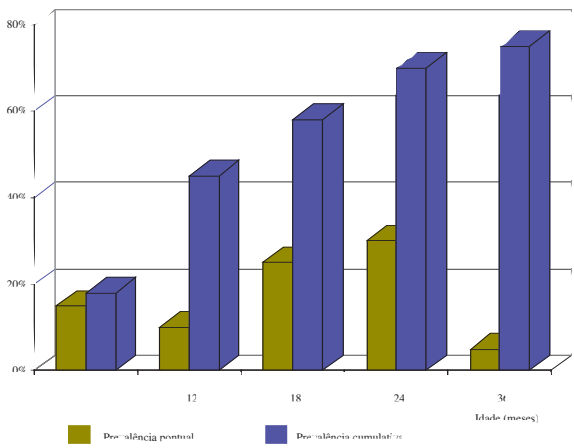


Figura 4 — Prevalência de subvacinação

Com base nos dados do Boletim Individual de Saúde e na opinião dos acompanhantes de cada criança, foi possível em alguns casos identificar as principais causas de atraso que agrupamos por ordem de frequência :

- 1 — Falha de serviços (Ex. falta de lote de vacina; falta de médico; não verificar cobertura vacinal; exigir o Boletim de Vacinas para proceder à vacinação) (32 atrasos).
- 2 — Inércia/Recusa dos pais (24 atrasos).
- 3 — Falsas contra-indicações (17 atrasos).
- 4 — Não associar vacinas (9 atrasos VASPR + DTP4 e 4 atrasos BCG + DTP1).
- 5 — Contra-indicações verdadeiras (5 atrasos).

Identificaram-se 123 Ocasões Perdidas (O.P.) em 51 crianças (32%) com uma média de 2,4 O.P./criança. O motivo de visita quando da O.P. foi na maioria dos casos uma consulta médica de rotina, uma visita de enfermagem para controlo do peso, uma doença aguda ligeira. Em dois casos as crianças encontravam-se internadas no Serviço de Pediatria. O tempo médio de subvacinação, em 75 crianças que sofreram atrasos superiores a 30 dias em relação a pelo menos uma vacina, foi de 5,2 meses/criança. Analisando o tempo total de subvacinação para cada vacina e a proporção desse tempo potencialmente atribuível às O.P., verifica-se que eliminando as O.P. seria possível reduzir para metade o tempo médio de subvacinação (fig. 5) e aumentar a taxa de cobertura vacinal adequada de 70,9 para 89,9%.

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 15-28

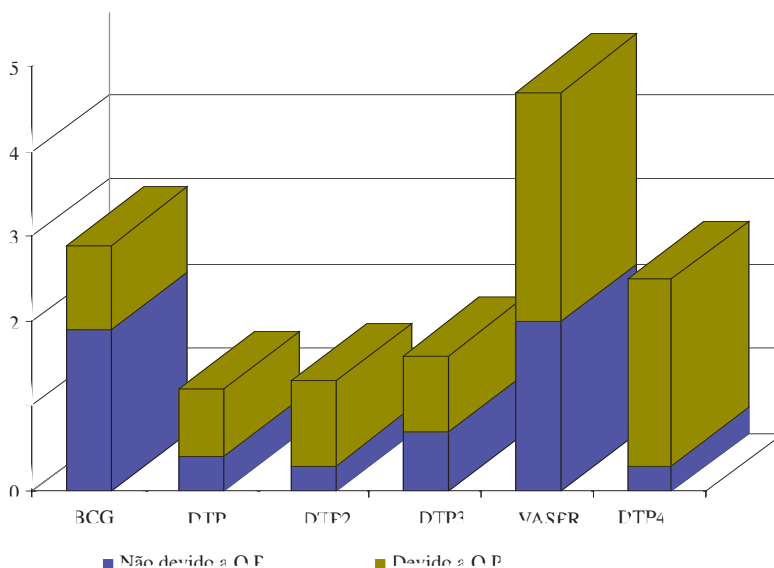


Figura 5 — Tempo médio de subvacinação

Durante o actual trabalho identificámos 15 crianças que poderiam ter sido vacinadas no dia da entrevista (seis no Serviço de urgência, seis no Serviço de Pediatria e três no Centro de Saúde de Alcains). Foi possível vacinar cinco casos na enfermaria e três no Centro de Saúde, tendo sido recomendado às restantes que se dirigissem logo que possível ao Centro de Saúde. Procurando identificar possíveis factores de risco associados à má cobertura vacinal, compararam-se várias características entre as crianças com vacinas adequadas e inadequadas (quadros 3 e 4).

	Vacinas adequadas N= 112	Vacinas inadequadas N= 46	p
	n° (%) ou média \pm d.p.	n° (%) ou média \pm d.p.	
Sexo masculino	58 (51,8)	21 (45,6)	NS
Idade na entrevista (meses)	2,55 \pm 5,6 ⁺	33,67 \pm 5,15	<0,001
Peso ao nascer	3000 \pm 520,1	3338 \pm 444,6	NS
Mudanças de residência	7 (6,3)	4 (8,7)	NS
Morada fora da cidade	3 (9,6)	25 (60,9)	< 0,001
Classe social (Graffar)			
I	2 (0,7)	3 (6,5)	
II	65 (60,7)	24 (52,17)	
III e IV	37 (78,6)	9 (41,3)	< 0,05
Idade da mãe no parto (anos)	26,55 \pm 4,1	26,43 \pm 4,61	NS
Escolaridade da mãe #	7,59 \pm 3,64	6,98 \pm 3,7	NS
Nº irmãos mais velhos*			
0	32 (28,6)	22 (47,8)	
1	32 (28,6)	4 (30,4)	
2	4 (2,5)	0 (0,7)	NS
Doença crónica	7 (6,3)	6 (13)	NS
Reacções vacinais	42 (38,4)	0 (0,6)	NS
Frequência de lactar Infantil	50 (52,69)	26 (56,5)	NS
Idade de entrada no lactar infantil (meses)	0,93 \pm 0,05	20,3 \pm 3,4	< 0,01
Conhecimentos			
Nº respostas certas	20 (7,86)	8 (39,13)	
>	92 (82,14)	25 (60,87)	< 0,01

Considerado o nível mais elevado entre o pai e a mãe

* Ter um ou mais irmãos influencia significativamente os esquemas 2 e 3

Quadro 3 — Características da população

	Vacinas adequadas N= 112	Vacinas inadequadas N= 46	p
	nº(%) ou média ± d.p.	nº(%) ou média ± d.p.	
Consultas habituais			
Centro de Saúde	82 (73,2)	38 (82,6)	
Med. co. particular	27 (24,1)	4 (8,7)	< 0,05
Hospital	3 (2,68)	3 (6,52)	
Local das Vacinas			
Sede	91 (81,25)	20 (43,42)	
Extensões	21 (6,75)	26 (56,2)	<0,00001
Oportunidades Perdidas			
nº med. criança	72 ± 0,97	0,38 ± 0,91	< 0,001
Crianças com ≥ 2 O.F.	8 (7,4)	22 (47,8)	< 0,00001

Quadro 4 — Factores ligados à prestação de cuidados

saúde infantil

1997; 19/1: 15-28

Introduzindo as variáveis significativas em análise bivariada, num modelo de regressão linear múltipla, permanecem como variáveis independentes significativas, a idade na altura da entrevista, o local de vacinação e as O.P.

Discussão

O objectivo do Comité Europeu da OMS¹⁴ em 1985 era atingir uma cobertura vacinal de 90% aos dois anos de idade, até 1990. Este objectivo parece ainda estar longe de ser alcançado, pelo menos no concelho de Castelo Branco. Em Portugal, que seja do nosso conhecimento, não existem estudos alargados que permitam ter uma ideia real da taxa de vacinação adequada na idade pré-escolar. As taxas oficiais reflectem mais as vacinas actualizadas e chegam a ultrapassar os 90% podendo influenciar perigosamente as atitudes dos profissionais de saúde que ficam assim descansados, pressupondo ter já atingido o seu objectivo. Este estudo demonstra que “actualizado” e “adequado” não são sinónimos e, mesmo considerando o limite superior do intervalo de confiança (quadro 2) é provável que pelo menos 20% das crianças residentes no Concelho de Castelo Branco estejam na realidade sub-vacinadas até aos dois anos de vida.

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 15-28

A vacinação anti-sarampo merece-nos especial atenção e tem sido avaliada em alguns estudos portugueses na sequência de surtos em 1989 e 1994^{15,16}. Em Castelo Branco foram declarados 33 casos de sarampo em 1994 (dados da Sub-Região de Castelo Branco da ARS), todos em crianças com menos de cinco anos de idade, tendo quatro menos de 12 meses. O nosso estudo “apanhou” seis destas crianças e nenhuma tinha a vacina. Um dado utilizado em Portugal para avaliar o estado imunitário da população é a percentagem de crianças vacinadas contra o sarampo até aos dois anos. Desde 1983 até 1988 esta percentagem aumentou de 47,2% para 84,3%¹⁵. Em Castelo Branco esta percentagem era de 66% em 1990, subindo para 90,5% em 1994. Por um lado, no nosso estudo, o número de crianças com idade igual ou superior a 24 meses é relativamente pequeno e a percentagem observada pode ser falsamente baixa em relação à população geral; por outro lado perante os casos de sarampo observados em 1994, o Centro de Saúde foi alertado e procedeu nesse ano a 119 inoculações com VASPR dos 12 aos 14 meses (e também 49 inoculações com VAS antes dos 12 meses) pelo que a percentagem obtida é mais alta do que nos anos anteriores.

Consideramos excessivamente elevada a percentagem de crianças que sofrem atrasos superiores a 30 dias em relação à data recomendada para as vacinas (50%). A maior parte das razões apuradas prendem-se com atitudes e práticas dos profissionais de saúde que urge modificar e estão directamente ligadas aos chamados factores de risco que se discutem adiante.

Tal como noutros estudos^{2-4,6,7} as Ocasões Perdidas (O.P.) assumem um papel determinante no estado vacinal das crianças em idade pré-escolar. É fundamental que os profissionais de saúde se consciencializem desta importância e tudo façam para não deixar passar

nenhuma oportunidade de vacinar cada criança que observam. Alguns motivos de O.P. prendem-se com aspectos burocráticos difíceis de contornar, como a má ligação entre Serviços e a falta de lotes de vacinas, no entanto a maioria das vezes devem-se a concepções erradas dos profissionais quanto às contra-indicações e quanto à administração de vacinas simultâneas. Lembramos que a DGSCP publicou Orientações Técnicas sobre o Programa Nacional de Vacinação¹, sob uma forma simples e fácil de consultar mas talvez não devidamente divulgada. É também relativamente frequente o técnico deixar passar uma ocasião porque nem sequer deu por ela, não teve tempo ou não se lembrou de pedir o Boletim de Vacinas, por exemplo no serviço de urgência¹⁷ ou na enfermaria¹¹.

Vários factores parecem influenciar a cobertura vacinal das nossas crianças. A idade não é certamente um factor de risco só por si mas, quanto mais tempo passa mais vacinas são administradas e a probabilidade de ocorrerem atrasos aumenta. Por outro lado a prevalência pontual e cumulativa de subvacinação foram máximas aos 24 meses (figura 4), pelo que o segundo ano de vida deve considerar-se uma idade de risco. A residência fora da cidade liga-se muitas vezes a dificuldades de acesso aos Serviços (exemplo: transportes). A diferença encontrada entre as crianças vacinadas na sede e nas extensões do Centro de Saúde, poderá explicar-se em parte pela menor disponibilidade em vacinas, pelas características da população (predominantemente rural e suburbana nas extensões) e talvez também pela menor motivação dos profissionais aí colocados que trabalham muitas vezes com poucas condições. O Jardim Infantil pode influenciar positivamente a taxa de vacinação^{8,11} e existe em Portugal legislação nesse sentido. No presente estudo cerca de metade das crianças frequentavam Jardim Infantil, não havendo diferença entre os dois grupos, note-se que em 21 casos não foi exigido o Boletim de Vacinas. Apesar de tudo o Jardim Infantil parece ter algum efeito protector quando a criança é admitida em idade útil de ser vacinada. As consultas habituais no médico particular influenciam positivamente a cobertura vacinal, talvez porque a família tenha uma melhor situação sócio-cultural mas também, acreditamos, pelo tempo dedicado ao ensino e à sensibilização para a saúde por parte do médico. O nível de conhecimentos sobre as vacinas foi avaliado grosseiramente e o número de respostas certas foi em geral, bastante fraco, no entanto a ignorância foi maior nas crianças com cobertura vacinal inadequada. Outros factores classicamente associados à má cobertura vacinal, como a raça, família uniparental, escolaridade da mãe, mudanças de residência e número de irmãos mais velhos²⁻¹³ não atingiram neste estudo significado, talvez em parte pelo pequeno número de casos.

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 15-28

Limitações do estudo

A população em idade pré-escolar no Concelho de Castelo Branco, no período do estudo calcula-se em aproximadamente 2700 crianças (com base nos nados-vivos de 1990 a 1994). A nossa amostra representa 5,9% dessas crianças mas o número obtido não permite comparações rigorosas entre as crianças com vacinas adequadas e inadequadas nas diferentes idades-chave, nomeadamente aos dois anos.

Neste estudo a amostragem foi obtida duma população que recorreu aos serviços de saúde e pode não representar exactamente a população geral, excluindo “maus” casos que não têm acesso ao sistema mas também “bons” casos, saudáveis e que recorrem à medicina privada.

Ao basear grande parte dos dados nas respostas dos acompanhantes é possível um certo desvio da realidade⁵ e o estudo teria ficado mais correcto se completado com entrevistas aos profissionais de saúde.

As O.P. podem ter sido sobrestimadas por incapacidade de identificar retrospectivamente algumas contra-indicações verdadeiras ou subestimadas por não estarem registadas no Boletim Individual de Saúde todas as visitas aos serviços de saúde.

Conclusões e recomendações

Apesar de 90% das crianças em idade pré-escolar terem as vacinas actualizadas, apenas 71% apresenta cobertura vacinal adequada. A cobertura é sobretudo inadequada para a VASPR que só em 56% dos casos foi administrada de acordo com a idade recomendada.

É preciso melhorar a cobertura vacinal na idade pré-escolar e para isso é fundamental :

- **VIGIAR** e conhecer o estado vacinal das crianças em idade pré-escolar em cada região, realizando estudos transversais periódicos e utilizando bases de dados centralizadas.
- **PROCURAR** as crianças em risco, identificando-as nas consultas habituais, durante os internamentos, nos Serviços de urgência, jardins infantis, programas de acção social e utilizando sistemas de alarme em idades-chave que permitam convocar atempadamente essas crianças.
- **FACILITAR** o acesso aos Serviços de Saúde e desburocratizar.
- **APROVEITAR todas as ocasiões para vacinar uma criança.**
- **ENSINAR os pais e os profissionais de Saúde.** Vale sempre a pena investir no ensino e na formação. Os pais mais esclarecidos recorrem mais aos Serviços de Saúde e os profissionais mais bem formados e interessados não perdem ocasiões para vacinar e para ensinar.

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 15-28

Agradecimentos

Ao Dr. Carlos Rodrigues e à Dr^a Margarida Borrego pela disponibilização de dados.

BIBLIOGRAFIA

1. DGCS, Normas de vacinação do Programa Nacional de Vacinação — Orientações técnicas, circular informativa, Junho 1991
2. Rodewald EC, Szilagyi PG, Humiston SG, Rauberts RF, Roghmann KJ. Is an Emergency Department visit a marker for under vaccination and missed vaccination opportunities among children who have access to primary care? *Pediatrics* 1993;91(3):605-11
3. Szilagyi PG, Rodewald LE, Humiston SD, Raubertas RF et al. Missed opportunities for children vaccination in office practices and the effect on vaccination status. *Pediatrics* 1993;91(1):1-7
4. Wood DW, Donald-Serbourne C, Halfon N, Tucker MB et al. Factors related to immunization status among inner-city latino and african-american preschoolers. *Pediatrics* 1995;96(2):295-301
5. Bobo JK, Gale JL, Thapa PB, Wassilak SGF. Risk factors for delayed immunization in a random sample of 1163 children from Oregon and Washington. *Pediatrics* 1993;91(2):308-14
6. Farizo KM, Stehr-Green PA, Markowitz LE, Patriarca PA. Vaccination levels and missed opportunities for measles vaccination: A record audit in a Public Pediatric Clinic. *Pediatrics* 1992;89(4):589-92
7. Gindler JS, Cutts FT, Barnett-Antinori ME, Zell ER et al. Success and failures in vaccine delivery: Evaluation of the Immunization Delivery System in Puerto Rico. *Pediatrics* 1993;91(2):315-20
8. Hinman AR. What will it take to fully protect all american children with vaccines? *AJDC* 1991;145:559-62
9. Klein N, Morgan K, Wansbrough-Jones MH. Parents beliefs about vaccination: the continuing propagation of false contraindications. *BMJ* 1989;298:1687
10. Li J, Taylor B. Factors affecting uptake of measles, mumps, and rubella immunisation. *BMJ* 1993;307:168-71
11. Kum-Nji P, James D, Herrod HG. Immunization status of hospitalized preschool children: Risk factors associated with inadequate immunization. *Pediatrics* 1995;96(3):434-8
12. Williams IT, Milton JD, Farrel JB, Graham NMH. Interaction of socioeconomic status and provider practices as predictors of immunization coverage in Virginia children. *Pediatrics* 1995;96(3):439-46
13. Miller LA, Hoffman RE, Barón AE, Marine WM, Melinkovich P. Risk factors for delayed immunization against measles, mumps, and rubella in Colorado two-year-olds. *Pediatrics* 1994;94(2):213-19
14. WHO: Expanded programme on immunization: European Conference on Immunization Policies. *Weekly Epid. Rec.* 1985;60:165-72
15. Lemos L, Escumalha PM, Branco O. O sarampo que temos (teremos...): Reflexões sobre uma amostragem da situação vacinal. *Rev.Port.Ped.* 1990;21(1):19-22
16. Frazão AM, Moura I, Pires F, Fernandes I, Dinis I. Sarampo no Distrito de Évora — Revisão 1º semestre de 1994. *O Petiz* 1994;4(1):17-22

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 15-28

17. Bell LM, Lopez NI, Pinto-Martin J, Casey R, Gill FM. Potencial impact of linking an Emergency Department and Hospital — Affiliated Clinics to immunize pre-school-age children. *Pediatrics* 1994;93(1):99-103

Correspondência: Ana Luísa Teixeira
Serviço de Pediatria
Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco
Avenida Pedro Álvares Cabral
6000 Castelo Branco

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 15-28

A Ciência Médica há 100 Anos



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

Odontalgia

Chlorhy. de cocaína — — 0,1 gr.
Opio em pó — — — — 0,4 "
Menthhol — — — — 0,1 "
Althéa — — — — 0,3 "
Mistura com glicerina e gam-
ma arábica, e dividida em 10 pi-
tulas f^{as}. metter na cavi^{da} dentaria.

2

Menthhol — — — — 2 gr.
Chloral-creosol — — — 3 "
em fricção na gengive.

INGESTÃO DE CÁUSTICOS — VELHO PROBLEMA, NOVOS AGENTES

Experiência do Hospital Pediátrico de Coimbra em 1995

Cristina Gouveia¹, Paula Garcia², A. Nogueira Brandão³, A. Mendes António⁴

RESUMO

Durante o ano de 1995 ocorreu um número significativo de acidentes por ingestão de produtos cáusticos de elevada agressividade. Registou-se um total de 20 crianças acidentadas com idades compreendidas entre os 14 e os 60 meses, tendo-se verificado um predomínio do sexo masculino. A maioria dos acidentes ocorreu em casa ou em locais bem conhecidos da criança. Em 8 (40%) dos casos o cáustico encontrava-se em recipientes por onde as crianças habitualmente bebem (garrafas ou chávenas) e em 17 (85%) o produto tóxico continha soda cáustica na sua composição. Em 8 (40%) os produtos eram para uso industrial, predominando a soda cáustica na sua composição em 5 casos. Foram observadas lesões esofágicas em 12 (60%) das crianças, sendo consideradas graves em 8.

Em 7 (35%) dos casos ocorreu estenose esofágica com necessidade de dilatações em 6.

Palavras-chave: cáusticos, soda cáustica, esofagite cáustica, estenose esofágica.

SUMMARY

In 1995 a significant number of accidents occurred, due to the ingestion of potent caustic products. There was a total of 20 accidents in children, between the ages of 14 and 60 months, predominantly males. Most of them happened at home or in a setting well known by the child.

The caustic product was inside a recipient commonly used by the child (bottles or cups) in 8 cases (40%), and in 17 (86%) there was sodium hydroxide in its composition. Eight products were for industrial use, 5 of them containing sodium hydroxide. Twelve children had esophageal lesions, considered severe in 8.

Esophageal strictures developed in 7 cases, 6 of them requiring dilatation.

Keywords: caustics, sodium hydroxide, caustic esophagitis, esophagic strictures.

1 Interna Complementar de Pediatria - H. D. Faro 2 Interna Complementar de Pediatria — H. D. Aveiro
3 Assistente Hospitalar Graduado de Pediatria — H.P. 4 Chefe de Serviço de Pediatria — H.P.
Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução

A intoxicação aguda accidental na criança é uma causa frequente de consulta e internamento hospitalar. Dentre os diversos tipos de intoxicação, a medicamentosa é a mais frequente⁽¹⁻⁴⁾. Habitualmente este tipo de intoxicação é tratado em horas ou alguns dias com recuperação total, se forem tomadas atitudes correctas e atempadas.

No tocante à intoxicação por cáusticos a situação é muito diferente. Na verdade quando o cáustico é ingerido, provoca de imediato lesões de queimadura, cuja gravidade está directamente relacionada com o grau de corrosividade do mesmo. É raro o acidente mortal na criança pequena, contudo as sequelas podem ser muito graves com custos sociais e humanos consideráveis⁽⁵⁻¹⁴⁾.

Os agentes implicados são as bases e ácidos fortes e, como é habitual em qualquer intoxicação, está subjacente a negligência dos utilizadores, habitualmente familiares.

O tipo, o local e a gravidade da lesão varia consoante se trate de base ou ácido. As bases provocam de imediato necrose por liquefação, lesando particularmente o esófago; os ácidos provocam necrose por coagulação e lesam predominantemente o estômago⁽⁵⁻¹⁴⁾. Este facto determina à partida, procedimentos completamente diferentes dos utilizados nas intoxicações medicamentosas, não devendo ser administrados “antídotos” nem induzido o vômito.

Ultimamente, com o uso frequente de detergentes industriais contendo soda cáustica em concentrações elevadas, surgiram acidentes graves que antes geralmente se verificavam apenas com produtos domésticos. O facto de em 1995 ter sido tratado no Hospital Pediátrico (HP) um número significativo de crianças que ingeriram cáusticos de elevada corrosividade, particularmente detergentes industriais e, por vezes em circunstâncias impensáveis, levou à elaboração deste trabalho.

Material e métodos

Foram consultados todos os processos de crianças que recorreram ao HP por ingestão ou contacto com cáusticos de elevado grau de corrosividade, durante o ano de 1995.

Foram analisados os seguintes parâmetros: distribuição por sexo e idade, características do cáustico, local do acidente e circunstâncias do mesmo, grau de lesão esófago-gástrica e principais complicações. Relativamente à observação endoscópica, as lesões esofágicas foram classificadas em *Esofagite de Graul* quando existia edema e hiperemia da mucosa, *Esofagite de Grau II* quando havia placas esbranquiçadas com formação de pseudo-membranas, mas com distensibilidade esofágica mantida; *Esofagite de grau III* se, além da formação de pseudo-membranas, havia ulcerações hemorrágicas e distensibilidade esofágica comprometida.

Todos os casos com esofagite de grau II e III, à excepção de um, cumpriram tratamento com prednisolona e amoxicilina.

saúde
infantil

1997; 19/1: 33-40

Resultados

Foram seleccionados os processos de 20 crianças. Registou-se um predomínio do sexo masculino com 14 casos (70%).

A média das idades das crianças envolvidas era de 33 meses, com valores extremos de 14 e 60 meses. Em 70% dos casos o acidente ocorreu no segundo e terceiro anos de vida (Fig.1).

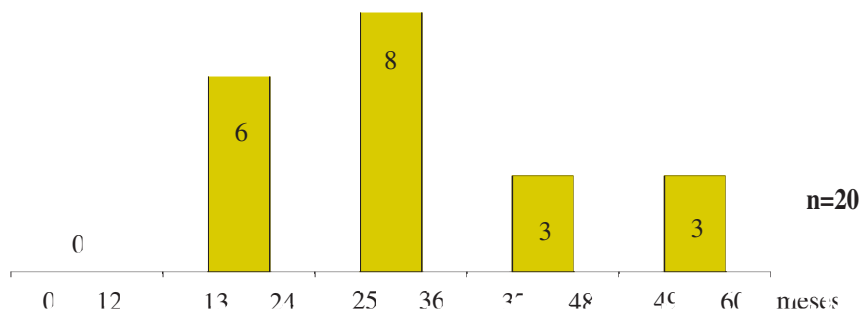


Fig 1 — Distribuição por idades

O acidente ocorreu na casa da própria criança em 12 casos, 5 dos quais na cozinha. Em 5 casos ocorreu em cafés ou restaurantes, pertença de familiares da criança, 2 em minimercados (local de trabalho das mães) e 1 na casa de um vizinho.

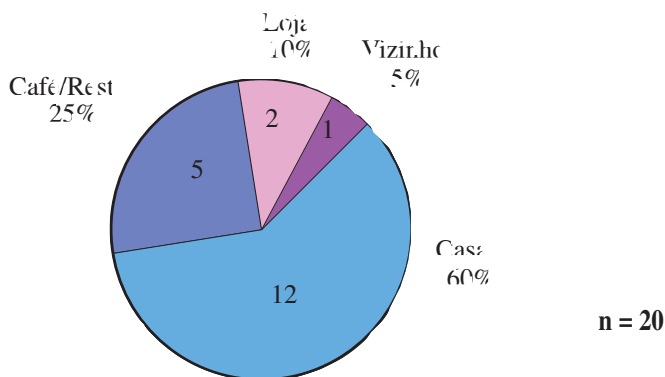


Fig 2 — Local do acidente

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 33-40

As circunstâncias do acidente são conhecidas em 17 casos:

Em 8 dos 17 casos (47%), o cáustico encontrava-se em recipiente próprio e rotulado, mas destapado. Em 5 (29%), o produto “detergente industrial” havia sido colocado em garrafas de água de mesa e em 3, o cáustico encontrava-se em chávenas, para uso imediato. No outro, o produto (soda cáustica em cristais) havia sido colocado no pavimento para limpeza (Quadro 1).

Em três situações o produto incorrectamente acondicionado, foi inadvertidamente oferecido por adultos que desconheciam o conteúdo dos recipientes.

Recipiente próprio, destapado	8 (47%)
Garrafa de água mineral	5 (29%)
Chávena	3 (18%)
Pavimento	1 (6%)

Quadro 1 — Circunstâncias do acidente (n=17)

Em 16 casos (80%) o produto encontrava-se na forma líquida. Relativamente ao tipo de cáustico, registou-se um predomínio claro do hidróxido de sódio (soda cáustica), responsável por 80% das situações. Apenas um acidente ocorreu com um produto contendo ácido fosfórico (Quadro 2).

saúde
infantil

1997; 19/1: 33-40

Soda cáustica para uso doméstico (líquida)	8
Detergente com soda cáustica	5
Soda cáustica (forma sólida)	4
Detergente industrial com hipoclorito de sódio	2
Detergente industrial com ácido fosfórico	1

Quadro 2 — Tipo de cáustico (n = 20)

Foi realizada endoscopia digestiva alta em todas as crianças. Em 19 nas primeiras 24 horas e na restante às 48 horas após o acidente.

Em 2 casos observou-se esofagite de Grau I, em 2 esofagite de grau II e em 8 esofagite de grau III. Em 3 das crianças com esofagite de Grau III ocorreram ulcerações gástricas concomitantes (Fig. 3).

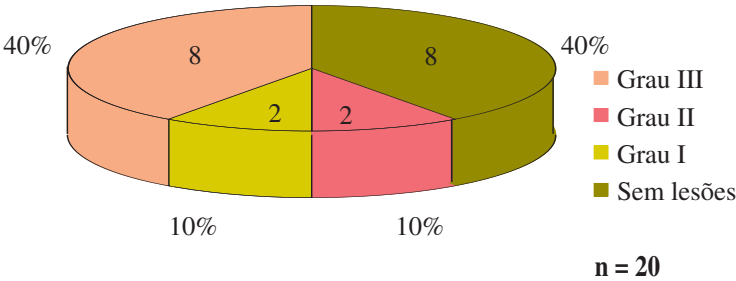


Fig 3 — Grau de lesão esofágica

Em 8 (40%) das crianças não se verificaram lesões esofágicas. Em 2 destas o agente era a soda cáustica em cristais, em 1 era soda cáustica em pó, em 1 era hipoclorito de sódio e numa outra tratava-se de um detergente líquido com ácido fosfórico. Nas três restantes, embora se tratasse de soda cáustica líquida, tinha havido apenas contacto oral. Os dois casos com esofagite de grau I correspondiam a uma ingestão de soda cáustica líquida e outro, de hipoclorito de sódio. Os dois casos com esofagite de grau II tinham ingerido soda cáustica líquida. Dos 8 casos com esofagite grave, 7 tinham ingerido soda cáustica líquida e o restante, soda cáustica em grânulos.

Nenhum dos casos apresentou complicações graves precoces. Os casos com lesões mais severas foram alimentados por sonda nasogástrica apenas até ao desaparecimento da disfagia. Em 7 casos (35%) resultou estenose esofágica, tendo 6 destes iniciado programa de dilatações. Num caso a estenose permitia a alimentação sem dificuldade, pelo que não foi submetido a dilatações.

Relativamente às 6 crianças que iniciaram o programa de dilatações esofágicas, apenas uma já está estabilizada ao fim de 8 sessões. As outras 5, embora com periodicidades diferentes, ainda não abandonaram em definitivo o programa, tendo já realizado um total de 89 sessões, com uma média de 19, variando entre 10 e 23. Não faleceu nenhuma criança e não se registaram complicações aquando das dilatações.

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 33-40

Discussão

A saga dos acidentes com cáusticos na criança está longe de ser episódica e benigna, na Região Centro.

No período de Janeiro de 1979 a Maio de 1984, 31 crianças (3,3% do total de intoxicações) foram tratadas no HP⁽⁵⁾. Nesta série, 9 tinham ingerido lixívia doméstica (hipoclorito de sódio) mas em 15 casos o agente era altamente corrosivo, bases e ácidos fortes, respectivamente em 9 e 6 casos, tendo resultado sequelas graves em 6. Na série de Janeiro de 1985 a Dezembro de 1992, das 527 crianças internadas por intoxicação accidental, em 50 (9%) o agente era um cáustico corrosivo, com predomínio da soda cáustica em 20 (40%) dos casos⁽⁴⁾.

Em 1995 foram internadas 98 crianças com intoxicação exógena accidental. Destas, 20 (20%) apresentavam clínica evidente ou suspeita de contacto com cáusticos altamente corrosivos. Tal como nas séries anteriores, foram excluídas as intoxicações alimentares e as situações não-acidentais.

A partir do início de 1984, no HP abandonou-se a investigação endoscópica quando estavam em causa agentes reconhecidamente pouco agressivos (vulgar lixívia doméstica). Este procedimento é defendido por outros autores^(6,7). No ano a que se refere este estudo, 66 crianças consultaram o serviço de urgência por alegada ingestão ou contacto com cáusticos, que não mereceram qualquer intervenção ou internamento, não tendo qualquer deles recorrido de novo ao Hospital com queixas relacionadas com o acidente.

É preocupante, contudo, o número de crianças que ingeriram ou contactaram com produtos altamente corrosivos e que motivaram endoscopia. Em 11 anos (Janeiro de 1985 a Dezembro de 1995) recorreram ao HP 144 crianças a justificar endoscopia, numa média de 13 por ano.

Do ponto de vista epidemiológico merece destaque o aparecimento de novos agentes, “detergentes industriais”, que são tanto ou mais agressivos do que os clássicos para uso doméstico, por conterem na sua composição hidróxido de sódio em concentrações elevadas. Em 25% dos nossos casos, os acidentes com estes produtos ocorreram em cafés ou restaurantes dos pais ou de familiares. Dos dados da literatura verifica-se também modificações na epidemiologia. Diminuíram drasticamente os acidentes domésticos, por força de legislação apropriada que regulamenta a embalagem dos produtos de uso caseiro^(6,7). Em contrapartida os acidentes com detergentes industriais aumentaram significativamente no meio rural^(8,9).

O grupo etário e o sexo são concordantes com os referidos em todas as séries.

No que concerne ao agente, neste estudo, em apenas 1 caso se tratava de ácido, contrapondo aos 6 casos do primeiro trabalho do HP⁽⁵⁾. Na Finlândia, desde 1969 é proibida a venda livre de produtos com soda cáustica, sendo mínima a gravidade resultante da ingestão de ácidos⁽⁷⁾.

No presente estudo, a negligência e falta de informação estão bem patentes nos casos em que o produto estava no recipiente apropriado, mas destapado. Num destes casos, era a primeira vez que a mãe utilizava a soda cáustica líquida, mas teve o azar de terem batido à porta nessa altura. Noutras situações os acidentes, particularmente os que envolveram “detergentes industriais”, assumiram algum dramatismo: dois irmãos foram vítimas do mesmo agente, com intervalo de poucos minutos e em três casos o produto cáustico foi oferecido inadvertidamente por adultos julgando tratar-se de água.

A gravidade das lesões esófago-gástricas encontradas, traduzem a agressividade do cáustico, quando ingerido. Felizmente, em 3 crianças não se tinha consumado a ingestão de soda cáustica líquida, confirmando-se a ausência de lesões por endoscopia, exame imprescindível nestas situações. Outros e nós encontrámos já lesões esofágicas sem lesões visíveis na orofaringe⁽¹⁰⁾. Nos casos em que a soda cáustica estava na forma de cristais ou em pó, apenas foram constatadas lesões orais, por vezes exuberantes. Nestas situações, o produto adere à mucosa, podendo ser expulso pela própria criança. Na ânsia de prestar socorro imediato há a tendência para dar líquidos, podendo provocar lesões no esófago, se bem que quase sempre benignas⁽⁵⁾.

Apenas um dos casos que ingeriu hipoclorito de sódio concentrado apresentou esofagite de grau I. A criança que ingeriu detergente contendo ácido fosfórico evidenciava apenas gastrite superficial.

No caso com esofagite grave secundária à ingestão de grânulos de soda cáustica, foram tomadas atitudes inadequadas e perigosas antes da admissão no nosso Hospital, nomeadamente lavagem gástrica.

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 33-40

As situações de esofagite mais grave, verificaram-se quando se consumou a ingestão de soda cáustica líquida, de uso doméstico ou industrial, respectivamente em 2 e 5 casos.

Se em consequência do acidente não se registou qualquer complicação precoce grave, o mesmo não se verificou no tocante a sequelas — a temida estenose esofágica.

Apesar do controverso tratamento com prednisolona durante 3 semanas⁽¹¹⁻¹³⁾ ter sido instituído em 12 crianças, resultaram estenoses graves em 2 crianças acidentadas com soda cáustica de uso doméstico e noutras 2 que ingeriram “detergentes” com soda cáustica. Num dos irmãos com esofagite grave, por precaução não se utilizou prednisolona, dado que apresentava uma grande e profunda ulceração gástrica. Neste caso, a estenose resultante foi mais grave que a do irmão.

Os resultados que apresentamos, obrigam-nos a reflectir e a procurar soluções para esta “catástrofe” terceiro-mundista, só comparável a uma série da Turquia⁽¹⁴⁾.

No que respeita ao tratamento médico, não há, por enquanto, nenhum de eficácia comprovada, mas há resultados preliminares animadores com a utilização de dexametasona^(15,16). Resta a prevenção, que tem sido possível noutros países^(6,7). Entre nós, pouco tem sido feito e a prová-lo está o número crescente de acidentes graves que se vão acumulando, muito em especial os devidos a “detergentes industriais”.

Muito há a fazer e, talvez, um estudo epidemiológico o mais alargado possível deste flagelo possa sensibilizar quem de direito deve zelar pela segurança das pessoas, particularmente das crianças.

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 33-40

BIBLIOGRAFIA

1. Fonseca N, Jardim A, Batista R. Intoxicações acidentais em crianças (I). *Saúde Infantil* 1980; 2: 81-6.
2. Fonseca N, Ramos MC, Brito M, Martins AMVC. . Intoxicações acidentais em crianças (II). *Saúde Infantil* 1984; 6: 259-67.
3. Fonseca N, Negrão F, Gonçalves C, Júlia E. Intoxicações acidentais em crianças (III). *Saúde Infantil* 1988; 10: 43-8.
4. Mota L, Nunes C, Lemos L. Intoxicações exógenas. Casuística do Hospital Pediátrico de Coimbra (1985-1992). *Saúde Infantil* 1994; 16:122-41.
5. António MA, Mendes L. Intoxicação por cáusticos. *Saúde Infantil* 1985;7: 93-101.
6. Christesen HB. Epidemiology and prevention of caustic ingestion in children. *Acta Paediatr* 1994;83:212-5.
7. Nuutinen M, Uhari M, Karvali T, Kouvalainen K. Consequences of caustic ingestions in children. *Acta Paediatr* 1994;83:1200-5.
8. Spitz L, Lakhoo K. Caustic ingestion. *Arch Dis Child* 1993;68:157-8.
9. Neidich G. Ingestion of caustic alkali farm products. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1993;16:75-7.

10. Gaudreault P, Parent M, McGuigan M, Chicoine L, Lovejoy FH. Predictability of esophageal injury from signs and symptoms: A study of caustic ingestion in 378 children. *Pediatrics* 1983;71:767-70.
11. Wijburg FA, Heymans HAS, Urbanus NAM. Caustic esophageal lesions in childhood: Prevention of stricture formation. *J Pediatr Surg* 1989; 24:171-3.
12. Lovejoy FH. Corrosive injury of the esophagus in children. Failure of corticosteroid treatment reemphasizes prevention. *N Eng J Med* 1990;323:668-70.
13. Rappert P, Preier L, Korab W, Neubauer T. Diagnostic and therapeutic management of esophageal and gastric caustic burns in childhood. *Eur J Pediatr Surg* 1993;3:202-5.
14. Gündogdu HZ, Tanyel FC, Büükpamukçu N, Hiçsönmez. Conservative treatment of caustic strictures in children. *J Pediatr Surg* 1992;27:767-70.
15. Bautista A, et al. Effects of prednisolone and dexamethasone on alkali burns of the esophagus in rabbit. *J Pediatr Gastroenterol Nut* 1996; 22(3):275-83.
16. Bautista A, et al. Effects of prednisolone and dexamethasone in children with alkali burns of the esophagus. *Eur J Pediatr Surg* 1996; 6:183-203.

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 33-40

ÓBITOS NO SERVIÇO DE PEDIATRIA DO HOSPITAL DISTRITAL DE FARO — Análise dos anos 1980-1995

Cristina Gouveia¹, João Rosa², José Maio³

RESUMO

Os autores apresentam uma análise da mortalidade no sector de internamento do Serviço de Pediatria do Hospital Distrital de Faro (S.P.H.D.F.), entre os anos de 1980 e 1995. Foi também analisado o número anual de transferências para Hospitais Centrais.

O grupo de patologia com maior responsabilidade na mortalidade foi o das doenças infecciosas (31%) seguido pelo das doenças respiratórias (23,2%) e das doenças malformativas/congénitas/metabólicas (12,4%).

A mortalidade global foi de 1,16%, tendo vindo a registar-se uma diminuição anual da mortalidade, apesar do aumento do número de internamentos.

Tem também vindo a assistir-se a uma diminuição no número de transferências para Hospitais Centrais.

Palavras-chave: mortalidade pediátrica.

SUMMARY

The authors present an analysis of the mortality rate of the Pediatric Department of a District Hospital in the south of Portugal, between 1980 and 1995, as well as the number of transferrals to Referral Hospitals.

In order of decreasing frequency, infectious diseases (31%), respiratory pathology (23,2%) and the group of metabolic disorders and congenital malformations, were most frequently associated with a poor outcome.

Despite an increasing number of hospital admissions, the mortality as well as the number of transferrals decreased over this period, with an overall mortality rate of 1,16%.

Keywords: pediatric mortality.

1 Interna Complementar de Pediatria 2 Assistente Hospitalar Eventual de Pediatria 3 Consultor de
Pediatria
Hospital Distrital de Faro

Introdução

O Serviço de Pediatria do H.D.F. iniciou o seu funcionamento em 1 de Janeiro de 1980. A equipa médica, inicialmente com 3 médicos apenas, é agora constituída por 27, dos quais 7 se encontram em período de formação. O S.P.H.D.F. é unidade de saúde de referência para todo o Algarve.

A estrutura física do serviço sofreu também alterações ao longo dos anos. Existe agora um serviço de urgência independente, com Unidade de Internamento de Curta Duração, uma consulta externa autónoma e uma unidade de cuidados intensivos neonatais, para além do sector de internamento.

O sector de internamento, com lotação para 26 camas, interna todas as crianças desde o fim do primeiro mês de vida até aos 11 anos, com patologia médica, cirúrgica e ortopédica, que são transferidas do Serviço de Urgência ou admitidas em internamentos programados.

Até à constituição da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, em 1984, os recém-nascidos (R.N.) doentes eram internados neste sector.

A distância física (300 Km) e temporal (mais de 3 horas) que nos separa dos Hospitais Centrais de Lisboa que nos prestam apoio, e a consequente dificuldade em promover evacuações de emergência, capazes de proporcionar à criança doente os melhores cuidados médicos, fazem com que nos ocupemos de situações clínicas para as quais um Hospital Distrital não estaria à partida vocacionado. É no entanto de referir que, a partir do serviço de urgência, são transferidas crianças para hospitais centrais, geralmente por necessidade de apoio cirúrgico e/ou neurocirúrgico. No caso de problemas de índole médica e, geralmente após passado o período agudo de doença, as transferências processam-se a partir do sector de internamento, pela necessidade de apoio de sub-especialidades pediátricas (nefrologia-hemodiálise, biópsia renal; gastroenterologia-endoscopia digestiva; pneumologia-broncoscopias, etc.).

Neste percurso de dezasseis anos fomos confrontados com óbitos de crianças, muitos dos quais inevitáveis mas, em alguns casos potencialmente evitáveis, à luz dos conhecimentos actuais. Pensamos ser o momento adequado para lançar um olhar sobre o que se tem feito no Sector de Internamento, de forma a melhor pensar e realizar o futuro. Este trabalho é resultado dessa reflexão.

Metodologia

Procedeu-se à análise retrospectiva dos processos das crianças internadas no Sector de Internamento e aí falecidas, no período de 1/1/1980 a 31/12/1995.

Os dados colhidos incidiram sobre idade, sexo, data de internamento e data do óbito, causa de morte e existência ou não de doença de base, execução de autópsia.

Relativamente à idade foram constituídos 5 grupos: inferior a 6 meses, entre 6 meses e 12 meses; do 1 aos 4 anos, dos 5 aos 9 anos e com idade superior a 10 anos.

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 41-48

A duração do internamento até ao óbito, classificou-se em 4 grupos: internamentos até 1 dia de duração, entre 2 e 7 dias, entre 8 e 15 dias e internamentos superiores a 15 dias.

A causa de morte foi agrupada do seguinte modo: infecciosa, respiratória (incluindo a patologia respiratória infecciosa), malformativa/congénita/metabólica, neurológica, desidratações, oncológica e hematológica, acidentes, gastroenterológica, endócrina, e criança negligenciada. Para identificar o grupo de patologia onde incluir cada caso, tivemos em conta a existência de patologia de base.

Por insuficiência de dados, foram retirados 3 casos relativamente aos quais não foi possível apurar a causa da morte, contando, no entanto, para o total dos falecimentos.

Foi também colhido o número anual de transferências para Hospitais Centrais realizado a partir do sector de internamento.

Resultados

Durante o período analisado foram internadas 11.102 crianças no sector de internamento, tendo falecido 129 o que representa uma taxa de mortalidade de 1,16%.

Sessenta por cento dos óbitos ocorreram em crianças do sexo masculino.

A taxa de mortalidade teve um valor máximo de 2,8% em 1982 e um mínimo de 0,42% em 1990.

No período de 1980 a 1984 registou-se a mortalidade mais elevada no sector, tendo falecido 2,3% das crianças internadas. De 1985 a 1989 a mortalidade foi de 1,1% e de 1990 a 1995 de 0,6% (Fig. 1).

Registaram-se nestes 16 anos, 203 transferências para Hospitais Centrais — 1,8% do total dos internamentos (Fig. 1).

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 41-48

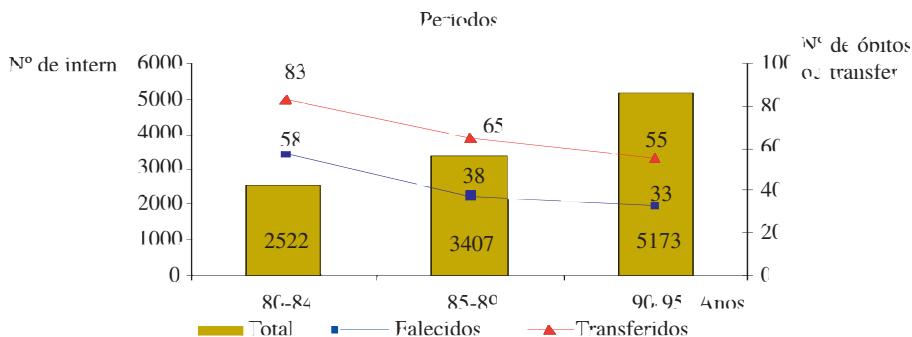


Fig. 1 — Totais de internamentos/óbitos/transferências.

O grupo etário em que se registou maior número de óbitos foi o das crianças com idade inferior a 6 meses 53/129 — 41% do total (Fig. 2).

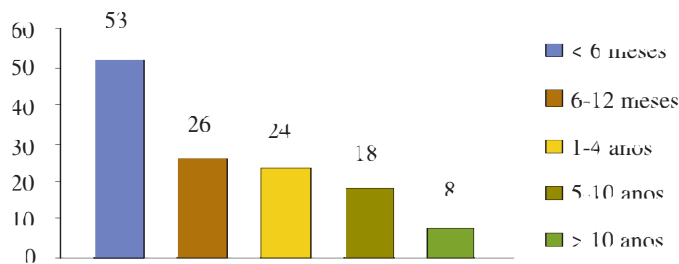


Fig. 2 — Número de óbitos por grupo etário

É, de realçar, no entanto, que até 1984, por não existirem cuidados neonatais diferenciados, eram também internados no Sector de Internamento todos os RN doentes, representando estes 17% da totalidade dos óbitos ocorridos nestes 16 anos (22/129).

O grupo de idade superior a 10 anos foi onde se registou menor número de falecimentos — 8/129 — 0,06%, existindo em 7 alguma patologia de base (paralisia cerebral em 4, doença degenerativa do S.N.C. em 1 e neoplasias em 2).

A duração do internamento até ao óbito, que não foi possível determinar em 4 casos, foi inferior a 5 dias em 56,8% dos internamentos, tendo este ocorrido no primeiro dia de internamento em 20%. Registaram-se dois internamentos muito prolongados — 119 e 347 dias — que corresponderam a duas crianças com hiperglicinemia não-cetótica e gangliosidose GM II, oriundas de meios sócio-económicos precários (Quadro 1).

1 dia	25	20%
2 dias	17	13,6%
3 dias	18	14,4%
4 dias	11	8,8%
5 dias	12	9,6%
6 dias	4	3,2%
7 dias	4	3,2%
8 dias	5	4%
> 8 dias	29	23,2%

Quadro 1 — Dias de internamento até ao óbito

Nos internamentos de duração igual ou inferior a um dia e entre 2 e 8 dias, predominou a patologia infecciosa, seguida pela respiratória. Dos 29 óbitos com internamento de duração

superior a oito dias, sete correspondiam a crianças com patologia malformativa/congénita/metabólica, seis a crianças com patologia neurológica, cinco com respiratória, quatro com patologia infecciosa, dois com oncológica, um queimado e três admitidos por desidratação. Do restante desconhecemos a causa da morte.

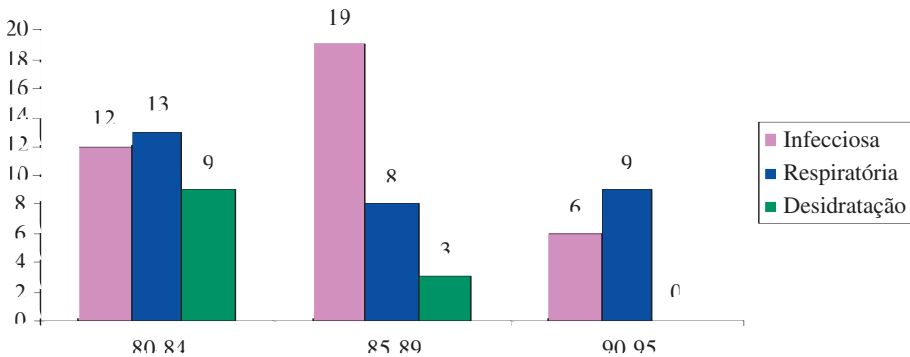


Fig. — Mortalidade por grupos de patologia (principais causas evitáveis)

Os grupos de patologia mais implicados como causa de óbito, foram, por ordem decrescente, infeccioso (31%), respiratório (23,2%), congénito/malformativo/metabólico (12,4%); desidratações (9%); hemato-oncológico (8,5%) e neurológico (13,1%) — Quadro 2. É de salientar que as crianças com patologia oncológica falecidas no nosso hospital estavam em fase terminal, enviadas de unidades diferenciadas.

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 41-48

	80-84	85-89	90-95	Total
Infecciosa	12	19	9	40
Respiratória	13	8	9	30
Cong/Malf/Metab	8	4	4	16
Desidratações	9	3	0	12
Hemato-oncológica	4	2	5	11
Neurológica	2	2	4	8
Gastroenterológica	2	0	2	4
Acidente	3	0	0	3
Criança negligenciada	1	0	0	1
Endocrinológica	1	0	0	1
Desconhecida	3	0	0	3

Quadro 2 — Óbitos por grupo de patologia

O grupo das desidratações foi responsável por 12 óbitos, oito dos quais em crianças com idade inferior a 6 meses, e exclusivamente até 1989 — Quadro 2 e Fig. 3.

Relativamente aos óbitos por causa infecciosa e atendendo a que estamos perante o grupo com maior responsabilidade na mortalidade do serviço, julgamos ser útil debruçarmo-nos em maior pormenor sobre as causas de morte, individualmente.

Dos 40 óbitos registados, a maioria ocorreu por sépsis (60%), ou por meningite (22,5%) — Quadro 3.

Sépsis	24
Meningite	9
Kala-Azar	2
Meningite tuberculosa	1
S. choque tóxico	1
Peritonite	1
Sarampo	1
Miocardite com rotura cardíaca	1

Quadro 3 — Óbitos por causa infecciosa

Em 1986, ocorreu um pico de 7 óbitos por causa infecciosa, 6 das quais por septicemia. Este pico corresponde a um número anormalmente elevado de casos dessa patologia registados nesse ano (22). Podemos ainda referir que nos 5 últimos anos houve um total de 51 casos de septicemia, tendo falecido por esse motivo 6 crianças (11,7%). Este diagnóstico não foi motivo de transferência de qualquer criança para Hospitais Centrais.

O óbito por sarampo ocorreu durante a epidemia de 1989.

Quanto aos 30 óbitos por causa respiratória, predominou a pneumonia como causa de morte — Quadro 4.

Pneumonia	21
Bronquiolite	4
D. de membranas hialinas	2
Pneumonia de aspiração	2
Tosse convulsa	1

Quadro 4 — Óbitos por causa respiratória

Destas 30 crianças, com patologia respiratória, 15 tinham alguma patologia de base grave (neurológica, cardíaca ou outra) e 2 eram RN prematuros nascidos no H.D.F. pouco tempo após a abertura do serviço.

Se considerarmos como não-evitáveis as mortes ocorridas por causa neurológica, hematológica e congénita/malformativa/metabólica e ainda todas as que ocorreram em crianças com patologia subjacente grave (neurológica, congénita, etc.), verificamos que estas responderam por 54 óbitos (42,8%).

Realizaram-se no total 9 autópsias (7%).

Comentários

Da análise global dos resultados podemos observar que o número de internamentos ocorridos no serviço, tem vindo paulatinamente a aumentar. Ao contrário, a evolução do número de óbitos e do número de crianças transferidas para Hospitais Centrais, têm vindo a mostrar uma tendência paralela para a diminuição ao longo do tempo.

O número de óbitos por causa infecciosa, parece mostrar alguma tendência a diminuir. O pico de 7 óbitos por esta causa em 1986, correspondeu a um elevado número de septicemias ocorridas nesse ano. Nos últimos 5 anos registaram-se nove óbitos por causa infecciosa, seis dos quais por sépsis. Apesar da ausência de uma Unidade de Cuidados Intensivos individualizada, a mortalidade global que encontrámos nesta patologia (11,7%) nos últimos 5 anos não difere da que encontrámos noutras séries — 12,9% relativamente a sépsis meningocócica⁽¹⁾, 10% relativamente a doença meningocócica⁽²⁾.

A patologia respiratória parece ter aumentado de importância nos últimos anos. Será no entanto necessário ter em conta o facto de que todos os óbitos registados por esse motivo, nos últimos 4 anos, ocorreram em crianças com patologia grave de fundo (paralisia cerebral, doença degenerativa do sistema nervoso central). É de salientar que das 31 crianças falecidas com este tipo de patologia, 18 (58%) tinham alguma situação patológica de base.

Relativamente aos óbitos causados por desidratação, pode observar-se que têm vindo a diminuir desde 1981, não se registando qualquer falecimento desde 1989. Para este facto julgamos que tenha contribuído alguma melhoria nas condições sócio-económicas e de saneamento básico da população, mas também progressos efectuados ao nível das estruturas primárias de saúde, com maior facilidade no recurso à assistência médica, a par de uma melhoria da assistência hospitalar.

Cerca de 20% dos óbitos ocorreram nas primeiras 24 horas após o internamento e 45% nos primeiros 3 dias o que atesta o carácter de emergência dos internamentos que culminaram com o óbito da criança.

Nos internamentos de menor duração predominou a patologia infecciosa seguida pela respiratória, enquanto que naqueles com duração superior a 8 dias registou-se, como seria de esperar, um predomínio de patologia de carácter crónico (malformativa, neurológica).

O diminuto número de óbitos de crianças com patologia cirúrgica e traumatológica, tem a ver com o facto de aos politraumatizados e aos grandes queimados (que respondem habitualmente por boa parte da mortalidade neste grupo), serem geralmente prestados os primeiros cuidados no serviço de urgência, donde são habitualmente transferidos para Hospitais Centrais.

O número de autópsias realizado foi muito reduzido (7%). Salientamos contudo a sua importância no esclarecimento de casos de morte inesperada. Como exemplos citamos o caso de uma criança de 11 anos internada por pneumonia lobar durante cuja evolução a criança falece em choque, tendo a autópsia revelado hemotórax maciço por rotura de grande vaso pulmonar; e o caso de uma criança de 2 anos internada por síndrome mononucleósica (serologia positiva para Vírus de Ebstein-Barr), que também falece subitamente, tendo sido demonstrada rotura cardíaca.

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 41-48

Comentário final

A ausência de trabalhos semelhantes em hospitais com características idênticas ao nosso, impossibilitou a comparação dos dados apresentados, pelo que se torna difícil fazer a sua análise crítica. Apesar de a mortalidade global do serviço ser aparentemente baixa (1,16%), se atentarmos a que, pelo menos, 57% dos óbitos ocorreram por causas *a priori* evitáveis, a nossa preocupação cresce exponencialmente. Temos consciência de que uma boa parte destes óbitos aconteceu por factores que nada têm a ver com o serviço, fruto de más condições sócio-económicas e culturais, ou porque situações existem relativamente às quais todas as medidas que se tomem são votadas ao fracasso.

Se atendermos às características da região em que estamos inseridos, com uma população flutuante, que durante o Verão triplica a residente, às dificuldades logísticas que rodeiam a transferência útil de crianças gravemente doentes, bem como à perda de um tempo longo e geralmente precioso para o seu tratamento, pensamos que será benéfico o estabelecimento no H.D.F. de uma Unidade Pediátrica de Cuidados Intensivos, que irá permitir a prestação de melhores cuidados às crianças que deles necessitem.

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 41-48

O nosso maior agradecimento aos primeiros pediatras do Serviço de Pediatria do H.D.F., muito especialmente ao Dr. Virgílio Nereu, pela sua persistência na manutenção de um registo actualizado dos internamentos, sem o qual este trabalho teria sido impossível.

BIBLIOGRAFIA

1. Loreto H, Teixeira AL, Rodrigues G, Correia M, Loio P, Carvalho A, Sequeira JS. Sépsis meningocócica. Rev Port Pediatr 1994; 25: 87-92.
2. Wong YK, Hitchcock W, Mason WH. Meningococcal infections in children: a review of 100 cases. Pediatr Infect Dis J 1989; 8: 224-227.

Correspondência: Cristina Gouveia

Hospital Distrital de Faro — Serviço de Pediatria
Rua Leão Penedo
8000 FARO

OS ADOLESCENTES PERANTE O SISTEMA DE SAÚDE: INTEGRAÇÃO OU MARGINALIZAÇÃO? *

INTRODUÇÃO

A vocação universalista dos Cuidados de Saúde Primários contrasta flagrantemente com o reduzido impacto que eles provocam numa ampla camada da população jovem para quem o sistema de saúde não proporciona uma resposta adequada aos seus problemas.

Com base na sua experiência de médica de família num Centro de Saúde, a autora analisa a procura de cuidados que lhe é dirigida por adolescentes e a capacidade de resposta que os serviços asseguram, reflectindo a propósito sobre a responsabilidade do modelo dominante de intervenção e de divulgação médica na produção de um elevado nível de insatisfação nos jovens atendidos. O carácter normativo desse modelo, orientado para objectivos que só são acessíveis aos grupos afluentes, torna-se particularmente pesado para os jovens oriundos das classes populares e tem como consequência afastá-los das consultas.

As condições para uma recuperação democrática e integradora dos cuidados de saúde primários são discutidas em detalhe, abordando sucessivamente o papel dos profissionais, a relação terapêutica, o discurso médico e as práticas institucionais à luz de uma concepção menos medicalizada da intervenção dirigida aos adolescentes.

1. 0 problema

A minha experiência de catorze anos de trabalho, como Médica de Família em Centros de Saúde do Sistema Nacional de Saúde português, permite-me abordar uma das questões mais estimulantes, quanto a mim, que se colocam aos profissionais de saúde: como aumentar a eficácia do sistema de saúde junto de sectores específicos da população e, no caso, junto dos adolescentes?

* O presente texto reproduz, no essencial, as ideias apresentadas numa comunicação oral ao 4º Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais (Rio de Janeiro, 2 - 5 de Setembro de 1996).

A importância de aumentar e melhorar a acção médica junto dos adolescentes parece-me óbvia, designadamente em termos de uma medicina preventiva cujos resultados se reconhece serem tanto mais positivos quanto ela actue mais precocemente.

O que acontece, porém, e que nem os jovens tem por hábito frequentar as consultas dos Centros de Saúde (doravante CS) ou recorrer habitualmente ao seu médico de família para se aconselharem, nem o Sistema Médico está preparado para responder aos problemas de saúde dos jovens ou, talvez pior do que isso, está suficientemente interessado em dar resposta a esses problemas.

A razão deste estado de coisas constitui a preocupação principal do presente texto. Ao longo dele, procurarei encontrar as respostas, ainda que provisórias, para as quatro interrogações que a propósito do tema me parecem pertinentes:

Primeiro, porque é que a Medicina se desinteressa da saúde dos adolescentes?

Segundo, porque é que os adolescentes não recorrem aos serviços de saúde?

Terceiro, existe um tipo específico de acção médica destinada a problemas dos adolescentes que não implique o risco de os medicalizar ?

Quarto, como melhorar a intervenção do médico de família ou do Centro de Saúde quando não se pode mudar o sistema ?

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 51-61

2. A Medicina e a adolescência

Sendo a Medicina uma área de conhecimento que tem vindo cada vez mais a especializar-se, beneficiando dos avanços da ciência e da técnica, não deixa de ser notória a inexistência de uma especialidade médica tendo como objecto a saúde dos adolescentes, tanto mais que existem especialidades para os outros grupos da população definidos a partir do critério da idade. É significativo o hiato entre a superespecializada Pediatria (com todas as suas subespecializações — Neuropediatria, Pedopsiquiatria, Cardiologia Pediátrica, Cirurgia Pediátrica, etc) e as inúmeras especialidades médicas que dizem respeito à saúde dos adultos ou entre estas e a Geriatria, a mais recente mas já consolidada especialidade médica dedicada à saúde dos idosos.

São legítimas todas as especulações sobre esta ausência e, desde logo, a de que se trata de uma fase curta do ciclo de vida humano, mas quanto a mim a resposta tem mais a ver com a natureza política (isto é, de produto de relações sociais de poder) da constituição de novos domínios de especialização.

O que se passou com as outras especialidades em função da idade, à excepção da saúde dos adultos, mostra que o processo de especialização não decorre apenas do aprofundamento dos saberes accionados mas também, em certa medida, da capacidade de impor a perspectiva do saber médico sobre as perspectivas de outros saberes científicos e sobre o

próprio saber espontâneo do comum das pessoas. Sabemos hoje que, por vezes, essa capacidade de imposição foi ampliada graças ao apoio de outros interesses que nada tem a ver com a ciência médica, como no caso das firmas produtoras de alimentos para bebés relativamente à Pediatria; ou das firmas que desenvolveram próteses e equipamento mecânico relativamente à Geriatria, não esquecendo os onnipresentes interesses da indústria farmacêutica em relação a qualquer delas (Illich, 1977).

O que acontece é que os problemas de saúde dos adolescentes não se resolvem com farinhas, próteses ou medicamentos, apesar de assumirem hoje em todo o lado uma magnitude muito significativa. Daí que haja menos apoios interessados em fazer deles objecto de um ramo autónomo da Medicina.

Temos a consciência de que esta é apenas uma das razões políticas do aparente desinteresse da Medicina pela adolescência. Uma outra tem a ver com a própria natureza dos problemas dos adolescentes.

São conhecidas as rápidas mudanças físicas, anatómicas e metabólicas que acompanham a adolescência e os seus profundos reflexos na vida intelectual, emocional e social dos jovens. Essas mudanças tem sido abundantemente estudadas pela Medicina mas, apesar disso, tarda a surgir é um saber especializado sobre o adolescente como um todo.

Frequentemente ouvem-se os pais dos adolescentes referirem que gostariam de levar os seus filhos a uma consulta de vigilância mas não sabem a quem: o pediatra já não é para esta idade e as outras especialidades também não se ajustam a situação porque os jovens não estão doentes, apenas precisavam de acompanhamento e informação.

Assim, os adolescentes ficam normalmente entregues a si próprios nesta tortuosa travessia da infância para a vida adulta. Vêm o seu corpo a transformar-se, em cada caso com o seu ritmo, e as dúvidas que isso lhes suscite vão sendo esclarecidas pelos amigos que já tiveram os mesmos problemas ou pelos familiares que, em regra, se debatem com sérios problemas para responderem com competência e isenção a essas dúvidas.

As mudanças atingem igualmente as relações de sociabilidade que os adolescentes mantém uns com os outros. Dentro da família, os problemas que daí decorrem são particularmente melindrosos porque abalam a própria estrutura de poderes e geram fenómenos de incomunicação ou de incompreensão. Os pais queixam-se de que os filhos assumem atitudes estranhas — partem objectos, deixam cair as coisas, atiram com as portas — e os jovens, sentindo também a estranheza das situações, adaptam-se mal à sua nova imagem, querem mudar o estilo de vestuário, estão agressivos, falam demasiado alto, preocupam-se obsessivamente com a aparência física. Um corpo que, de repente, se torna estranho cria confusões, complexos de culpa e desenvolve frustrações.

A ajuda torna-se então difícil: os pais, a iniciarem a fase da meia-idade da vida, vêem muito acrescidos os seus problemas (por exemplo, o de assistir os seus próprios pais idosos, o de renderem o máximo no seu trabalho); os amigos, apesar de terem a mesma idade, tem padrões de desenvolvimento e crescimento diferentes o que confunde ainda mais os

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 51-61

adolescentes quando estabelecem comparações (Attias-Donfut, 1988; Finch, 1989). Nesta altura é de grande utilidade ouvir alguém que assegure que estas mudanças estão dentro dos padrões da normalidade, apesar de obedecerem a ritmos diferentes.

Os problemas são, assim, em grande medida problemas de relacionamento social, de reinserção num outro mundo de sociabilidade dominado por regras a que o adolescente tem dificuldade em adaptar-se. Mas, ao multiplicarem-se, os efeitos geradores de mal-estar podem desencadear verdadeiras situações de doença, na acepção mais lata do termo. É aqui que o modelo biomédico dominante se mostra incapaz de responder. Para ele, essas situações não têm autonomia relativamente às disfunções orgânicas identificadas nos adultos e podem bem ser objecto das especialidades já existentes. Quanto ao resto, ou seja as dimensões psicológicas ou sociais do mal-estar, elas caem claramente fora da acção médica.

Diferente perspectiva ressalta do modelo sócio-médico emergente a partir dos anos 70 e consagrado na célebre definição de saúde e de doença adoptada pela OMS em Alma-Ata. Situações como as referidas caem claramente no seu âmbito e exigem a intervenção de saberes médicos específicos, ainda que não em exclusividade. No entanto, este modelo tem tido uma enorme dificuldade em se instalar na prática das instituições e das profissões da saúde e tarda em se tornar num recurso aberto aos que dele necessitam.

A verdade é que a Medicina ainda não sabe lidar com situações de mal-estar que não tenham uma clara identificação somática. Nessas circunstâncias prefere ignorá-las ou então endereçá-las para outras disciplinas, como a Psicologia. Em alternativa, submete-as a um tratamento superficial que actua apenas sobre as suas manifestações somáticas, deixando intocadas as respectivas causas (Heaven, 1996).

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 51-61

3 . Os adolescentes e as instituições da saúde

Apesar de os Centros de Saúde incluírem nos seus programas de actividades o acompanhamento da Saúde dos Adolescentes, estes constituem o grupo mais ausente das consultas a nível dos Cuidados de Saúde Primários. Um conjunto de circunstâncias favorece esta ausência e traduz o já referido desinteresse das instituições da saúde por este grupo da população. É raro existirem horários diferenciados para as consultas de adolescentes e quando existem são pouco acessíveis dado o período de actividades e o nível de ocupação deste grupo etário, adicionando o facto de que os problemas de saúde ainda não os preocupam demasiado, pois trata-se de uma população aparentemente saudável.

Entre os adolescentes inscritos na minha consulta apenas 4 casos são classificados como doentes e necessitam de vigilância (2 com síndrome de Down e 2 com sequelas de paralisia cerebral). Todos os outros vão à consulta por problemas de doença de carácter esporádico que se resolvem rapidamente, como infecções de predomínio no tracto respiratório, problemas digestivos, anorexia, lesões provocadas por acidentes, problemas ginecológicos e planeamento familiar. No que respeita a consultas médicas de vigilância apenas as procu-

ram quando são necessários atestados para cartas de condução, declarações médicas para ter acesso a determinadas ocupações ou empregos ou quando precisam de actualizar os calendários vacinais.

As consultas são isentas de taxa moderadora para as crianças até aos 12 anos completos, mas a partir desta idade deixa de haver isenção, o que constitui um motivo de afastamento por parte de alguns jovens. *O Programa-tipo de actuação em Saúde Infantil e Juvenil* estabelecido em 1993 pela Direcção Geral de Saúde parece orientar-se noutro sentido ao integrar os adolescentes no grupo das crianças, ou seja, os menores de 18 anos tal como é o entendimento da Convenção sobre os Direitos das Crianças, ratificada pelos padrões de soberania portugueses em Agosto de 1990. Assim, a eles constituem um grupo prioritário, também reconhecido na Lei Bases de Saúde, que justifica o maior empenhamento e disponibilidade por parte dos profissionais e especial atenção dos gestores dos serviços de saúde».

A taxa moderadora, se bem que de montante pouco elevado — 300 esc. — constitui um encargo pesado para um grupo etário que não tem rendimentos próprios e se caracteriza psicologicamente pela necessidade de fazer consumos ostentatórios. No caso das raparigas ainda existe a hipótese de beneficiarem de isenção se se inscreverem em consultas de planeamento familiar. No entanto poucas recorrem a esse expediente porque temem a censura da comunidade principalmente em meios pequenos em que toda a gente se conhece (apesar de, frequentemente, os médicos nestes casos marcarem as consultas no horário normal da Clínica Geral). E assim os jovens continuam a considerar desperdício de tempo e dinheiro irem a consultas médicas sem estarem doentes. Desta forma a vocação universalista dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) tem pouco impacto neste escalão etário.

O discurso médico e as práticas institucionais encontram pouco eco nos adolescentes, em primeiro lugar porque vêm de pessoas, na maioria dos casos, da geração dos pais para quem se olha e escuta com desconfiança, logo à partida. Leva muito tempo até que se ganhe confiança nos profissionais de saúde e é frequente estes ouvirem dizer «não conte nada aos meus pais, os meus pais nem sonham que eu venho cá e falo destas coisas».

Por se tratar de um grupo ocupado com a escola (78% na população juvenil estudada) ou com o trabalho, os horários de atendimento dos Centros de Saúde constituem também um factor limitativo ponderoso; e mais ainda para aqueles jovens que habitam fora da localização dos Centros e estão sujeitos aos horários de transportes públicos. Por isso, o calendário de exames de vigilância de saúde aconselhado pelo Programa-tipo de actuação em Saúde Infantil e Juvenil (uma consulta médica entre os 11-13, outra aos 15 e outra aos 18 anos) dificilmente pode ser cumprido.

Numa sondagem realizada a jovens da minha consulta sobre as razões da sua ausência do CS, foram indicadas as seguintes razões¹:

- horários de atendimento pouco acessíveis;
- excesso de burocracia: necessidade de marcar consultas e pagar taxa moderadora;

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 51-61

- pessoal administrativo mal preparado para atender e respeitar as ansiedades próprias dos adolescentes;
- reduzida privacidade nas salas de espera;
- longos períodos de espera;
- impossibilidade de anonimato, quando este é pretendido (em meios pequenos em que toda a gente se conhece, os familiares sabem logo quando o jovem foi a uma consulta).

A maioria dos problemas que preocupam os jovens não encontram resposta ou satisfação nas consultas médicas. Foram referidos inúmeros problemas: ligados a aprendizagem de certas disciplinas, má relação com adultos, problemas familiares, problemas afectivos, dúvidas relativas a sexualidade, incompreensão do seu comportamento ou aparência física, experiências desagradáveis vividas em grupo, falta de oportunidades para ocupação de tempos livres, necessidades de consumos que não conseguem satisfazer, valorização diferenciada de acontecimentos tanto a nível da família como do grupo de amigos, más perspectivas para a continuação de estudos, não conseguir acesso ao curso que se pretende, não conseguir fazer aquilo de que se gosta, falta de empregos, falta de perspectivas em termos futuros.

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 51-61

Por último, foi referida a atitude normativa ou paternalista que normalmente assumem os profissionais de saúde: emitem juízos de valor, dão conselhos, fazem comparações com filhos ou outros familiares, desvalorizam certas dúvidas à luz da sua própria experiência, fazem muitas perguntas, preocupam-se em saber antes de mais, se os jovens fumam, se consomem bebidas alcoólicas, se consomem drogas, se tem relações sexuais e que medidas tomam para prevenir doenças sexualmente transmissíveis e evitar gravidezes indesejáveis. Isto é pedir demais para quem tem tão pouco para oferecer.

4. A «adolescenciatria» e a medicalização da adolescência

Esta designação é naturalmente inventada e decalquei-a das designações homólogas já acima referidas — a Pediatria e a Geriatria — para as especialidades médicas em função da idade. A questão relevante é a de saber se deve existir uma especialidade médica para os problemas de saúde dos jovens: para combater o seu mal-estar físico, psicológico ou social.

1 Referem-se apenas os CS porque os Hospitais estão dimensionados para a vertente curativa da Medicina. Os dados baseiam-se no inquérito feito aos adolescentes que passaram pelo CS durante os meses de Junho e Julho de 1996. A escolha destes meses teve a ver com o facto de coincidirem com o fim do ano escolar e a época de exames o que leva muito jovens às consultas para pedir activadores de memória e vitaminas, por ser época de inscrição em cursos que pedem como pré-requisitos exames médicos, análises de sangue e RX e também por ser uma altura em que muitos adolescentes são premiados pelos pais com motos e vem ao CS para obter atestados médicos necessários para as licenças de condução.

Como já foi referido, o processo histórico de divisão do trabalho médico e de com situação de especialidades no modelo biomédico associa-se não só a factores tecnológicos — progressos técnicos da Medicina —, como factores económico-políticos — distinção de uma classe de clientes; necessidade de controlo social de certos grupos, patologias, etc. (Foucault, 1963).

No caso dos adolescentes, verdadeiramente, apenas o último destes factores parece poder estar presente, ou seja, a necessidade de controlo social dos adolescentes, através da medicalização de um determinado número de práticas e de comportamentos usuais no grupo. As queixas dos jovens que acabei de mencionar acerca do papel normativo e da atitude inquisitorial dos profissionais de saúde mostram que esse risco é já muito elevado, mesmo sem a especialização da adolescenciatria.

É preciso notar, no entanto, que a filosofia que em Portugal tem impregnado os cuidados primários pode ser considerada muito vigilante destes desvios medicalizantes e tem procurado salvaguardar um papel activo do doente e reconhecer na consulta médica um espaço de negociação. Vejamos, em maior detalhe, quais os objectivos e em que consistem os exames de saúde recomendados no Programa-tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil da DGCSP.

Quanto aos objectivos, eles visam:

- Promover e avaliar o crescimento e desenvolvimento — regular, repetida ou prospectivamente —, através de métodos adequados recomendados em CSP.
- Promover comportamentos saudáveis, incluindo os relativos a uma nutrição adequada e opções saudáveis em relação aos estilos de vida da família, da criança e do jovem — ambiente despoluído, prática de exercício físico, gestão de stress, etc.
- Prevenção primária através do cumprimento do Plano Nacional de Vacinações e prevenção de doenças evitáveis, suplementação vitamínica e mineral quando justificada, prevenção da cárie dentária, suplementação do flúor e restrição de alimentos cariogénicos. Prevenção dos acidentes e das intoxicações. Prevenção das perturbações da relação pais/filhos e das disfunções da esfera psico-afectiva.
- Prevenção secundária através da detecção precoce de situações que possam traduzir compromissos do crescimento e do desenvolvimento motor, psicoafectivo e mental, e do comportamento.
- Prevenção, diagnóstico e terapêutica precoces das situações de doença mais comuns.
- Sinalização e apoio continuado às crianças com doença crónica ou deficiência e às suas famílias.
- Aconselhamento genético, diagnóstico e orientação das famílias com situações patológicas.
- Detecção precoce, apoio e orientação de situações de disfunção familiar — violência, abuso físico e sexual e outras formas de maus tratos, controlo da mortalidade por suicídio nos jovens.

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 51-61

- Promoção da auto-estima dos jovens, escolha de estilos de vida saudáveis, adaptação social adequada e vivência sexual responsável.
- Cuidados antecipatórios através de acções de educação para a saúde sobre problemas considerados prioritários a nível do indivíduo ou da região — como a Hepatite B e a SIDA — sem esquecer as condições essenciais que permitem o crescimento e desenvolvimento das potencialidades da criança e do jovem num ambiente adequado e estimulante.
- Apoio à função parental e promoção do bem-estar familiar.

Perante este quadro tão completo e rigoroso de intenções, orientadas para a vigilância, detecção e tratamento precoce da doença e para a educação sanitária, a ausência dos jovens nas consultas parece incompreensível.

As estatísticas da saúde mostram, porém, que a maior parte da morbilidade e mortalidade associada a adolescência e devida a acidentes, a gravidezes não-desejadas, ao consumo de drogas e aos suicídios. Impõe-se perguntar então: será que os jovens não querem ou não conseguem aproveitar todos os recursos disponíveis? Ou será que os programas de actualização elaborados pelos profissionais deixam de fora domínios que mais interessam aos adolescentes?

Seja como for, uma programação muito regulamentada leva a que grande parte do tempo da consulta seja ocupada com registos tornando-se o tempo que resta insuficiente para compreender os problemas que verdadeiramente afectam os jovens no seu dia-a-dia. Além disso, independentemente da qualidade da legislação, do rigor da sua fundamentação e do pormenor da sua regulamentação, o que marca a eficácia dos Sistemas de Saúde e o modo de funcionamento efectivo das instituições, e este depende muito da formação e mesmo do interesse dos profissionais envolvidos e da capacidade de se organizarem equipas de saúde multiprofissionais, questões que se prendem com as relações hierárquicas, com as lógicas dos poderes e com os diferentes saberes que coabitam nas instituições de saúde.

5. O que está a mudar e o que deve mudar

O modelo biomédico de identificação da doença com mal-estar físico, sintomas e evidências somáticas está hoje bem enraizado no senso comum das pessoas. Os adolescentes não são excepção. Quando perguntados sobre as razões porque não procuram o seu médico para falarem sobre os seus problemas a resposta é invariavelmente a de que não estão doentes e não precisam de tomar medicamentos.

Esta postura tem a ver, por um lado, com experiências já vividas ou com outras de que se teve conhecimento; por outro lado, com o facto de que esta é a idade em que mais se deseja avançar para a independência, cortar os laços com a família e, frequentemente, ganhar autonomia económica, o que significa entrar no mercado do trabalho.

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 51-61

No entanto esta necessidade de afirmação e de independência é vivida de formas bastante diferentes consoante o sexo e a ocupação. Pode criar-se uma aparente independência da família, mas cair-se na dependência dos grupos de amigos ou da pessoa com quem se estabelecem laços afectivos. Nos adolescentes da minha consulta verifico que, no caso das raparigas, elas ocupam os tempos livres em convivência de grupo, saem pouco da aldeia porque os pais não deixam, não frequentam discotecas com regularidade, ao contrário dos rapazes a quem é dada mais liberdade de acção.

Nas aldeias, quando as jovens começam um namoro aprovado pelos pais, por volta dos 15 anos, a relação oficializa-se e já podem sair porque ninguém fala delas. É nessa altura que fazem a sua iniciação sexual e as jovens que não seguem os estudos casam muito cedo. Das jovens que sigo na minha consulta, 4% são casadas e têm filhos entre os 16 e os 18 anos, e 42% das maiores de 16 anos tomam anticonceptivos orais.

Em relação aos rapazes as relações afectivas estáveis são mais tardias, sendo apenas um casado, com 18 anos. Começam a sair de casa cedo, frequentam discotecas a partir dos 15 anos e os tempos livres são ocupados nos cafés e em saídas para as cidades próximas. Nesta aldeia, situada na periferia da cidade de Coimbra, tem vindo a aumentar o consumo de drogas, mas não tenho dados rigorosos para quantificar o consumo ou os consumidores.

Perante isto torna-se mais fácil perceber porque é que um Programa de Actuação aparentemente organizado como o que acabei de expor não consegue cumprir os objectivos a que se propõe.

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 51-61

O que deve então mudar ?

Em primeiro lugar os profissionais de saúde têm que reconhecer que muitas condutas com características anti-sociais, neuróticas e depressivas são passageiras e reactivas face a situações concretas. Portanto, tem um valor mais adaptativo do que patológico. Conhecer este facto supõe evitar estigmas diagnósticos ao adolescente. Uma conduta só se torna patológica quando é repetitiva, intensa e as reacções provocadas na família e no meio são importantes (MSC, 1987).

As equipas multiprofissionais dos Centros de Saúde devem incluir representantes dos grupos de jovens para colaborar na elaboração do plano de actividades na área da Saúde do Adolescente. Os adolescentes devem mesmo poder participar em regime de voluntariado nas actividades de promoção da saúde.

Para facilitar o acesso às consultas médicas algumas medidas são imperiosas.

Por um lado, os adolescentes devem ser isentos do pagamento de taxas moderadoras quando vão às consultas de qualquer instituição do SNS. Os horários de atendimento devem ser ajustados o mais possível à disponibilidade dos utilizadores e o pessoal que faz o atendimento nos CS deve ser formado no sentido de que os adolescentes sejam mais escutados e menos interrogados.

O espaço da sala de espera deve ser organizado por forma a tornar-se mais acolhedor para os adolescentes.

Por outro lado, a privacidade dos utilizadores dos CS tem de ser assegurada por forma a que os jovens não receiem frequentar as consultas. Simultaneamente, o espaço da sala de espera deve ser organizado por forma a tornar-se mais acolhedor para os adolescentes e dispor de materiais (panfletos, cartazes, vídeos) adaptados aos adolescentes, sempre com respeito pelo anonimato e a confidencialidade (Heaven, 1996: 31)

Além disto, deve existir um espaço destinado às reuniões por iniciativa de grupos de jovens (e também de outros grupos de utilizadores) para discutir problemas de saúde e bem-estar, livre da interferência dos profissionais que só intervirão se forem solicitados para isso. Só assim, abatendo as barreiras que afastam as pessoas das instituições de saúde, se conseguirá abrir caminho para uma real aplicação dos Programas de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil.

Para concluir, referirei resumidamente, a iniciativa mais recente em que participei em termos de organização de uma actividade para jovens — o Fórum-Juventude e Qualidade de Vida. Realizado em Coimbra com a orientação dos médicos do Centro de Saúde Fernão de Magalhães, em Abril de 1996, nas instalações do Instituto da Juventude, o Fórum destinou-se a cerca de 200 jovens das escolas secundárias e visou debater os temas seguintes: «Prazer com Saúde», «Família — Ficção ou Realidade», «Liberdade e Dependências» e «Juventude em Movimento».

As sessões foram organizadas por grupos de jovens que abordaram os temas sob a forma de pequenas peças de teatro ou leitura de poemas, que depois foram comentados por um painel de comentadores constituído por médicos, sociólogos, psicólogos e pelos elementos do grupo que havia feito a apresentação inicial. Os debates, abertos a todos os participantes, foram sempre muito concorridos e alongaram-se sempre para além do tempo previsto. Caixas de cartão dispostas em toda a sala recolhiam questões ou sugestões para aqueles que quisessem manter o anonimato.

Os objectivos do Fórum — debater com os jovens as preocupações relacionadas com a saúde e os estilos de vida, aproximar os Centros de Saúde dos jovens, fomentar a comunicação entre uns e outros e contribuir para promover a qualidade de vida dos jovens e das suas famílias — foram bem acolhidos e, em grande medida, realizados.

A adesão que teve esta iniciativa, o elevado nível de participação e a quantidade de sugestões feitas para estabelecimento de canais de comunicação comprovam o seu interesse, confirmando assim a ideia que tínhamos à partida de que é possível interessar os jovens em projectos desde que haja relações de confiança, que se escutem e entendam as suas preocupações e acima de tudo se respeitem os seus saberes e as suas experiências.

Maria José Ferreira Ferros Hespanha

Médica Assistente Graduada de Clínica Geral no Centro de Saúde Fernão Magalhães Coimbra e

Investigadora do Centro de Estudos Sociais

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 51-61

BIBLIOGRAFIA

1. Attias-Donfut, C. (1988) *Sociologie des Generations*. Paris, PUF.
2. Direcção-Geral de Saúde/Divisão de Saúde Infantil (1992). *Saúde Infantil e Juvenil. Programa-tipo de actuação*. Lisboa, DGS.
3. Finch, J. (1989) *Family Obligations and Social Change*. Cambridge, Polity Press.
4. Foucault, M. (1963) *Naissance de la Clinique*. Paris, PUF.
5. Heaven, P. (1996) *Adolescent Health. The Role of Individual Differences*. London, Routledge.
6. Illich, I. (1977) *Limites para a medicina*. Lisboa: Livraria Sá da Costa.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo/Dirección General de Planificación Sanitaria (1987). *Guia para la Elaboración del Programa del Escolar y Adolescente en Atención Primaria de Salud*. Madrid. MSC.
8. Pais, J. M. (1990) A construção sociológica da juventude — alguns contributos. *Análise Social*, 105-106: 139-165.
9. Pais, J. M. 1990. «Lazeres e sociabilidades juvenis — um ensaio de análise etnográfica». *Análise Social*, 108-109: 591-644.

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 51-61

Problemas éticos e importância dos registos nos Serviços de Urgência

— Dois casos exemplares.

1. Durante a recente «maré cheia» de atendimentos no nosso Serviço de Urgência a mãe de uma criança reclamou ao Gabinete do Utente, nos seguintes sintéticos termos: «Não é admissível entrar num Serviço de Urgência uma criança gravemente doente e passadas 3 horas essa criança continuar a sofrer na sala de espera».

Como habitualmente nestes casos, solicitei a folha de inscrição correspondente à criança em causa e encontrei aí os seguintes dados:

- a) Criança com 11 anos, admitida às 19,48 h, sem referência médica, vivendo na sede do Concelho rural vizinho, onde funciona um S.A.P..
- b) Nota da Enfermeira da Sala de Triagem: «Adenopatia (?) sub-maxilar há 3 dias. A fazer antibiótico, por amigdalite, há 3 dias (Cipamox). Hoje iniciou febre». Tinha 38°.
- c) Diagnóstico médico de saída: «Adenopatia sub-maxilar».
- d) Regressou ao domicílio às 23 h desse dia.

2. Há poucas semanas e ainda no período de grande afluência ao nosso S.U., que é habitual nos primeiros meses do ano, fui contactado por uma colega de Clínica Geral, que trabalha num Centro de Saúde de outro distrito mas cuja área de drenagem natural é para Coimbra.

A razão era a seguinte: uma sua utente resolvera fazer uma exposição crítica sobre esta sua médica de família, dirigida à autoridade regional de saúde e focando dificuldades no relacionamento assistencial. Nessa exposição referia a certo passo que em determinado dia... «telefonei e falo com a Sra Dra expondo-lhe o caso que se estava a passar com a criança, respondeu que recorre-se ao Hospital Pediátrico. às 21 horas, conforme posso confirmar, vi-me obrigada a ir onde se encontravam cerca de 100 crianças tendo prioridade os asmáti-

cos — podem directamente confirmar esta verdade — falando com o médico de serviço, parecendo-lhe grave o caso aconselhou-me a recorrer ao médico familiar, que este lhe requisitaria análises, para se certificar donde vinha a febre». Ora a referida colega achou estranho o relato da mãe e deslocou-se ao S.U. do H. Pediátrico para averiguar o que se passara na realidade com aquela criança.

Eis o que a respectiva ficha de inscrição indicava:

- a) Menino de 5 anos, inscrito às 19,17h.
- b) Informações da Enfermeira, na Sala de Triagem: «A mãe refere que o filho tem febre e cefaleias há 4 dias. Terminou hoje Macropen por Otite. Recusa andar/ perda de equilíbrio. A observação andou bem, sem queixas. Bem disposta». Tinha 39, 2º, foi-lhe administrado um antipirético e mais tarde repetido.
- c) Às 23,54 h, quando foi chamado pela médica para a observação, estava registado que não respondeu à chamada.

Valerá a pena fazer mais comentários a estes dois casos?

Ainda bem que em ambos foi possível reconstituir o que se tinha passado no Serviço. Nem que seja para constatar que os atropelos intencionais à verdade também existem.

Em caso de contencioso os registos, ainda que sucintos, são essenciais.

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 63-64

Luís Lemos



O LACTENTE VÍTIMA DE MAUS TRATOS — DA SUSPEIÇÃO AO DIAGNÓSTICO (A propósito de três casos)

Virgínia Sampaio¹, Venília Benta², Arminda Martinez²,
Fernando Graça², Artur Alegria³, Rei Amorim²

RESUMO

Os maus tratos infantis mantêm-se nos nossos dias como situações frequentes e muitas vezes de difícil diagnóstico. Os autores apresentam três casos clínicos de lactentes vítimas de agressão física brutal, atendidos no Serviço de Urgência do Hospital de Viana do Castelo no período de um mês. A propósito, chamam a atenção para alguns sinais de suspeição.

Palavras-chave: criança batida, criança abanada, hemorragia retínica.

SUMMARY

Child abuse and neglect remain a frequent situation whose diagnosis is often difficult. The authors present the cases of three infants, victims of child abuse admitted at Viana's Hospital Emergency in one month.

Keywords: battered child, shaken-baby, syndrome retinal hemorrhage.

1 Interna Complementar de Pediatria 2 Assistente de Pediatria 3 Assistente de Pediatria
Hospital de Santa Luzia — Viana do Castelo, Hospital Geral Santo António — Porto

Introdução

Os maus tratos infantis são um problema frequente nos nossos dias⁽¹⁻⁷⁾. Além da agressão física, podem ocorrer por negligência, agressão psicológica ou abuso sexual⁽¹⁻⁶⁾. Nos EUA são denunciados cerca de 2 milhões de casos por ano^(2,6), em Inglaterra morrem cerca de quatro crianças por semana em consequência de maus tratos⁽⁸⁾ e em Portugal surgem 30000 novos casos por ano⁽⁵⁾. No Hospital de Viana do Castelo foram identificadas 34 crianças vítimas de maus tratos nos últimos 5 anos⁽⁹⁾.

O reconhecimento social, jurídico e médico deste problema surgiu apenas nas últimas décadas. Caffey publicou o primeiro artigo médico sobre a criança maltratada em 1946⁽¹⁰⁾. Em Portugal, a partir de 1980 começou-se a dar especial atenção a este tema através de uma abordagem multidisciplinar médico-sócio-jurídica, delegada a partir de 1992 aos vários núcleos de Apoio à Família e à Criança dos vários hospitais⁽⁵⁾.

Os três lactentes apresentados deram entrada no Hospital de Viana do Castelo apenas no período de um mês com lesões traumáticas consequentes a agressões físicas muito violentas.

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 65-72

Caso clínico 1

Lactente de 2 meses de idade, sexo feminino, caucasiano, deu entrada no Serviço de Urgência por traumatismo crânio-encefálico. A mãe informou que o marido etilizado a arremessara da caravana onde moravam. Era a filha única de um casal jovem, com graves problemas sócio-económicos, etilismo paterno e atraso mental materno. Apresentava hematoma parieto-occipital direito com restante exame normal. As radiografias de esqueleto foram normais. A evolução clínica foi favorável.

O caso foi comunicado à entidade judicial competente. A criança está actualmente reintegrada na sua família, sob vigilância judicial.

Caso clínico 2

Lactente de sexo masculino, quatro meses de idade, trazido pelos pais ao hospital por irritabilidade. A história contada pelos familiares tinha muitos aspectos contraditórios, merecendo pouca credibilidade.

Era o segundo filho de um jovem casal de jornalheiros, com dificuldades económicas. Nasceu de uma gestação de termo não-vigiada e, apesar da sua idade, tinha já dois internamentos anteriores prolongados, com uma duração total de 2 meses. O primeiro internamento, às 3 semanas de vida, foi devido a má nutrição, vômitos e desidratação, tendo sido diagnosticada estenose hipertrófica do piloro e efectuada pilorotomia. No pós-operatório fez uma sépsis. Aos 3 meses foi novamente internado por gastroenterite aguda e desidratação. O segundo internamento foi prolongado por motivos sociais, constatando-se uma boa evolução ponderal e um adequado desenvolvimento psicomotor. O lactente teve alta assintomático.

Dois dias depois, contudo, deu de novo entrada no hospital. Estava apirético, apresentava intensa irritabilidade, choro permanente, fontanela tensa, palidez e sinais de desidratação. A tensão arterial era de 125-65 mmHg e a frequência cardíaca de 170 p/min. Não apresentava quaisquer lesões de traumatismo externo.

Perante este quadro clínico, as hipóteses de diagnóstico iniciais foram: sépsis, meningite/encefalite, hemorragia intracraniana ou doença metabólica.

O hemograma mostrou: Hb 9 g/dL, VG-25,7%, leucócitos 31300/mm³ (80% neutrófilos) e plaquetas 527.000/mm³. A proteína C reactiva foi negativa. As provas da coagulação estavam normais. O estudo bioquímico do sangue revelou: glicose 238 mg/dL, ureia 25 mg/dL, creatinina 0,5 mg/dL, sódio 139 mEq/L; potássio 4,6 mEq/L pH 7,35, HCO₃ 19,8 mmol/L. A punção lombar deu saída a líquido hemorrágico, que viria a revelar-se estéril. A radiografia do crânio foi normal.

Iniciou hidratação endovenosa e antibioterapia. Quatro horas depois, fez convulsões tónico-clónicas generalizadas, de difícil controlo. Houve deterioração progressiva do estado de consciência, entrando em coma. Foi transferido para o Serviço de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos do Hospital de Santo António no Porto.

A observação de fundo de olho mostrou múltiplas hemorragias retinianas. A forte suspeita de criança maltratada, nomeadamente de criança abandonada levou à execução de estudo imagiológico mais completo. A ecografia transfontanelar mostrou lesão extracerebral hipodensa frontal. A tomografia axial computadorizada crânio-encefálica revelou hipodensidade córtico-subcortical extensa e bilateral sugerindo lesão isquémica e generalizada recente, para além da lesão frontal vista na ecografia que poderia corresponder a lesão antiga (figura 1). As radiografias de esqueleto mostraram uma fractura metafisária recente do fémur esquerdo (figura 2) e uma fractura antiga da tíbia direita, em remodelação. A associação das lesões descritas consubstanciaram o diagnóstico de «Síndrome da Criança Abanada».

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 65-72

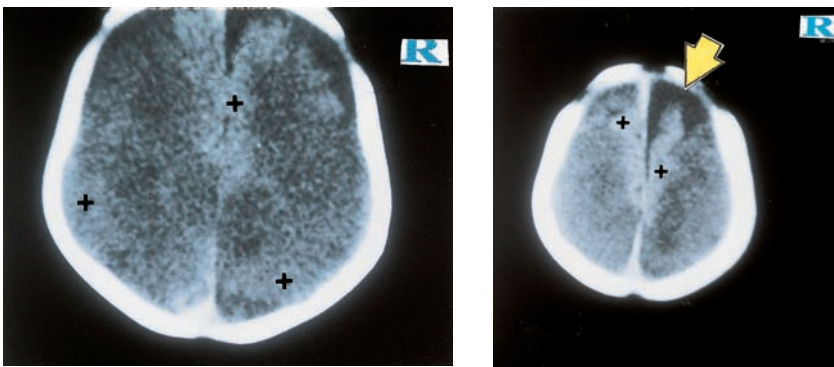


Fig. 1 (Caso 2) — TAC cerebral

Lesão isquémica recente, extensa e bilateral (+)

Lesão hipodensa frontal (antiga) (⚡)

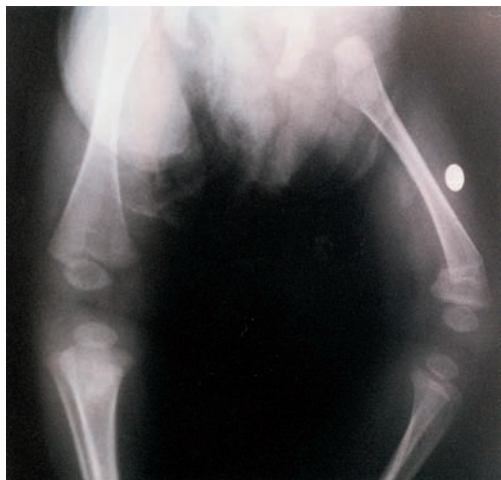


Fig. 2 (Caso 2) — Fractura metafisária do fêmur esquerdo

O coma e as convulsões persistiram nos primeiros três dias. Neste internamento a família nunca compareceu.

Actualmente esta criança apresenta tetraparésia espástica e amaurose bilateral. A TAC cerebral mostra áreas de encefalomalácia parieto-occipitais e o EEG apresenta traçados anormalmente lentos e amplos nas regiões fronto-temporais.

Esta criança foi colocada sob tutela do Tribunal Judicial e entregue a uma família de acolhimento.

Caso clínico 3

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 65-72

Lactente de sexo masculino, dez meses de idade, deu entrada pela terceira vez no Serviço de Urgência com lesões traumáticas, desta vez em choque hipovolémico.

A história contada foi vaga, dizendo a ama que o encontrara frio, pálido e suado após a sesta e os pais referiam uma queda, no parque, no dia anterior.

A observação à entrada mostrou: lactente em choque, pálido, reactivo à manipulação com choro gemido, apirético, com equimoses lineares na hemiface esquerda e pequena equimose na região epigástrica. A auscultação pulmonar era normal, o abdómen era mole e depressível, não se palmando massas, nem organomegalias.

As hipóteses de diagnóstico inicialmente evocadas foram: hemorragia aguda consequente a rotura traumática de viscera abdominal, traumatismo craniano, meningite ou sépsis.

Foi restabelecida a volémia. As análises de sangue revelaram: Hg 6,3 g/dL, VG 22%, leucócitos 13600 (Neutrófilos-54,5%), plaquetas 237.000/mm³, proteína C reactiva negativa, glicose 213 mg/dL, ureia 46 mg/dL, creatinina 0,6 mg/dL, sódio 124 mEq/L; potássio 4,4 mEq/L e estudo da coagulação normal. O exame citoquímico do líquido foi normal. A ecografia abdominal mostrou líquido livre peritoneal, compatível com hemoperitонеu e várias lacerações hepáticas. A TAC cerebral não revelou alterações recentes.

A laparotomia revelou hepatorragias múltiplas e secção total do pâncreas, tendo sido efectuada uma anastomose pancreato-jejunal em Y de Roux transmesocólica.

A evolução clínica foi favorável. Os pais acompanharam sempre carinhosamente o seu filho, evidenciando um bom relacionamento.

O lactente tinha duas admissões anteriores na urgência por lesões traumáticas: a primeira, aos quatro meses, por sufusões hemorrágicas no pavilhão auricular direito atribuídas a

agressão por outra criança. A segunda, aos nove meses, por hematoma craniano «após queda», mostrando a radiografia de crânio múltiplas fracturas (figura 3) e a TAC cerebral contusão frontal direita, o que motivou a sua transferência e internamento em hospital central durante dois dias.

O caso foi entregue para investigação à entidade judicial competente, tendo-se descoberto que as lesões ocorreram sempre quando o pai agredia a mulher e esta se resguardava com a interposição do filho.

Foi decidida a colocação temporária prolongada deste lactente num lar e um acompanhamento dos pais. Actualmente está reintegrado na família sob vigilância judicial.

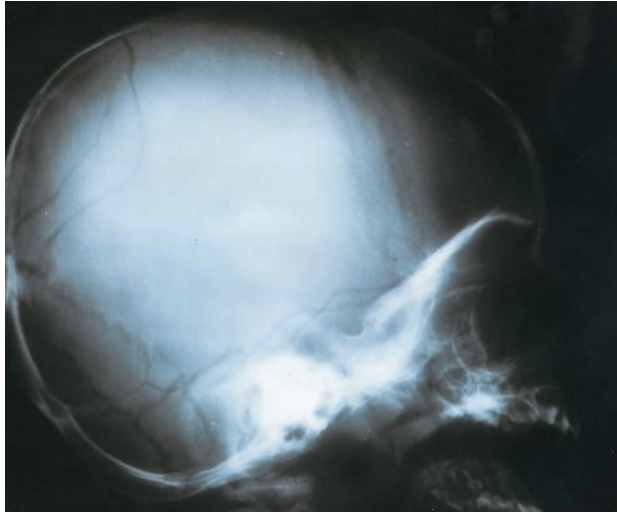


Fig. 3 (Caso 3, 2º traumatismo) — Fracturas múltiplas do crânio

*saúde
infantil*

1994; 17: 19-22

Comentários

A ocorrência destes três casos de agressão brutal a lactentes, num tão curto espaço de tempo e na mesma região, motivou uma reflexão sobre o problema da criança maltratada, situação que frequentemente apresenta dificuldades de diagnóstico.

A prevenção de situações de maus tratos infantis assenta, em primeiro lugar, na identificação das crianças em risco e acompanhamento dessas famílias^(3,4,7). Nas três crianças agredidas referem-se vários factores de risco: todos eram lactentes, dois com menos de seis meses (casos 1 e 2), sexo masculino (casos 2 e 3), graves problemas sócio-económicos (casos 1 e 2), mau relacionamento dos pais (caso 3), gestação não-vigiada (caso 2) e internamento prolongado (caso 2). No caso 2, apesar da identificação de uma situação de risco múltiplo, o seu acompanhamento não permitiu prevenir nem identificar os maus tratos.

Para o seu diagnóstico é muitas vezes fundamental, um certo grau de suspeição e familiarização com dados clínicos e radiológicos^(1-6,11-12), já que frequentemente as informações prestadas pelos responsáveis das crianças são imprecisas e a clínica inespecífica^(1-6,11). No caso três, só após um terceiro traumatismo, de extrema gravidade, se fez o diagnóstico. Este lactente fora, no entanto, vítima de outras duas lesões traumáticas, uma delas também grave e com risco de vida. As histórias de lesões acidentais, contadas com aparente coe-

rência pelo casal, insuspeito sob o ponto de vista social, convencera anteriormente as equipas assistentes. No entanto, de um modo geral, as discrepâncias entre a história contada e a lesão encontrada (como neste caso a fractura craniana múltipla) são muito sugestivas de maus tratos, sobretudo se se trata de um lactente⁽¹⁴⁾. Noutros casos, porém, o diagnóstico diferencial sobretudo com traumatismos acidentais é, de facto, difícil de esclarecer. Outras etiologias deverão ser consideradas: doenças infecciosas, metabólicas, esqueléticas, anomalias vasculares cerebrais, vasculites e coagulopatias^(1-2,13-15). No entanto, sempre que se evoque a suspeita de maus tratos, há que esclarecer pronta e totalmente a situação, mantendo, entretanto, a segurança da criança.

Os dois últimos casos são exemplos das principais causas de mortalidade e morbilidade associadas a maus tratos físicos^(1,3,4,16): as lesões intra-abdominais (caso 3) e os hematomas subdurais inseridos no «Síndrome da Criança Abanada» (caso 2).

As lesões traumáticas abdominais resultantes de maus tratos acompanham-se geralmente de equimoses (caso 3), hemorragia interna ou fracturas, que podem não ser evidentes numa primeira abordagem⁽¹⁵⁾. Comprometem geralmente o baço, fígado (caso 3), ou duodeno, e menos frequentemente, o pâncreas (caso 3)^(2,3,13,16).

O síndrome da criança abanada é uma forma grave de maus tratos infantis, em que a criança é sujeita a abanões violentos, com movimentos de aceleração-desaceleração da cabeça e aumento brusco da pressão intracraniana, originando laceração de veias corticais que drenam do córtex cerebral para os seios venosos e consequentes hemorragias subdurais ou subaracnoideias e ainda rotura das veias retinianas^(11,19,21,23,26). Embora possa surgir em crianças até aos 5 anos, é mais frequente em lactentes com menos de 6 meses, já que a cabeça do lactente é particularmente vulnerável, devido à combinação de uma cabeça pesada e músculos cervicais fracos, à plasticidade de um calvário parcialmente membranoso e à fragilidade de um cérebro imaturo não-mielinizado⁽¹⁰⁾. Caracteriza-se pela associação de hemorragias retinianas a hemorragia subdural e/ou subaracnoideia, com pequena ou nenhuma evidência externa de traumatismo craniano^(1-4,11-13,16-26). A investigação de tais casos leva, não raramente, à identificação de fracturas ósseas múltiplas e consecutivas de ossos longos em várias fases de evolução^(10,12). São muito suspeitas de maus tratos as fracturas ósseas de rádio, cúbito, tibia, perónio ou fémur num lactente ou as fracturas metafisárias de qualquer localização^(14,24,27). O exame do fundo ocular num lactente em coma é essencial, permitindo, com alguma facilidade, evidenciar as múltiplas hemorragias retinianas, tão características deste síndrome, e só por si pôr-nos na pista de uma situação de criança maltratada, como aconteceu no caso 2. As hemorragias retinianas numa criança abanada podem resultar em amaurose devido a cicatriz macular, deslocamento da retina e atrofia óptica⁽²²⁾.

A orientação após a alta clínica da criança maltratada deverá ser preparada cuidadosamente, por uma equipa multidisciplinar. Após uma abordagem médica, social e jurídica é decidida a tutela da criança. A integração da criança na sua família reabilitada, sob supervisão, é muitas vezes a melhor alternativa encontrada, apesar dos eventuais riscos⁽⁵⁾. Outras opções são a entrega provisória ou definitiva a uma família de acolhimento, a um lar, ou à adopção.

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 65-72

BIBLIOGRAFIA

1. Levitt, C. Child Abuse. 1st edition. Philadelphia.1994.
2. Wissow L. Child Maltreatment. In: Oskie.1994 : 589-605.
3. Schmitt B, Krugman R. Abuse and neglect of children. In: Behrman R. Nelson — Textbook of Pediatrics. Saunders. Philadelphia.14th edition. 1992: 78-83.
4. Johnson C. Abuse and neglect of children. In: Behrman R. Nelson — Textbook of Pediatrics. Saunders. Philadelphia.15th edition. 1996: 112-21.
5. Lobo-Fernandes M. Criança Maltratada e negligenciada — Aspectos médicos. Rev.Port.Pediatria, 1989; 20: 311-21.
6. Reis C. A criança maltratada. Nascer e crescer. 1993; 2(3): 155-62.
7. Reece R, Randell A, Bays J et al. Child Abuse. Pediatric Cl of North Am 1990; 37(4).
8. Summers C, Molyneux E. Suspected child abuse: cost in medical and finance. Arch Dis Child 1992; 67: 905-10.
9. Martins A, Sampaio V, Correia C, Moura J. Criança maltratada — casuística de 5 anos. (Dados de 1991 a 1995 do Hospital de Viana do Castelo). Aceite para publicação na Acta Pediátrica Portuguesa.
10. Caffey J. Multiple fractures in the long bones of infant suffering from subdural hematoma. Am J Roentgen 1946; 56: 163-73.
11. Krugman, R. Bays J, Chadwick D et al. Síndrome da criança batida. Pediatrics 1993; 11: 846-9.
12. Castro J, Oliva T, Santos C et al. Criança maltratada. A perspectiva imagológica. Nascer e crescer. 1992; II(3): 162-8.
13. Haller J, Kleinman P, Merten D et al. Diagnostic Imaging of child abuse. Pediatrics 1991;87(2). 262-4.
14. Billmire M, Myers P. Serious Head Injury in Infants. Pediatrics. 1985; 75(2): 340-2.
15. Stewart G, Rosenberg N. Conditions mistaken for child abuse. Pediatric Emergency Care 1996; 12(2): 116-21.
16. Child abuse intervention in the emergency room. Hyden P, Gallagher T. Pediatric Emergency Medicine 1992; 39(5): 1053-81.
17. Zepp F, Brühl K, Zimmer B et al. Battered Child Syndrome: Cerebral ultrasound and CT findings after vigorous shaking. Neuropediatrics 1992; 23: 188-91.
18. Alexander R, Crabbe L, Yutaka S et al. Serial abuse in children who are shaken. Am J Dis Child 1990; 144: 58-60.
19. Giangiacomo J, Khan J, Levine C et al. Sequential Cranial Computed Tomography in Infants with retinal hemorrhages. Ophthalmology 1988; 95(3): 295-9.
20. Brennen S. The Shaken Baby Syndrome. J. Neurosurg 1988; 68: 660.
21. Duhaime A, Gennarelli T, Thibault L et al. The Shaken Baby. J Neurosurg 1987; 66: 409-15.

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 65-72

22. Lambert S, Johnson T, Hoyt C. Optic Nerve Sheath and retinal Hemorrhages Associated with the Shaken Baby Syndrome. Arch Ophtalmol 1986; 104: 1509-12.
23. Merten D, Osborne D, Radkowski M et al. Craniocerebral trauma in child abuse syndrome: radiological observations. Pediatr Radiol 1984; 14: 272-7.
24. Leventhal J, Thomas S, Rosenfield N et al. Fractures in young children. Am J Dis Child 1993; 143: 87-92.
25. Caffey J. On Theory and Practice of Shaking Infants. Am J Dis Child. 1972; 172: 161-9.
26. Guthkelch A. Infantile subdural haematoma and its relationship to whiplash injuries. Br Med J 1971; 22: 430-1.
27. Dalton H, Slovis T, Helfer R et al. Undiagnosed abuse in children younger than 3 years with femoral fracture. Am J Dis Child 1990; 144: 875-8.

Correspondência: Virgínia Sampaio
Serviço de Pediatria — Hospital Distrital de Santa Luzia
Estrada de Santa Luzia
4900 Viana do Castelo

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 65-72

Caso Clínico

HIPOTONIA PROVOCADA PELO FRIO

Dolores Faria¹, Margarida Agostinho¹, Carlos Lemos²,
Conceição Ramos², Fátima Negrão², Rui Teixeira²

RESUMO

Apresenta-se o caso de um recém-nascido, internado ao sexto dia de vida com hipotermia, hipoglicemia, hipotonia e perda ponderal de 16%. A hipotermia e a hipoglicemia foram de fácil correcção. Apesar da normalização destes últimos parâmetros, assistiu-se a um quadro de hipotonia global com duração de oito dias.

Palavras-chave: hipotonia, hipotermia, recém-nascido.

SUMMARY

We present a case of a six days old newborn admitted with hypothermia, hypoglycemia, hypotonia and weight loss (16% compared to birth weight). Both hypothermia and hypoglycemia were easily corrected. However, global hypotonia persisted for 8 days. Does hypotonia and hypoglycemia justify this transient neuromuscular disorder?

Keywords: hypotonia, hypothermia, newborn.

1 Interna Complementar de Pediatria do Hospital Pediátrico de Coimbra
Pediatria da Maternidade Bissaya Barreto
Maternidade Bissaya Barreto (MBB) — Serviço de Neonatologia

2 Assistente Graduado de

Introdução

A hipotermia, definida como temperatura central $< 35^{\circ}\text{C}$, é geralmente devida a um dos três mecanismos seguintes: perda de calor excessiva, falência da termogênese ou alterações da termoregulação^(1,2,3). No recém-nascido (RN), o primeiro mecanismo é sem dúvida a causa principal. O RN, devido à sua proporcional grande área de superfície corporal, às suas reservas energéticas escassas com esgotamento rápido da gordura castanha e à sua incapacidade em produzir arrepios, apresenta um risco acrescido de desenvolver hipotermia^{4,5,6}.

Os autores apresentam um caso clínico de hipotonia transitória num RN tendo como causa subjacente o frio.

Caso clínico

Trata-se de um recém-nascido de 6 dias de vida do sexo masculino que consulta por recusa alimentar e hipotonia.

É o quinto filho de um casal idoso sem consanguinidade, de fracos recursos económicos vivendo em condições de habitação precárias, sem água nem electricidade.

Gravidez não-vigiada sem intercorrências. Nasce de parto eutócico às 36 semanas, com peso de nascimento de 2300 g, sem asfixia.

O período neonatal imediato decorreu sem incidentes, tendo alta ao 3º dia com peso igual ao nascimento e com aleitamento materno exclusivo. Entre o terceiro e o quinto dias de vida mamou bem. Ao 6º dia recusou o peito, foi notado sonolento, gelado e com gemido, pelo que foi internado para investigação na UCERN da Maternidade Bissaya Barreto.

No exame físico era uma criança hipotérmica (temperatura rectal de 34°C) com aspecto desidratado e desnutrido, com cianose labial, má perfusão periférica e escleredema dos membros inferiores. Pesava 1950 g (perda superior a 16% do peso de nascimento).

Apresentava hipotonia generalizada, arreflexia e diminuição da força muscular. Esboçava mímica de choro mas não chorava. A respiração era superficial, com apneias que cediam à estimulação. A auscultação cardiopulmonar não revelava alterações e a tensão arterial estava dentro dos parâmetros normais para a idade.

À entrada procedeu-se ao seu aquecimento lento em incubadora e à realização de exames laboratoriais que revelaram: hemoglobina de 19,2 g/dl, leucócitos de 6.900/ml com 49% de neutrófilos e 46% de linfócitos, plaquetas de 188.000/ml. O esfregaço periférico e os tempos de coagulação não apresentavam alterações. Glicemia = 0,2 mmol/l, ureia = 18,3 mmol/l, sódio = 140 mmol/l, potássio = 5,4 mmol/l, cálcio = 2,2 mmol/l, TGO = 133U/l, CPK = 1162U/l. Na análise sumária de urina foi detectada mioglobínúria. O restante sedimento e a urocultura não revelaram alterações. Na punção lombar a glicorráquia era de 0 mmol/l, com restantes parâmetros normais. A cultura do líquido foi negativa, assim como a hemocultura; a radiografia do tórax foi normal; a ecografia transfontanelar não mostrou alterações.

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 75-79

A hipoglicemia motivou a administração de glicose a 10mg/kg/min, tendo sido de fácil correcção com glicemias capilares normais desde a 6ª hora de internamento. A estabilidade térmica ocorreu a partir das 12h de internamento, não repetindo hipotermia. Foi medicado com ampicilina e netilmicina durante 8 dias.

Apesar da hipoglicemia e da hipotermia terem sido de fácil correcção, durante a primeira semana de internamento manteve hipotonia global associada a hiporreflexia, verificando-se diminuição da força muscular e dificuldades na sucção que motivaram alimentação por sonda nasogástrica durante 5 dias.

A partir do 9º dia de doença houve desaparecimento gradual da hipotonia, reaparecimento dos reflexos e melhoria da actividade e do estado de alerta. Concomitantemente, verificou-se boa evolução ponderal. Aos 22 dias de vida teve alta a mamar bem e com exame neurológico sem alterações.

A avaliação clínica efectuada aos 1,5 e aos 3 meses mostrou uma criança com crescimento e desenvolvimento adequados à idade, com a seguinte avaliação laboratorial: glicemia = 3,3 mmol/l, ureia = 2,4 mmol/l, creatinina = 8 mmol/l, TGO = 43 U/l e CPK = 173 mmol/l.

Discussão

O síndrome da lesão neonatal pelo frio é o resultado de uma resposta metabólica com consequente gasto de oxigénio, glicogénio e de outros substratos alimentares, com esgotamento rápido das reservas energéticas e com incapacidade de manter a temperatura corporal pelo mecanismo da termoregulação^{2,4,5}. A hipotermia produz uma lesão hipóxica sobre os múltiplos sistemas orgânicos, em particular sobre o sistema nervoso central, reflectindo-se como uma encefalopatia aguda, por vezes associada a convulsões⁵. As alterações da consciência são variáveis e directamente proporcionais ao grau de hipotermia. A redução do fluxo sanguíneo cerebral, combinado com as alterações na microcirculação, induz uma diminuição da actividade cerebral. As manifestações mais frequentes são uma paralisia progressiva do sistema nervoso central com alterações do estado de vigília, seguida de perda de consciência, podendo evoluir para coma profundo. Para além destas manifestações, são frequentes alterações do tónus e dos reflexos que, em casos extremos, podem-se traduzir por uma hipotonia global e uma arreflexia total^{2,5,7,8}. No entanto, na maioria dos casos, os sintomas mais comuns são: recusa alimentar, letargia, sonolência, escleredema, congestão facial, entre outros¹.

A hipotonia no recém-nascido coloca dificuldades de diagnóstico etiológico, mesmo para o clínico mais experiente. Sendo um sinal inespecífico, pode ter como causas uma lesão do sistema nervoso central, do neurónio motor inferior e da placa neuromuscular, miopatias e doenças metabólicas. No entanto, existem causas bem mais comuns para as quais o médico deve estar alerta, nomeadamente: hipoglicemia, acidose, tóxicos, sépsis^{3,9} e hipotermia.

*saúde
infantil*

1994; 17: 19-22

A hipotonia, como resultado da lesão provocada pelo frio, não será uma raridade, embora sejam escassos os casos descritos.

No que se refere ao nosso doente, a hipotermia e o escleredema dos membros inferiores, associado ao facto de se tratar de uma criança que vivia em condições precárias, fez-nos pensar na lesão neonatal provocada pelo frio. No entanto, não podíamos excluir sépsis já que o escleredema e a hipotermia são achados clínicos na sépsis neonatal tardia por bacilos gram-negativos¹⁰. Por outro lado, a hipotermia condiciona uma alteração da função imunológica, o que leva a um risco acrescido de infecção^(9,10). As hemoculturas efectuadas foram estéreis o que torna pouco provável este diagnóstico. As culturas de líquido e a urocultura foram negativas, excluindo meningite e infecção urinária. A radiografia torácica não evidenciou pneumonia. A ecografia transfontanelar não mostrou qualquer malformação do sistema nervoso central, que pudesse justificar o quadro clínico.

A hipoglicemia e a hipotermia foram de fácil correcção. No entanto, durante a primeira semana de internamento manteve o quadro de hipotonia e de arreflexia, o que nos levou a pôr a hipótese de uma doença neuromuscular, que poderia justificar o elevado valor de CPK observado. A evolução clínica favorável, com desaparecimento gradual da hipotonia e reaparecimento dos reflexos, boa sucção e melhoria da actividade do estado de alerta, não eram a favor deste diagnóstico. A elevação de CPK, associada a mioglobulinúria, poderá ser explicada pela rabdomiólise frequente na lesão pelo frio.

Em conclusão: perante um RN hipotérmico, com esclerema, hipo-reflexia, sucção débil e hipotónico, e após ter-se excluído infecção e malformação do sistema nervoso central, que o diagnóstico era de uma lesão pelo frio. A terapêutica com aminoglicosídeos responsáveis pela inibição da placa neuromuscular pode ter contribuído para o prolongamento da clínica¹¹.

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 75-79

BIBLIOGRAFIA

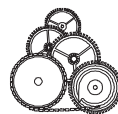
1. Costa C, Palha J, Lobo JC. Lesão neonatal pelo frio associada a sépsis neonatal tardia. Rev Port Pediatr 1995; 26:59-61.
2. Corneli H. Accidental Hypothermia. J Pediatr 1992; 120:671-79.
3. Vannuci R. Differential diagnosis of diseases reducing hypotonia. Pediatric Annals 1989; 18:404-10.
4. Gunn TR, Gluckman PD. The endocrine control of onset of thermogenesis at birth. Clinical Endocrinology and Metabolism 1989; 3:869-86.
5. Berthier J, Bourgeois J, Hartemann EL. Hypothermie grave chez l'enfant. Pediatrie 1981; 36:401.
6. Robinson M, Seward PN. Environmental hypothermia in children. Pediatric Emergency Care 1986; 2:254-57.
7. Biggart M, Bohn D. Effect of hypothermia and cardiac arrest on outcome of near-drowning accidents in children. J. Pediatr 1990; 117:179-183.
8. Kaplan M, Eidelman A. Improved prognosis in sevelly hypothermic newborn infants treated by rapid rewarming. J Pediatr 1984;105: 470-74.
9. El-Radhi SA, Jawad M, Mansor M et col. Sepsis and hypothermia in newborn infant: value of gastric aspirate examination. J Pediatr 1983; 103:300-302.
10. Dunne KP, Matthews TG. Hypothermia and sudden infant death syndrome. Arch Dis Child 1988;63: 438-40.
11. L'Hommedieu C, Stough R, Brown L et col. Potentiation of neuromuscular weakness in infant botulism by aminoglycosides. J Pediatr 1979; 95:1065-70.

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 75-79

Correspondência: Dolores Faria
Hospital Pediátrico de Coimbra
3000 Coimbra

P r o t o c o l o



PICADA POR AGULHA DE SERINGA ENCONTRADA NA RUA — Proposta de actuação

Riscos mais prováveis/preocupantes — Infecção pelo vírus da Hepatite B, Hepatite C, HIV 1 e HIV 2.

O controlo serológico para os vírus indicados (AgHBs, Anti Hbs, Anti Hbc, Anti HVC, Anti HIV 1 e 2) deve realizar-se aos 0 (por questões legais), 2, 6 e 12 meses.

Actuação

- Cuidar da ferida (sangrar, limpar e desinfectar).
- Vacina anti-tetânica se indicado (estado de vacinação, tempo de evolução).

Hepatite B

Dependente do estado serológico da fonte

		Positivo	Negativo	Desconhecido
CRIANÇA NÃO-VACINADA		Vacina para hepatite B e imunoglobulina anti-hepatite B (HBIG)	Vacina para hepatite B	Vacina para hepatite B + HBIG se alto risco
CRIANÇA VACINADA	Conhecido respondedor	ø	ø	ø
	Conhecido não-respondedor	HBIG	ø	ø, HBIG se alto risco
	Resposta desconhecida	HBIG	ø	ø, HBIG se alto risco

Considerar de alto risco picada com agulha encontrada na rua
Considera-se respondedor se o nível de Anti-HBs for superior a 10UI/ml

Notas

- 1 — Se última dose de vacina tiver sido dada há mais de 12 anos fazer dose de reforço.
- 2 — **Imunoglobulina anti-hepatite B (HBIG)** — 0,06 ml/Kg, máx.5 ml, dose única, i.m. no deltóide < 24 horas depois do acidente.

Vacina para Hepatite B — aos 0, 1 e 6 meses

Engerix B — < 11 anos - 10 µg; ≥ 11 anos — 20 µg

Recombivax HB — < 11 anos — 2,5 µ g; 11-19 Anos — 5 µg; ≥ 20 anos — 10 µg

HIV

Se o estado serológico da fonte for reconhecidamente positivo para HIV:

AZT 180 mg/m² oral 4/4 h de 4 a 6 semanas.

*saúde
infantil*

Nota: Este esquema serve para os profissionais de saúde

Manuel João Brito, Susana Nogueira, Isabel Gonçalves e Graça Rocha
Janeiro de 1997

1997; 19/1: 81-82



O que vale a ecografia em relação ao exame clínico, no diagnóstico de Estenose Hipertrófica do Píloro?

De 116 lactentes enviados a um Serviço de Cirurgia por suspeita de Estenose Hipertrófica do Píloro (EHP) 75 (64%) tiveram o diagnóstico confirmado.

O exame clínico (pesquisa da oliva pilórica) teve uma sensibilidade de 72% e especificidade de 9% sendo os valores preditivos positivo e negativo respectivamente de 98% e 61%.

A ecografia revelou-se, em mãos experientes, com 97% de sensibilidade e 100% de especificidade com valores preditivos positivo e negativo de respectivamente 100% e 98%.

A ecografia foi, por isso, particularmente útil nos casos falsamente negativos ao exame clínico.

Através de uma análise de custo-benefício e face ao preço de uma ecografia os autores concluem que este exame deve ser reservado aos casos em que o exame clínico é negativo e deve ser efectuado por técnicos que contactem suficientemente com esta patologia para adquirirem e manterem uma boa experiência.

A experiência — nestas como noutras áreas — é fundamental. Pelo que pode ser necessária a realização de ecografias para confirmar o diagnóstico já estabelecido clinicamente!

Godlobe P, Pring A, Dickson JAS, I in PC. Ultrasound compared with clinical examination in infantile hypertrophic pyloric stenosis. Arch Dis Child 1996; 75: 335-7.

Afinal a terapêutica broncodilatadora é eficaz nas bronquiolites?

E, em caso afirmativo, preferencialmente com que fármacos?

Após uma meta-análise de 15 estudos publicados e em que a terapêutica variou de Albuterol (9), Fenoterol (19), Brometo de Ipatropium (5) ou Adrenalina (2) a conclusão é que estes produtos produzem ligeira melhoria, de curta duração, em crises de bronquiolite de ligeira ou média gravidade.

Em estudos futuros os autores propõem que se distinga entre primeiro episódio ou crianças com crises repetidas, que se analisem também as respostas terapêuticas nos casos mais graves e que se avaliem os resultados também nos dias seguintes ao início da terapêutica.

No comentário editorial refere-se que vale a pena tentar a terapêutica broncodilatadora sem especificar limite inferior de idade e que é de esperar uma resposta significativa em 1 de cada 4 casos.

De entre a terapêutica prevista, a adrenalina em aerossol parece ser superior em Albuterol e ao placebo.

Klassen TP. Determining the benefit of broncho dilators in bronchiolitis. Arch Pediatr Adolesc Med 1996; 150: 1120-1.

Kellner JD, Ohlsson A, Gadomski AM, Wang EEL. Efficacy of bronchodilator therapy in bronchiolitis — a meta analysis. Arch Pediatr Adolesc Med; 150: 1166-72.

Portadores assintomáticos de bactérias respiratórias potencialmente patogénicas

Um estudo prospectivo pediátrico, realizado em Pretória (Africa do Sul), em 1993, (sem indicação das raças), teve como objectivos avaliar a incidência de portadores assintomáticos de bactérias respiratórias potencialmente patogénicas e, entre as mesmas, a incidência de bactérias produtoras de beta-lactamases.

Foram excluídas todas as crianças que, na altura, estivessem com qualquer tipo de infecção e as que tivessem feito qualquer antibioterapia nas duas últimas semanas.

Seleccionaram-se 106 crianças que realizaram zaragatoa da naso-faringe. À excepção duma criança de 8 meses de idade, todas as restantes 105 tinham idades compreendidas entre os 2 e os 8 anos (66 com menos de 6 anos e 39 com idades igual ou superior a 6 anos).

Apresenta-se em quadros a variedade dos portadores (Quadro 1), os gérmens isolados, e respectivas percentagens de produtores de beta-lactamases (Quadro 2).

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 83-86

Variedades de Bactérias Patogénicas	Colonizados (nº / %)
bactéria única	38 / 52%
duas bactérias diferentes	25 / 34%
três bactérias diferentes	9 / 12%
quatro bactérias diferentes	1 / 1.4%
Total de crianças colonizadas	73 / 69%

Quadro 1

	Portadores (nº / %)	% Beta- -Lactamases + (nº / %)
<i>Streptococo pneumoniae</i>	43 / 36%	*
<i>Moraxella catarrhalis</i>	28 / 24%	16 / 57%
<i>Estafilococo aureus</i>	24 / 20%	23 / 96%
<i>Haemophilus influenzae</i>	21 / 18%	2 / 10%
<i>Streptococo beta H. grupo A</i>	3 / 3%	-

* dos *Streptococos pneumoniae*, eram resistentes à oxacilina 8 (19%) e à penicilina 8 (19%)

Quadro 2— agentes isolados e produção de beta-lactamases

Marcus L, van Dyk J C. Incidence of asymptomatic carriage of potentially pathogenic respiratory organisms among preschool Pretoria children (letter). S Afr Med J 1996; 86: 1132-4.

Apesar de ter sido realizado em África, com algumas diferenças em relação à Europa, este trabalho coloca várias questões para reflexão:

- Qual a real utilidade das colheitas da orofaringe por zaragatoa ?
- Qual o papel dos vírus no desencadeamento da patogenicidade destes agentes ?
- Que futuro perante a antibioterapia desmedida usada no dia-a-dia.

E recorda-se que a resistência do pneumococo aos antibióticos não resulta da produção de beta-lactamases, mas sim por alterações nas proteínas da parede celular (as PBP - penicillin-binding protein). E sendo a pneumococo o agente bacteriano mais importante das infecções respiratórias, para quê o uso indiscriminado, numa primeira linha, de antibióticos contra bactérias produtoras de beta-lactamases? E no caso das associações, com a inerente redução da dose da amoxicilina, o que poderá ser contra-producente.

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 83-86

"Um
cow-boy"



*Era uma vez um
cow-boy que
andava à procura
de índios*



*Encontrou dois índios que o
queriam matar*

*Ele disse-lhes que
não tinha vindo
àquele sítio para
lutar mas sim
para saber se
ainda havia
índios*



*Quando se ia embora
encontrou um bisonte e
caçou-o*



*Deseu do cavalo e
foi segurar o bisonte
para que ele não
fugisse*

*De repente
apareceu um
índio e ele
assustou-se*



*Mas partiram os dois e
ficaram amigos.*

Texto e diapositivos de Nelson, 12 anos.
Recolhido no Serviço de Ortopedia do Hospital Pediátrico de Coimbra



IV SEMINÁRIO DE DESENVOLVIMENTO A Linguagem e os seus Problemas

Do Diagnóstico à Intervenção

COIMBRA, 22 E 23 DE MAIO DE 1997

Local: Auditório da Reitoria da Universidade de Coimbra

Secretariado: A.S.I.C.

Hospital Pediátrico — Av. Bissaya Barreto

3000 Coimbra

Telef. 039-480335 Fax. 039 - 484464

Inscrição: 10 000\$00/8 000\$00 (sócios da ASIC)

Temas:

- **Desenvolvimento da linguagem**
 - Desenvolvimento normal da linguagem
 - Linguagem e o cérebro
- **Avaliação e classificação dos problemas da linguagem**
 - Como se avalia a linguagem
 - Atrasos e desvios da linguagem
- **A Consulta de linguagem e alguns casos clínicos do CDC/HP**
 - Consulta de linguagem — Casuística do CDC/HP
 - Deficiência mental
 - Disfasia do desenvolvimento
 - Autismo

- Défice auditivo
- Neuromuscular
- Anomalias estruturais

• **Problemas de linguagem em situações específicas**

- Dificuldades de aprendizagem e linguagem
- Epilepsia e linguagem
- Problemas emocionais e linguagem
- Interacção e desenvolvimento da linguagem
- Desenvolvimento da linguagem com suporte de sistemas
- Terapia da fala/comunicação

• **Meios de comunicação**

- Meios de comunicação na deficiência auditiva
- Os sistemas aumentativos e alternativos de comunicação

• **Prognóstico dos problemas de linguagem**

- Experiência em Espanha, Inglaterra e Portugal
- Atrasos de linguagem nos primeiros anos de vida, como estão 5 anos depois?

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 89-95

Palestrantes do Centro de Desenvolvimento da Criança de Coimbra:

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| — Dr. Luís Borges | — Dr ^a Helena Porfírio |
| — Dr. Boavida Fernandes | — Terap. Isabel Lucas |
| — Dr ^a Guiomar Oliveira | — Dr. Mano Soares |
| — Dr ^a Sílvia Almeida | — Dr ^a Conceição Robalo |
| — Dr ^a Ester Gama | — Dr ^a Eugénia Capela |
| — Dr ^a Paula Garcia | — Dr. Agostinho Fernandes |
| — Dr ^a Susana Nogueira | — Terap. Lígia Lapa |

Palestrantes Convidados

- Prof. Doutora Graça Andrada - Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral de Lisboa
- Prof. Doutor Emili Soro - Faculdade de Psicologia da Universidade de Barcelona
- Dr^a Ana Maria Bénard da Costa - Instituto da Inovação Educacional
- Prof. Doutora Inês Sim-Sim - Escola Superior de Educação de Lisboa
- Terap. Janet Lees - Hospital for Sick Children, Londres
- Dr^a Isabel Pavão - Laboratório de Estudos de Linguagem - Centro de Estudos Egas Moniz - Hospital St^a Maria
- Dr^a Cristina Oliveira - Departamento de Psiquiatria Infantil do Centro Hospitalar de Coimbra
- Terap. Carmina Elias - Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral de Coimbra
- Terap. Brito Largo - Serviço de Medicina e Reabilitação, HUC
- Dr^a Conceição Batista - Departamento de Ensino Básico - Ministério da Educação
- Terap. Isabel Monteiro - Escola Superior de Tecnologia da Saúde, Porto

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 89-95

XIV Curso de Pediatria Ambulatória

Local: Auditório da Reitoria da Universidade
Coimbra, 20 e 21 de Junho de 1997

Direcção do Curso: Dr. Nicolau da Fonseca — Dr. Luís Lemos

Secretariado: A.S.I.C.

Hospital Pediátrico — Av. Bissaya Barreto
3000 Coimbra

Telef. 039-480335 Fax. 039 - 484464

Inscrição: 6 000\$00/4 800\$00 (sócios da ASIC)

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 89-95

Temas:

- Velhos e novos macrólidos
- Parasitoses intestinais — Aspectos práticos
- A figura paterna na dinâmica familiar
- Enurese
- Lesões Bolhosas
- Continuidade de cuidados em enfermagem
- A reacção de Widal e o diagnóstico de febre tifóide
- Dores abdominais
- A criança de mãe seropositiva para o VIH
- Terapêutica medicamentosa no ambulatório

Palestrantes:

— Dr. Luís Lemos — Hospital Pediátrico de Coimbra

— Dr^a. Maria da Luz Speidel — CS da Mealhada

— Dr^a. Beatriz Pena — HP

— Dr. António Jorge Correia — HP

— Dr^a. Ana Moreno — HUC

— Enf^a. Bárbara Meneses — CS de Odivelas

— Dr. Ricardo Ferreira — HP

— Dr. Manuel Salgado — HP

— Dr^a. Maria da Graça Rocha — HP

— Dr. Nicolau da Fonseca — HP

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 89-95

O Recém - Nascido

2º Encontro de Pediatria

DO HOSPITAL AMATO LUSITANO

CASTELO BRANCO, 7 E 8 DE NOVEMBRO DE 1997

Local: Auditório do Instituto da Juventude de Castelo Branco

Secretariado: Serviço de Pediatria
Hospital Amato Lusitano
Avenida Pedro Álvares Cabral
6000 Castelo Branco

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 89-95

Temas:

— ANTES DE NASCER

- Acompanhar a gravidez
- Acompanhar o feto: Experiência multidisciplinar

— NASCER JA NÃO É O QUE ERA...

— O RN NA MATERNIDADE

- Acolher o RN
- Cuidados ao RN normal
- Reanimar o RN

— ALGUMAS INFECÇÕES PERINATAIS

— SÍFILIS E TOXOPLASMOSE

— CMV

— RISCO INFECCIOSO

— A PRIMEIRA CONSULTA

- A mãe, o pai, os avós, os padrinhos e o bebé deles

— AINDA DEPOIS DA ALTA...

- O RN está amarelo.
- O RN está a medrar?
- O RN tem um sopro.

— SER EX-PRÉTERMO

Palestrantes e moderadores

- Dr^a Antónia Marques — Maternidade Dr.Alfredo da Costa (MAC), Lisboa
- Dr^a Conceição Ramos — Maternidade Bissaya Barreto (MBB), Coimbra
- Dr. Eduardo Castela — Hospital Pediátrico de Coimbra (HP), Coimbra
- Dr. Eduardo Gonçalves — Hospital de Santo António, Porto
- Dr^a Fátima Negrão — MBB, Coimbra
- Dr^a Glória Carvalhosa — MAC, Lisboa
- Dr. Gil Ferreira da Silva — Hospital Amato Lusitano (HAL), Castelo Branco
- Dr^a Helena Melo — HAL, Castelo Branco
- Dr. Joaquim Correia — Mac, Lisboa
- Dr. J.C. Peixoto — HP, Coimbra
- Dr. Luís Januário — HP, Coimbra
- Dr^a M^a do Céu Machado — Hospital Fernando da Fonseca, Amadora - Sintra
- Dr^a Teresa Tomé — MAC, Lisboa

*saúde
infantil*

1997; 19/1: 89-95