

saúde infantil

SETEMBRO 1998

A Associação de Saúde Infantil de Coimbra

As crianças que ressonam

Tabagismo: proteger a criança e tratar os pais

Vacinação

A vigilância em Saúde Infantil

Pais e luto

Estatística em tribunal

SOS; violência infantil

Intoxicação por paraquat

Fibrose quística; formas atípicas

Os talibans amamentam

Protocolo — Crise de asma

Opinião — Um caso inesquecível

Texto de apoio — Revisões — Informações

Hospital Pediátrico de Coimbra

DIRECTOR

Luís Lemos

EDITOR

Luís Januário

REDACÇÃO

Manuel Salgado, Boavida Fernandes

CONSELHO DE LEITURAOs profissionais do quadro técnico
do Hospital Pediátrico

e

NeonatologiaConceição Ramos, Gabriela Mimos,
Mário Branco

António Marques - enf., Crisitna Caldeira - enf.

Clínica Geral

Maria José Hespanha

Dermatologia

Ana Moreno

Estatística e Métodos

Pedro Ferreira

Propriedade:

Associação de Saúde Infantil de Coimbra

Secretariado

Sandra Fonseca

ASIC — Hospital Pediátrico de Coimbra
3000 Coimbra

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

Assinaturas 1998

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

Tiragem: 1100 exemplares

Concepção Gráfica e Paginação Electrónica:RPM, Ideias e Comunicação, Lda
Rua Afrânio Peixoto, nº 70, r/c — 3030 COIMBRA
Telef./Fax: (039) 70 33 32**Montagem e impressão:**

Norprint, Artes Gráficas S.A.

Depósito Legal nº 242/82

ISSN 0874-2820



Impresso em papel reciclado

HOSPITAL PEDIÁTRICO DE COIMBRAneste
númerosaúde
infantil

Nº 20/2 — SETEMBRO — 1998

EDITORIAL

ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE INFANTIL DE COIMBRA 3

Maria Helena Estevão

PREVALÊNCIA DO RESSONAR EM CRIANÇAS

DA ESCOLA PRIMÁRIA 5

A. Ferreira, V. Clemente, H. César, C. Pissarra, I. Coelho, A. Gomes,
M. H. Pinto de Azevedo

TABAGISMO: PROTEGER A CRIANÇA E TRATAR OS PAIS 17

Lúcia Gomes, Tojal Monteiro

VACINAÇÃO 33

Luís Manuel Cunha Batalha

A VIGILÂNCIA DA SAÚDE INFANTIL DAS CRIANÇAS

SEGUIDAS EM CONSULTAS HOSPITALARES 37

Fátima Couto, Matilde Correia

A CIÊNCIA MÉDICA HÁ CEM ANOS 45

PAIS E LUTO 47

Maria do Carmo Santos

ESTATÍSTICA EM TRIBUNAL 55

H. Carmona da Mota

SOS; VIOLÊNCIA INFANTIL 61

Paula Silva, Fátima Pinto

TEXTOS DE APOIO DA CONSULTA EXTERNA

FONTES ALIMENTARES DE CÁLCIO 65

CASO CLÍNICO

INTOXICAÇÃO POR PARAQUAT 67

Eugénia Capela, Maria Beorlegui, Farela Neves

FIBROSE QUÍSTICA; FORMAS ATÍPICAS 73

Fátima Pinto, Resende Martins, Conceição Fernandes

UM CASO INESQUECIVEL

LETARGIA E CRISES DE PALIDEZ NUM PEQUENO LACTENTE 79

Manuel Salgado

OPINIÃO

OS TALIBANS AMAMENTAM 83

H. Carmona da Mota

PROTOCOLO

CRISE DE ASMA 85

José António Pinheiro

REVISÕES BIBLIOGRÁFICAS 89

INFORMAÇÕES 91

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.

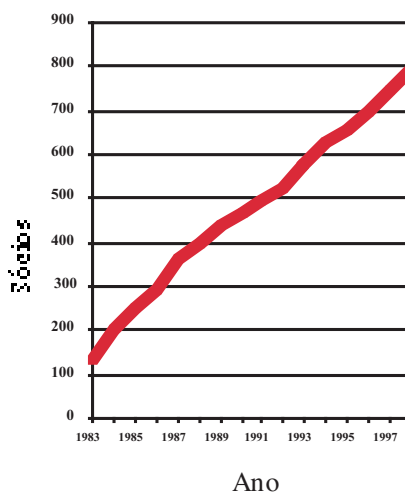
ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE INFANTIL DE COIMBRA

Há cerca de duas décadas atrás, iniciava-se no Hospital Pediátrico o processo de "largada" dos vários profissionais que aí haviam encetado e complementado a sua formação. Uma ideia em embrião — a criação de um laço de união entre todos estes adeptos da saúde e bem-estar da criança (os que entravam, os que ficavam e os que saíam) — começou a germinar, e finalmente floresceu, em finais de 1983, com o aparecimento da **Associação de Saúde Infantil de Coimbra (ASIC)**.

Constituída oficialmente em Janeiro do ano seguinte, a ASIC nasceu com os seguintes objectivos fundamentais: contribuir para um melhor desenvolvimento da saúde infantil, através da promoção de intercâmbio de conhecimentos técnicos e científicos entre associados e outras pessoas interessadas pela saúde infantil, contribuir para o desenvolvimento da educação e ensino em saúde infantil, prestar colaboração e cooperação a entidades públicas e privadas em assuntos de saúde infantil.

A representação dos vários profissionais de saúde esteve presente desde início na associação, e disso dava prova a constituição da primeira Direcção — Dr. Nicolau da Fonseca — médico, Dr. Santos Cardoso — administrador hospitalar e Enfermeira Ilda Cabaça. Nas direcções seguintes, tem-se mantido a constituição por elementos médicos e de enfermagem.

Tem constituído preocupação de cada direcção a manutenção duma dinâmica crescente, procurando dar cumprimento aos seus objectivos, verificou-se um imparável crescimento da actividade da ASIC e duma forma similar têm vindo a aumentar os novos sócios (quadro).



A acção da ASIC e a multiplicação de apoios aos seus sócios tem-se desenvolvido em várias áreas:

- realização anual dum congresso, pela Direcção da ASIC, que visa a divulgação de *novos conhecimentos, atitudes e práticas em pediatria* e que se tem revestido de particular interesse
- apoio na realização de outros congressos, colóquios e cursos, na maioria por solicitação dos vários sectores do Hospital Pediátrico e cujo número tem vindo a crescer de ano para ano (média de 10 por ano, no último triénio) bem como a diversidade de profissionais a quem se destina
- edição de publicações da área da Pediatria
 - Revista “Saúde Infantil” — publicada quadrimestralmente desde 1979 (anterior ao início da ASIC e posteriormente integrada nesta), cuja qualidade tem vindo a melhorar indubitavelmente e que conta com 900 assinantes.
 - “Conceitos Básicos de Ortopedia Infantil” — de Jorge Seabra, ortopedista pediátrico do HP; o livro tem tido grande aceitação por toda a classe médica e a sua distribuição encontra-se no final da 2^o edição
- apoios a projectos do HP ou de cooperação entre este e outras instituições — projectos que visem aspectos de prevenção, actuação precoce, integração sócio-familiar, melhoria da qualidade de vida, levantamentos a nível nacional
- promoção, por intermédio das várias secções, de recursos técnicos ao HP
- apoio em material audiovisual e informático
- cartão de sócio, que proporciona algumas vantagens, nomeadamente nalguns estabelecimentos — livrarias, hotéis, estabelecimentos de imagem e outros
- atribuição de bolsas de estudo.

E dizer algo sobre a ASIC, obriga a prestar homenagem a um dos seus maiores impulsores — o amigo e profissional inesquecível que foi o **Prof. Dr. A. Torrado da Silva** que não poderíamos terminar sem aqui recordar com um carinho muito especial por toda a dinâmica que implementou à Associação.

A ASIC resultou dum embrião que floresceu com afeição e perseverança, deu muitos frutos sãos e bons e mais poderá vir a dar, desde que continue a ser fertilizada.

Maria Helena Estêvão

PREVALÊNCIA DO RESSONAR EM CRIANÇAS DA ESCOLA PRIMÁRIA

A. Ferreira¹, V. Clemente², H. César³, C. Pissarra⁴,
I. Coelho¹, A. Gomes², M. H. Pinto de Azevedo⁵

RESUMO

Este trabalho foi elaborado a partir dos dados obtidos num estudo epidemiológico sobre o comportamento de sono-vigília numa população de crianças do ensino primário. Teve como objectivo determinar a prevalência do ressonar, assim como determinar as características associadas com o *ressonar habitual*, tais como problemas de sono, sintomas diurnos e perturbações do comportamento. Foi enviado um questionário de sono-vigília aos pais de todas as crianças que frequentavam as escolas primárias duma freguesia de Coimbra (n=1381). Para avaliar sintomatologia psiquiátrica foi usada a versão portuguesa do Children's Behaviour Questionnaire, para ser respondido pelo professor (Rutter, 1967). De um total de 988 questionários devolvidos pelos pais (71.5%), obteve-se a informação completa relativa ao ressonar, de 976 crianças, 496 raparigas e 480 rapazes, com uma idade média de 8.063 ± 1.462 anos. O *ressonar habitual*, foi referido como existindo "frequentemente" ou "sempre" por 8.60%, "ocasionalmente" por 30.64% e "nunca" por 60.76%. O grupo de 84 crianças que ressonam "frequentemente ou sempre" (ressonadores habituais) e aqueles que "nunca" ressonam não diferem no que diz respeito à idade, ao sexo, à duração do sono, ao tempo para adormecer, aos acordares nocturnos, enurese e no rendimento escolar. Os problemas da hora do deitar (medos, guerras); o uso de hábitos reconfortantes para ajudar a adormecer, comportamentos característicos das parassónias (sonilóquio, bruxismo, terrores nocturnos); sonolência e irritabilidade e perturbações do comportamento foram significativamente mais frequentes nos ressonadores habituais. Doenças médicas crónicas, incluindo patologias do tracto respiratório superior ($p < .001$) foram mais frequentemente referidas nos ressonadores habituais.

Em conclusão, o ressonar é um sintoma comum em crianças e aquelas que têm um *ressonar habitual* devem ser sujeitas a uma avaliação apropriada.

Palavras-chave: ressonar habitual, perturbações do sono, rendimento escolar, perturbações do comportamento.

1 Assistente Graduada de Psiquiatria

2 Psicóloga Clínica

3 Assistente Eventual de Psiquiatria

4 Internato Complementar de Psiquiatria

5 Professora Catedrática da F.M.C.

Consulta de Distúrbios do Sono dos H.U.C.

SUMMARY

Snoring and its associations with sleep problems, daytime symptoms, medical conditions, school performance and behavioural disturbances were examined as part of an epidemiological survey of sleep and wake patterns in primary school children. As sleep-waking questionnaire was sent to the parents of all children ($n=1381$) attending primary schools in a parish of Coimbra, Portugal. To assess psychiatric symptomatology the Portuguese version of Children's Behaviour Questionnaire for completion by teachers (Rutter, 1967) was used. Of the 988 (71.5%) parents' questionnaires returned, complete information concerning snoring was obtained for 976 children, 496 girls and 480 boys, with a mean age of 8.063 ± 1.462 yr. *Frequently snoring* was reported as frequently or always among 8.60%, occasionally by 30.64% and never by 60.76%. The group of 84 children who snored frequently or always (*frequently snorers*) and *never snorers* did not differ with respect to age, sex, sleep length, time to fall asleep, night wakings; bedwetting; daytime tiredness and school achievement. Comparing *never snorers* and *frequently snorers* significant differences were found on a number of variables, *frequently snoring* was significantly associated with bedtime problems (fears, struggles); the use of comforting activities to fall asleep; behaviours characteristic of the parasomnias (sleep talking, teeth grinding, night terrors); being sleepy and irritated and behavioural disturbances, *frequently snorers* were more likely to suffer from chronic medical problems, including pathologies of the upper respiratory tract $P < .001$.

In conclusion, snoring is common in children and *frequently snorers* should receive the appropriate evaluations.

Keywords: snoring, frequently snorers, school performance, behavioural disturbance.

saúde
infantil

1998; 20/2: 5-15

Introdução

O ressonar caracteriza-se pela emissão, durante o sono, de ruídos vibratórios produzidos pelas vias aéreas superiores, geralmente durante a fase inspiratória da respiração. É um sintoma reconhecido na Classificação Internacional de Distúrbios do Sono (1), entre os critérios diagnósticos de duas entidades nosológicas: o Ressonar Primário e o Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono. Na criança, o Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) foi identificado muito mais tarde que no adulto (2), embora muito antes, em 1882, Sir William Osler tenha feito a primeira descrição daquela patologia infantil.

Entre nós, a primeira publicação sobre este assunto, foi da responsabilidade de um dos autores (3) que mais tarde diagnosticou também o primeiro caso clínico de SAOS na criança, associado a obesidade aguda, que normalizou com amígdalo/adenoidectomia(4).

Recentemente, tem-se registado um crescente interesse desta patologia infantil relacionada com o sono (5,6), assinalando-se as implicações no crescimento (7).

Neste trabalho é nosso objectivo analisar a prevalência do ressonar e características associadas com o ressonar habitual, a partir dos dados obtidos num estudo epidemiológico sobre o comportamento de sono e vigília numa população de crianças que frequentavam o ensino primário.

Metodologia

População estudada

As crianças incluídas neste estudo frequentavam as escolas primárias duma freguesia do concelho de Coimbra. Dada a natureza desta investigação (8) limitou-se a área de análise, tendo para o efeito seleccionado a freguesia que se distinguia por ser a mais populosa do concelho, com população rural e urbana, representativa dos diversos estratos sócio-económicos. O número de alunos, matriculados (1994-95) nos diferentes graus escolares (1, 4) perfaziam um total de 1381, repartidos por 10 escolas.

Instrumentos

Questionário de Sono-Vigília

Com base na nossa experiência clínica com crianças com problemas de sono, e com o apoio de peritos em medicina do sono infantil (9, 10), e dados da literatura, desenvolveu-se um questionário, para ser respondido pelos pais. O instrumento assim construído, incluía questões sobre hábitos e comportamentos à hora de deitar (ex. adormece na própria cama, adormece na cama dos pais, necessita da presença dos pais para adormecer, uso de actividades reconfortantes para adormecer, recusa ir para a cama à hora de deitar); sobre aspectos quantitativos do sono (ex. horários em dias de escola e fim-de-semana, tempo para adormecer, acordares nocturnos; se acorda durante a noite e se consegue voltar a adormecer sozinho); ocorrência de acontecimentos durante o sono (ex. ressonar; pesadelos; levanta-se e anda a dormir; fala quando a dormir; de repente começa a gritar como se estivesse muito aflito, não se lembrando de nada quando acorda; ranger os dentes); e questões sobre sintomas diurnos (tem sono durante o dia; parece cansado; anda irritado).

Na parte final do questionário incluíram-se questões sobre se o filho(a) tinha algum problema em dormir, se já alguma vez tinham procurado ajuda (médico/psicólogo) por causa de um problema em dormir do seu filho, uso de medicamentos para dormir e se sofria de alguma doença (epilepsia, asma, bronquite, diabetes ou outras).

A maioria dos itens são avaliados segundo uma escala do tipo Likert de quatro pontos (1=Nunca; 2=Poucas vezes; 3=Muitas vezes; 4=Sempre), alguns são cotados numa escala nominal (Sim/Não), com escolha única ou múltipla, deixando aberta a possibilidade de se indicar uma alternativa de resposta. A pergunta sobre o ressonar era «Durante a noite, com que frequência o seu filho(a) ressona?».

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 5-15

Num estudo teste-reteste com um intervalo de um mês, numa amostra de crianças ($n=26$) independente da incluída neste estudo, a média do coeficiente de correlação de Spearman foi de 0.682. Os valores obtidos para os itens individuais variaram de 0.404 (está disposto a ir para a cama na hora de deitar) a 1.00 (faz chichi na cama). O coeficiente de correlação do item sobre o ressonar foi de 0.880 ($P<.001$).

Questionário comportamental do professor

O Questionário Comportamental do Professor, desenvolvido por (11) é composto por 26 itens que cobrem diferentes tipos de problemas comportamentais ou emocionais observados em crianças na escola, e pede-se ao professor para indicar se o comportamento descrito em cada item «Não se aplica», «Aplica-se um pouco» ou «Aplica-se de certeza» à criança. Estas avaliações são cotadas 0, 1 e 2 respectivamente, e o somatório produz a cotação total que pode variar de 0 a 52. Uma cotação de 9 ou mais na escala total é considerada evidenciar a presença de perturbação psiquiátrica (11). No presente estudo estabeleceu-se um critério ligeiramente mais rigoroso usando um corte de 10 ou mais pontos.

A versão portuguesa do questionário mostrou possuir uma boa fidedignidade teste-reteste e satisfatória fidedignidade inter-avaliador (12). Um item adicional foi incluído no questionário para avaliação do rendimento escolar da criança (Como avalia este aluno quanto ao seu rendimento escolar? 1=Muito mau; 2= Mau; 3=Razoável; 4=Bom; 5=Muito Bom).

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 5-15

Procedimentos

Para a abordagem das escolas seleccionadas, pediu-se autorização à Directora Regional de Educação do Centro. Depois, contactámos pessoalmente os directores das escolas primárias, que uma vez informados dos objectivos e processos da investigação, se manifestaram desde logo extremamente colaborantes e interessados, à excepção de um, que alertou sobre eventuais dificuldades de colaboração, por se tratar duma escola muitas vezes solicitada para estudos com crianças. Em seguida, procedeu-se à distribuição dos questionários pelas diversas escolas, quer por intermédio dos seus directores, quer por contacto directo com os professores primários das inúmeras turmas de alunos, tendo sido esta última a estratégia privilegiada.

O Questionário de Sono-Vigília, acompanhado de uma carta e envelope, foi entregue pelo professor ao aluno que o levava para os pais preencherem e o devolverem novamente ao professor. Na carta, os pais eram informados dos objectivos e interesse do estudo assim como da completa confidencialidade das informações referidas, não sendo nenhuma criança identificada mesmo aquando da divulgação dos resultados. O Questionário de Rutter foi preenchido pelo professor da criança e emparelhado com o respectivo questionário dos pais.

A distribuição dos questionários decorreu entre Abril e Maio de 1995 e a recolha de Junho até meados de Julho, próximo do término do ano lectivo, altura em que demos por encerrada esta etapa de inúmeras visitas às escolas. Dos questionários enviados para os pais foram devolvidos 988 (taxa de resposta = 71.5%), mas em 12 destes a informação relativa ao res-

sonar não tinha sido completada.

Análise Estatística

Na análise estatística dos dados foi usado o programa Systat, versão 5.0 para Windows. Para examinar as diferenças entre grupos foram aplicados o teste do Qui-Quadrado para variáveis categoriais, o teste-t para variáveis contínuas e o teste U de Mann-Withney para variáveis ordinais.

Resultados

Características da amostra

A amostra (Quadro 1) é constituída por 976 crianças (50.8% raparigas) com idades compreendidas entre os 6-16 anos (Média = 8.1; DP = 1.5). A idade média das raparigas era 8.1 anos (DP = 1.4) e dos rapazes 8.1 (DP = 1.5), não sendo significativa a diferença entre os dois sexos. A maioria frequentava os dois primeiros anos do ensino básico (51.2%), e predominam as crianças dos grupos sócio-económicos médio a inferior (classe social III e

Quadro 1 — Características da amostra (N=976)

	N	(%)
Sexo		
Raparigas	496	(50.8)
Rapazes	480	(49.2)
Idade (anos)		
6-7	373	(38.2)
8-9	458	(46.9)
10-11	129	(13.2)
12-16	16	(1.6)
Ano escolar		
1-2	451	(51.2)
3-4	430	(48.8)
Classe social		
I	220	(23.4)
II	109	(11.6)
III	416	(44.3)
IV	195	(20.7)

Os valores de cada característica variam por falta de dados

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 5-15

IV) como indicado pelo estatuto sócio-profissional parental.

Prevalência do Ressonar

Dizem nunca ressonar 60.8% (593), ressonam poucas vezes 30.6% (299), ressonam muitas

vezes 7.2% (70) e sempre 1.4% (14). Como se mostra no Quadro 2, ressonar não está significativamente relacionado com o sexo da criança, idade e classe social.

Comparação entre Ressonar Habitual e Nunca Ressonadores

O grupo de 84 crianças (8.6%) que “ressonam muitas vezes ou sempre” (Quadro 2) designado por «Ressonadores Habituais» foi comparado com o grupo de «Nunca Ressonadores» (593).

Conforme se mostra no Quadro 3, não foram encontradas diferenças significativas entre

Quadro 2 — Relação entre características demográficas e ressonar

CARACTERÍSTICA	NUNCA N(%)	POUCAS VEZES N(%)	MUITAS VEZES + SEMPRE N(%)	χ^2
Sexo				
Raparigas	311(62.7)	144 (29.0)	41 (8.3)	NS
Rapazes	282 (58.8)	155 (32.3)	43 (8.9)	
Idade (anos)				
6-7	227 (60.9)	110 (29.5)	36 (9.6)	NS
8-9	286 (62.5)	137 (29.9)	35 (7.6)	
10-11	72 (55.8)	48 (37.2)	9 (7.0)	
12-16	8 (50.0)	4 (25.0)	4 (25.0)	
Classe social				
I	146 (66.4)	54 (24.5)	20 (9.1)	NS
II	67 (61.5)	35 (32.1)	7 (6.4)	
III	242 (58.2)	142 (34.1)	32 (7.7)	
IV	120 (61.5)	56 (28.7)	19 (9.7)	

Os valores de cada característica variam por falta de dados

Quadro 3 — Ressonadores Habituais (RH) vs Nunca Ressonadores (NR)

	RA	NR	SIGNIFICÂNCIA
Idade (anos)			
Média + DP	8.1±1.9	7.9±1.4	t-test; NS
Sexo			
Rapazes	43 (51.2%)	282 (47.6%)	χ^2
Raparigas	41(48.8%)	311 (52.4%)	NS
Classe Social			
I	20 (25.6%)	146 (25.4%)	χ^2 NS
II	7 (9.0%)	67 (11.6%)	
III	32 (41.0%)	242 (42.1%)	
IV	19 (24.4%)	120 (20.9%)	

Os valores de cada característica variam por falta de dados

«Ressonadores Habituais» (RH) e «Nunca Ressonadores» (NR) no que diz respeito à idade, sexo e classe social.

saúde
infantil
1998; 20/2: 5-15

Também não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos na duração do sono (9.6 ± 0.7 horas vs 9.7 ± 0.9 ; $t=1.3$; $P>.05$), tempo para adormecer (1.6 ± 0.6 vs 1.5 ± 0.6 ; $P>.05$), acordares nocturnos (1.4 ± 0.7 vs 1.4 ± 0.6 ; $P>.05$) enurese nocturna (1.2 ± 0.5 vs 1.2 ± 0.4 ; $P>.05$) e cansaço durante o dia (1.8 ± 0.8 vs 1.6 ± 0.6 ; $P>.05$).

As variáveis do sono-vigília com diferenças significativas entre os ressonadores habituais e os que nunca ressonam encontram-se no Quadro 4. Os ressonadores habituais recusam mais frequentemente ir para a cama à hora de deitar ($P = .014$), são mais frequentes hábitos reconfortantes para os ajudar a adormecer, ex. chupeta, chuchar no dedo, boneca, fralda ($P = .014$), necessitam mais frequentemente de luz para adormecer ($P = .028$), é mais frequente terem medo de dormir sozinhos ($P = .023$), é maior a frequência de sonilóquios ($P = .001$), bruxismo ($P = .019$) e de terrores nocturnos ($P = .041$). Durante o dia, os ressona-

Quadro 4 — Ressonadores Habituais (RH) vs Nunca Ressonadores (NR)

VARIÁVEL	MÉDIA + DP GRUPO RH	MÉDIA + DP GRUPO NR	P
Recusa deitar-se	1.9 ± 0.8	1.7 ± 0.8	.01
Hábitos reconfortantes	1.8 ± 1.2	1.4 ± 0.9	.01
Luz para adormecer	2.0 ± 1.2	1.7 ± 1.1	.03
Medo de dormir sozinho	1.5 ± 0.7	1.4 ± 0.7	.02
Bruxismo	1.5 ± 0.8	1.3 ± 0.6	.02
Sonilóquio	1.9 ± 0.7	1.7 ± 0.7	.001
Terrores nocturnos	1.3 ± 0.5	1.2 ± 0.5	.04
Sonolento durante o dia	1.7 ± 0.7	1.4 ± 0.5	.005
Irritado durante o dia	1.8 ± 0.7	1.6 ± 0.7	.03

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 5-15

dores habituais são descritos pelos pais como estando mais sonolentos ($P = .005$) e irritados ($P = .027$) do que os que nunca ressonam.

Baseado no relato dos pais, a proporção de «Ressonadores Habituais» (11/84) com problemas médicos, maioritariamente infecções das vias aéreas superiores (amigdalites e/ou adenoidites), era significativamente maior do que nos «Nunca Ressonadores» (3/590) (13.1% vs 0.5%; $\chi^2 = 57.3$; GL = 1; $P = .000$).

De acordo com os dados obtidos no Questionário Comportamental, a quase totalidade dos professores referiam conhecer bem ou muito bem o aluno (849/880; 97.5%).

No que diz respeito ao rendimento escolar, não se encontram diferenças significativas entre dois grupos («Ressonadores Habituais»: 3.6 ± 0.9 vs «Nunca Ressonadores»: 3.7 ± 0.9 ; $P>.05$), mas em termos de perturbação emocional/comportamental o grupo de «Ressonadores Habituais» (18/74) era significativamente mais perturbado do que o grupo «Nunca Ressonadores» (80/537) (24.3% vs 14.9%; $P = 0.03$).

Como se pode ver no Quadro 5 a percentagem de crianças com perturbação comportamental/emocional não está significativamente associada com a classe social, o que poderia ser

uma explicação para as diferenças encontradas entre dois grupos (ressonadores e não-ressonadores).

Discussão

Conforme indicam os resultados do presente estudo *ressonar habitual* definido como *ressonar* “muitas vezes + sempre” é frequente em crianças do ensino primário.

Os estudos epidemiológicos sobre esta matéria são escassos e de comparação difícil pela diferença de idades da população infantil, pela disparidade de critérios na definição do sintoma e pelas diferenças na dimensão da amostra. Apesar destas dificuldades, a prevalência encontrada por nós de 8.6% aproxima-se de Corbo e cols. (13) que estudaram 1615 crianças italianas, com idades entre os 6 e os 13 anos e encontraram um ressonar “frequente” (habitual) de 7.3%. Gislason e cols. (14), por sua vez, referem um ressonar “frequente” ou “muito frequente” (habitual) de 3.2% em 555 crianças da Islândia, com idades entre os 6 meses e os 6 anos e Ali e cols. (15) em Inglaterra, encontraram uma prevalência de ressonar na “maioria das noites” (habitual) de 12.1%, em 996 crianças, com 4 a 5 anos, seleccionadas a partir do registo centralizado de visitadoras de saúde. Finalmente Hulcrantz e cols. (16), na Suécia, estudaram

Quadro 5 — Relação entre classe social e perturbação comportamental

CLASSE SOCIAL (N = 859)	% DE CRIANÇAS PERTURBADAS	
	GRUPO PERTURBADO	GRUPO NÃO PERTURBADO
I	11.2	88.8
II	15.0	85.0
III	15.4	84.6
IV	20.8	79.2

$\chi^2 = 6.7, P = 0.08$

500 crianças de 4 anos de idade, por ocasião da consulta de saúde dos 4 anos”, tendo encontrado um ressonar “todas as noites” de 6.2%.

Ressonadores habituais e nunca ressonadores não diferem no que diz respeito à média de idade, sexo, classe social, duração do sono, enurese, cansaço e desempenho escolar. No entanto, alguns estudos encontraram diferenças significativas nalgumas destas variáveis. Corbo e cols. (13) verificaram que o ressonar diminuía com a idade e Gislason e cols. (14) referem que variava em função do sexo (mais frequente no sexo masculino). Estes achados não são, porém, confirmados por outros autores (13, 16). No adulto o ressonar é muito mais frequente no sexo masculino (17).

Ali e cols. (15) afirmam que crianças ressonadoras pertencentes a um grupo de alto risco para perturbações respiratórias relacionadas com o sono, tendem a ser provenientes dos grupos sócio-económicos mais baixos.

Enurese e problemas escolares são aspectos que na literatura se associam frequentemente

saúde
infantil

1998; 20/2: 5-15

ao SAOS (18). Se alguns autores (15) referem serem evidentes perturbações da estrutura do sono em crianças ressonadoras de alto risco, outros não confirmam essas alterações mesmo em crianças com o diagnóstico de SAOS (18).

Verificamos no nosso estudo que problemas à hora de deitar (medos, brigas), o uso de actividades confortantes para adormecer e comportamentos característicos de parassónias são mais comuns nos *ressonadores habituais*. Vários estudos têm demonstrado também que crianças ressonadoras mais frequentemente fazem evitamentos à cama (2), e recorrem ao uso de pacificadores (ex. chupeta, fralda, urso) (16). No adulto, o bruxismo pode ser agravado pela apneia do sono (19).

Outras comparações tornam-se difíceis uma vez que outros autores privilegiaram quase exclusivamente a associação entre a prevalência do ressonar e sintomas respiratórios. No entanto, os nossos resultados ao indicarem que os *ressonadores habituais* têm significativamente maior probabilidade de estarem sonolentos e irritados durante o dia, são concordantes com dois estudos recentes (14,15). Estes autores encontraram, respectivamente, em amostras de crianças mais novas, uma associação entre ressonar “frequentemente/muito frequentemente” e na “maioria das noites” com sonolência diurna e irritabilidade. Estes comportamentos têm vindo, com efeito, a ser associados com o Síndrome de Apneia do Sono Obstrutiva (2, 18, 20, 21).

O presente trabalho, à semelhança de outros estudos (15, 16, 22), demonstra também que crianças com ressonar habitual têm maior probabilidade de sofrer de problemas médicos, principalmente infecções das vias aéreas superiores (amigalites e/ou adenoidites).

Finalmente, o presente estudo demonstra claramente que perturbações do comportamento, tal como avaliadas pelo professor, são mais comuns no grupo dos *ressonadores habituais* do que nos *nunca ressonadores*. Como a perturbação comportamental/emocional não estava associada com a classe social, esta não poderá ser uma explicação para as diferenças encontradas.

Ali e cols. (15) usaram o *Conners Child Behaviour Scale* (para ser respondido pelos pais e pelos professores) mas apenas num subgrupo da sua amostra (73 crianças) identificado através dum questionário prévio como sendo um grupo de alto risco para perturbações respiratórias relacionadas com o sono, e comparou-o com um grupo de controlo (88 crianças). Concluíram que os pais e professores avaliaram as crianças do grupo de risco como significativamente mais hiperactivas e desatentas do que os controlos, mas apenas os pais as consideravam mais agressivas. Em populações clínicas, têm sido encontrados problemas do comportamento associados ao SAS Obstrutiva assim como associados a ressonar e obstrução parcial contínua, mas sem apneia (2, 20). Ali e cols. (15) sugerem que mesmo um ressonar intermitente (e a consequente interrupção do sono) sem apneia, hipopneia ou hipoxémia, pode ter consequências deletérias no bem-estar da criança, tal como parece acontecer no adulto com ressonar primário.

Em conclusão, embora ainda não haja um verdadeiro consenso sobre o critério diagnóstico, é enorme a sobreposição entre os resultados do nosso estudo e as características habitualmente associadas ao SAOS da criança; este achado vem dar ênfase à importância de uma apropriada avaliação dos *ressonadores habituais*.

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 5-15

Agradecimento: Não teria sido possível realizar este trabalho sem a generosa colaboração dos directores, professores e pais das crianças que frequentavam as escolas participantes neste estudo. A todos queremos manifestar a nossa gratidão pela preciosa ajuda durante todo o período em que decorreu a investigação.

BIBLIOGRAFIA

1. CIDS International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual. Diagnostic Classification Steering Committee, Thorpy, MJ, Chairman. Rochester, Minnesota: American Sleep Disorders Association, 1990.
2. Guilleminault C e cols. Sleep Apnea in Eight Children. *Pediatrics* 1977; 58:1, 23-30.
3. Azevedo MHP e cols. Desordens de Sonolência Excessiva (DOES): A propósito dum caso. *Psiquiatria Clínica* 1982; 3:2, 81-86.
3. Estevão MH e cols. Obesidade aguda num síndrome de apneia obstrutiva do sono. *Rev. Port. Ped.* 1985; 16, 101-106.
5. Brito MJ e cols. Síndrome de Apneia Obstrutiva da Criança. *Rev. Port. Ped.* 1994, 25(3), 179-83.
6. Estevão MH e cols. Estudo Poligráfico do Sono na Criança Experiência de 2 anos. *Acta Ped. Port.* 1995; 26(4), 187-190.
7. Salgado M e cols. (1995) Apneia Obstrutiva do Sono e Atraso do Crescimento. *Saúde Infantil* 1995; 17: 47-58.
8. Clemente V. Sono e Vigília em Crianças de Idade Escolar. Hábitos, comportamentos e problemas. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra 1997.
9. Klakenberg. Comunicação Pessoal. Department of Paediatrics, Karolinska Hospital, Stockholm, Sweden, 1994.
10. Rosen. Comunicação Pessoal. Hennepian Country Medical Center, Sleep Disorders Center, Minneapolis, Minnesota, USA, 1994.
11. Rutter M A children's behaviour questionnaire for completion by the teachers: preliminary findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1967; 1, 1-11.
12. Azevedo MHP e cols. "Questionário Comportamental" para ser completado por professores: Estudo de fidedignidade. *Psiquiatria Clínica* 1986, 7 (3), 203-207.
13. Corbo GM e cols. Snoring in children: association with respiratory symptoms and passive smoking. *BMJ* 1989; 299, 1491-1494.
14. Gislason T e cols. Snoring, Apneic Episodes and Nocturnal Hypoxemia Among Children 6 Months to 6 Years Old. *Chest* 1995; 4: 963-966.
15. Ali NJ e cols (1993) Snoring, sleep disturbance, and behaviour in 4-5 years olds. *Archives of Disease in Childhood* 1993; 68, 360-366.
16. Hulcrantz E e cols. The Epidemiology of sleep Related Breathing Disorder in Children. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol* 1995; 6:32, Suppl: S63-6.

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 5-15

17. Guilleminault C. Clinical Features and Evaluation of Obstructive Sleep Apnea In: Principles and Practice of Sleep Medicine, Meir H. Kryger, Thomas Roth, William Dement, 2nd edition, W.B. Saunders Company, 1994.
18. Carrol JL e cols. Obstructive Sleep Apnea Syndrome in Infants and Children: Clinical Features and Pathophysiology. In: Principles and Practice of Sleep Medicine in the Child, W.B. Saunders Company, Philadelphia 1995; 163-191.
19. Hartman E. Bruxism In: Principles and Practice of Sleep Medicine, Meir H. Kryger, Thomas Roth, William Dement, 2nd edition, W.B. Saunders Company, 1995.
20. Guilleminault C e cols. Chronic Snoring and Obstructive Sleep Apnea Syndrome in Children. Lung 1990a; Suppl: 912-919.
21. Guilleminault C e cols. Obstructive Sleep Apnea Syndrome in Children. Pediatrician 1990b, 17(1): 46-51.
22. Croft CB e cols. Obstructive Sleep Apnea in Children Undergoing Routine Tonsillectomy and Adenoidectomy. Clin. Otolaryngol. 1990; 15(4): 307-14.

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 5-15

TABAGISMO: PROTEGER A CRIANÇA E TRATAR OS PAIS

O papel do pediatra e do médico de família

Lúcia Gomes¹, Tojal Monteiro²

RESUMO

Prevenir o tabagismo infantil é um dever, não só dos pais e educadores mas também dos médicos pediatras e dos médicos de família em particular.

Os autores divulgam a estratégia proposta pelo National Cancer Institute para aplicação pelos pediatras e médico de família nas consultas de saúde: 5 atitudes começadas pela letra A - Antecipar, Averiguar, Aconselhar, Apoiar e Acompanhar, que focam aspectos diferentes consoante os escalões etários.

Mas igualmente importante é tratar os pais fumadores, pelo que os pediatras e médico de família devem conhecer as terapêuticas propostas em toda a sua dimensão. Desta forma poderão sentir-se capazes de as propor aos pais. E dado que são na maioria dos casos os profissionais de saúde com quem estes mais contactam durante uma parte importante das suas vidas; o crescimento dos filhos, oportunidades não faltam.

Palavras-chave: prevenção, tabagismo infantil, pais fumadores, tratamento com nicotina.

SUMMARY

Preventing childhood smoking is a duty, not only of parents but also of pediatricians and in family practice.

The authors inform about the strategies proposed by the National Cancer Institute for application by pediatricians and in family practice during routine visits: 5 attitudes beginning by the letter A - Anticipatory guidance, Ask, Advice, Assist and Arrange follow – up, with focus different aspects according to age groups.

But equally important is treating smoking parents, therefore pediatricians and family doctors must know the therapeutics proposed in all its aspects. This way they might feel able to propose them to parents, since they are in most cases the health professionals with whom they contact more during an important part of their lives: the growing of children!

Keywords: prevention, childhood smoking, smoking parents, nicotine treatment.

1 Interna Complementar de Pediatria 2 Chefe de Serviço
Serviço de Pediatria do Hospital Geral de Santo António - Porto

Introdução

"Há quem nunca tire da boca em fumo e dos narizes o tabaco em pó e há muitos que nem de ambas as maneiras se fartam dele. (...) No fim dos banquetes, a última iguaria é um prato mui formoso cheio de canudinhos, como eles chamam, feitos de folhas secas de tabaco enroladas. Chupam esses canudinhos, acesos por uma ponta, reprimindo o fôlego quanto podem (...). Dizem que aos que têm fome o tabaco serve de pão, aos que estão encalmados os refresca, aos que tem frio os aquece. (...) Eu, melhor que acreditar em tais virtudes, acredito no que muitos me disseram ser coisa normal: abrindo-se alguns mortos em certas ocasiões, lhes acharam, pela continuação e ardor desse fumo, tudo por dentro negro e tostado, como uma chaminé."

Padre Gaspar Afonso, relação da viagem da nau S. Francisco, 1596.

Quando a planta do tabaco foi trazida da América para a Europa no fim do século XV, era utilizada com fins terapêuticos (1).

No entanto, a sua divulgação ficou a dever-se ao prazer que o tabaco, quer fumado, quer aspirado ou mascado, proporcionava.

Devido à dependência que a nicotina provoca, o tabagismo torna-se num hábito difícil de perder, associado a um crescente número de patologias, umas mais conhecidas que outras.

Embora à primeira vista este seja um problema que afecta essencialmente os adultos, na realidade o tabagismo tem grande importância nas idades pediátricas, essencialmente por três ordens de razões:

- Muitas crianças são fumadoras passivas;
- Os comportamentos futuros em relação ao tabaco moldam-se na infância: posição dos educadores em relação ao tabaco, influência dos comportamentos sociais, etc.;
- O hábito de fumar inicia-se na adolescência, como revelam os estudos efectuados nos E.U.A. e em Portugal (2, 4).

Recentemente um dos autores fez uma revisão sobre as consequências do tabagismo, para a qual remetemos os leitores interessados (5).

Mas o tabagismo dos pais ultrapassa as consequências imediatas de transformar os filhos em fumadores passivos, pois é um factor a facilitar o estabelecimento do hábito nestes.

O pediatra e o médico de família, tendo conhecimento de todos estes factos, estão na linha da frente para transmiti-los aos pais, se possível antes do nascimento da criança, encorajando-os a deixar de fumar, e inculcar posteriormente a mesma ideia ao jovem. Até porque sendo estes pais "jovens" e "saudáveis", preocupam-se pouco com a sua saúde, o que significa que o profissional de saúde com quem vão ter mais contacto será o pediatra ou médico de família dos seus filhos!

Então o que podem e devem estes fazer?

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 17-31

A prevenção: os 5 "A"

Achamos interessante a iniciativa desenvolvida pelo National Cancer Institute, que criou um manual de recomendações para orientar os médicos na ajuda aos seus doentes que pretendem deixar de fumar. Este manual inclui 4 atitudes iniciadas pela letra A (Ask, Advise, Assist e Arrange follow-up), que podem ser traduzidas para Averiguar, Aconselhar, Apoiar e Acompanhar. Para os pediatras, foi acrescentado um quinto "A" - Anticipatory Guidance (Antecipar) (6, 8).

Estas atitudes vão tomando formas diferentes consoante a idade da criança:

Visita pré-natal ➔ 4 anos

Antecipar. Alertar os pais para os perigos da exposição da criança ao fumo do tabaco, ou seja, expor com clareza o que é um fumador passivo e quais as consequências.

Averiguar. Investigar os hábitos tabágicos dos familiares e conviventes habituais da criança. O facto de não se perguntar pode ser interpretado pelos pais como aceitação ou minimização dos riscos da exposição.

Aconselhar. Recomendar que os pais deixem de fumar.

Apoiar. Fornecer informação sobre os tratamentos disponíveis, encorajando-os a procurar o seu médico assistente. Reforçar a necessidade de estabelecer uma data para deixar de fumar.

Acompanhar. Fazer um seguimento da situação, avaliando os resultados dos esforços dos pais e do nível de exposição da criança.

Criança mais velha (5-12 anos)

Antecipar. Incluir a criança nas discussões sobre o tabaco, aumentando o sentido de responsabilidade e reforçando a importância dos cuidados com a sua própria saúde.

Averiguar. Perguntar à criança e aos pais sobre os seus hábitos tabágicos e dos conviventes. Avaliar o nível de informação que é transmitida à criança sobre tabaco, nomeadamente na escola.

Aconselhar. Reforçar os riscos de exposição ao tabaco e do modelo de comportamento transmitido pelos pais. A forma mais eficaz pode ser a relevância de pequenos detalhes: manchas nos dedos e unhas, cheiro nas roupas e cabelos, diminuição da performance atlética, etc.

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 17-31

Apoiar. Encorajar a criança a ter responsabilidade pela sua saúde. Felicitar as que não experimentaram o tabaco e ajudar as que já experimentaram a não continuar, alertando-as para o facto de que 43 % dos jovens dos 10 aos 22 anos que fumam quantidades pequenas — 3 cigarros/dia — tornar-se-ão fumadores regulares; o processo, uma vez iniciado, dura cerca de 2-3 anos (9, 10). Sete em cada dez jovens fumadores declaram-se arrependidos de terem começado (11).

Acompanhar. Aumentar a frequência das consultas de seguimento nas crianças que estão a experimentar tabaco ;1-2 semanas, seguida de outra em 1-2 meses. Avaliar os progressos dos pais que estão a tentar deixar de fumar.

Adolescentes e adultos (> 13 anos)

Nesta fase, é imprescindível o estabelecimento de uma relação de *confidencialidade e confiança*. Embora o consumo de uma droga não leve necessariamente ao consumo de outras, o uso de tabaco é frequentemente seguido do álcool, marijuana e outros (12,13). Isto acarreta a necessidade de continuar as referidas atitudes.

Antecipar. Estar atento à influência dos comportamentos dos amigos e dos e dos padrões estabelecidos pela sociedade (14).

Averiguar. Ter conhecimento dos hábitos tabágicos do adolescente e do seu grupo de amigos. Avaliar os conhecimentos do adolescente sobre programas de prevenção.

Aconselhar. Transmitir uma mensagem personalizada: será mais fácil deixar o hábito agora do que mais tarde. Felicitar os que não fumam e encorajá-los a manter esta atitude.

Apoiar. Estabelecer uma data para o fumador deixar de fumar. Encorajar actividades aliciantes e que simultaneamente sejam pouco compatíveis com o uso de tabaco (pio-ram os resultados!). A terapêutica de substituição da nicotina só está testada em adultos. Não prescrever, especialmente nas adolescentes grávidas.

Acompanhar. Seguimento 1-2 semanas após a data estabelecida para deixar de fumar — discussão dos problemas e dos progressos. Nova consulta em 1-2 meses.

Acima de tudo, fica uma ideia básica: os pais, pediatras e médico de família de hoje têm a responsabilidade da educação de uma geração mais saudável no futuro, contribuindo para diminuir uma das principais causas evitáveis de morte actuais.

O tratamento

E como resolver o problema dos fumadores que já existem? De facto, actualmente vivemos a situação contraditória de conhecermos os malefícios do tabaco, as características da nicotina e

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 17-31

a relação de dependência (que já é classificada como doença quer pela Associação Americana de Psiquiatria, quer pela OMS), os efeitos do tabaco sobre os não-fumadores (15), e de ao mesmo tempo termos muita dificuldade em controlar e diminuir o consumo de tabaco (16).

Mas o problema começa nos próprios profissionais de saúde, que muitas vezes evitam investigar os hábitos tabágicos dos seus doentes por não se sentirem preparados para o tratamento da dependência da nicotina (muitos são também fumadores, e "esquecem" que fumar é um hábito que só faz mal!) Se tivermos em conta que os fumadores referem o conselho médico como um factor importante na sua decisão de abandonarem o hábito, e se considerarmos as inúmeras vezes em que pais fumadores levam os filhos ao pediatra e médico de família, facilmente concluímos que na realidade estamos a perder muitas oportunidades (17)...

Os obstáculos parecem começar durante os cursos de medicina, que raramente dedicam atenção a este tema. Em inquéritos efectuados a médicos, são estes que assinalam a lacuna e manifestam o desejo de obterem mais informação (17). Mesmo a bibliografia habitualmente consultada durante o curso peca pela falta de informação (a título de exemplo, refira-se a última edição de Goodman & Gilman's — *The Pharmacological Basis of Therapeutics* — 1996 — num total de cerca de 1800 páginas, apenas 4 se dedicam à nicotina (18).

Para se compreenderem os princípios em que assenta a terapêutica da dependência da nicotina, é necessário conhecer os seus efeitos no organismo (19).

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 17-31

Efeitos da nicotina

Sistema nervoso periférico

Em doses baixas — estimulação ganglionar autonómica; libertação de catecolaminas (supra renal, miocárdio); relaxamento muscular.

Em doses altas — bloqueio da libertação de catecolamina; depressão dos receptores autonómicos.

Sistema nervoso central

Em doses baixas — estimulação do estado de alerta e melhor performance cognitiva.

Aumento da dose — efeito de recompensa (sistema mesolímbico dopaminérgico). Emese por estimulação dos quimiorreceptores do tronco e estimulação vagal. Aumento progressivo da dose pode provocar tremor e convulsões.

Cardiovasculares

Em doses baixas — vasoconstrição periférica e aumento da frequência cardíaca, da contractilidade, do débito, da tensão arterial e do consumo de O₂.

Em doses altas — hipotensão.

Gastro-intestinais

Aumento de tónus do músculo liso (náuseas, vômitos, diarreia).

Outros efeitos

Actividade antidiurética (secreção de ADH); efeito inicial de aumento da secreção salivar e brônquica, seguida de efeito inibidor; irritante local.

Os efeitos da nicotina que estão associados a dependência incluem o aumento da expressão de receptores de nicotina no cérebro, alteração do metabolismo cerebral de glicose, alterações no EEG, libertação de catecolaminas, tolerância e dependência psicológica (19).

Estes efeitos aumentam a compulsão de fumar por produzirem reforço positivo (com a administração de nicotina) e sintomas de privação:

- Irritabilidade/agitação;
- Dificuldade de concentração;
- Ansiedade;
- Insónia;
- Fadiga;
- Humor deprimido;
- Desejo incontrolável de fumar;
- Diminuição da frequência cardíaca;
- Aumento de apetite ou de peso;
- Obstipação.

Mas a prova mais irrefutável da existência de uma relação de dependência reside nos factos:

- dos jovens que usam diariamente tabaco referem continuar a usá-lo por acharem difícil desistir (20);
- Mais de 90 % dos jovens que usam tabaco diariamente referem pelo menos um dos sintomas de privação quando tentaram desistir (20);
- Os adolescentes têm a mesma probabilidade que os adultos de experimentarem níveis crescentes de dependência da nicotina à medida que a exposição aumenta (20);
- Num estudo conduzido na Fundação para investigação da dependência em Toronto, comparando a dependência do tabaco com outras drogas (álcool, cannabis, cocaína, heroína) 74% dos inquiridos refere que o tabaco é tão difícil de abandonar como a droga para a qual necessitam de tratamento (21).

Outro aspecto a considerar é a relação que tem sido encontrada entre o tabagismo e a depressão, uma vez que este hábito parece ser mais frequente em indivíduos com este antecedente patológico (22, 23). Como é natural, a própria patologia vai dificultar o abandono do consumo de tabaco (e daí a importância da sua identificação e tratamento). Mas mais

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 17-31

curiosos são os resultados positivos, ainda que temporários, que alguns investigadores obtiveram utilizando antidepressivos em indivíduos sem qualquer sintoma passado ou presente de depressão (24, 25). No entanto, este é um campo ainda em esclarecimento, dado não se conhecer o mecanismo de acção e as potencialidades reais destes achados.

Assim, para além de todo o apoio, quer da família, amigos e equipa de saúde (abandono das rotinas associadas ao uso do tabaco, substituindo-as por outras actividades, evitar situações de *stress*, evitar contacto com fumadores, colher as experiências de ex-fumadores) actualmente a aposta terapêutica reside na nicotina.

Terapêutica de substituição

As formas de administração disponíveis são: nasal (*spray* doseado a 0,5 mg, não comercializado em Portugal), transdérmica (dispositivos de aplicação na pele com dosagens variadas — os disponíveis em Portugal libertam 7,14 ou 21 mg de nicotina em 24 H — Nicotinell TTS,) e bucal (pastilhas elásticas doseadas a 2 e 4 mg — Nicorette).

Tendo em conta que os cigarros contêm 6-11 mg de nicotina, dos quais o fumador absorve 1-3 mg, o fumador típico (1 maço/dia) absorve 20-40 mg/dia, atingindo concentrações plasmáticas de 25 ng/ml ao fim da tarde (26). A vantagem da utilização da nicotina reside no facto de permitir a abstinência do tabaco diminuindo os sintomas de privação, mas fornecendo níveis inferiores aos cedidos pelo tabaco, como se pode observar (figura 1):

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 17-31

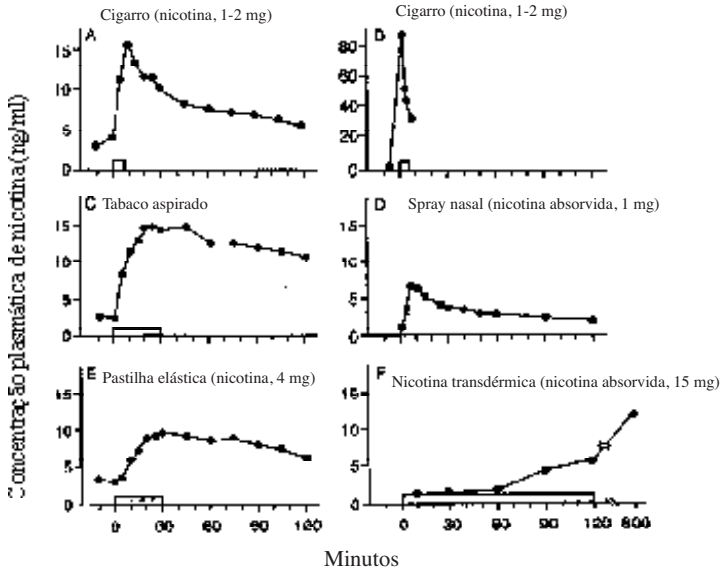


Fig. 1 – Concentrações plasmáticas de nicotina antes e após administração de uma única dose sob várias formas. As barras indicam o período de administração da nicotina. Todas as amostras para determinação da nicotina plasmática são de sangue venoso, excepto a do gráfico B que é de sangue arterial. Adaptado de "Nicotine medications for Smoking cessation" - Review Article. N. Engl. J. Med. 1995; 333: 1196-1203.

Além disso, o custo diário é idêntico ao de um maço de cigarros, o que facilita a adesão dos potenciais candidatos: todos os fumadores que manifestem um desejo real de abandonar o hábito. Os elementos essenciais da terapêutica são:

- Doses equilibradas;
- Instruções e precauções apropriadas;
- Seguimento adequado.

A Agência Americana para os Cuidados de Saúde sugere que as preparações transdérmicas podem ser preferíveis por permitirem maior aceitação e facilidade de utilização, menor efeito de reforço comportamental (ao contrário da pastilha elástica, que requer várias administrações), embora não haja nenhum estudo conclusivo sobre o melhor método a adoptar.

As taxas de sucesso com a pastilha elástica aumentam em 40 a 60 %, quando comparadas com intervenção de controlo em 12 meses de seguimento. Comparadas com placebo, as taxas de sucesso aos 6 e 12 meses são respectivamente de 10-63% vs 5-45% e 10-49% vs 9-37%. Os efeitos parecem ser mais evidentes nos fumadores com níveis mais elevados de dependência, exigindo por isso doses mais elevadas de nicotina (27).

Em relação aos sistemas transdérmicos, estão descritas taxas de sucesso às 6 semanas de 26% e 12% para os sistemas de 21mg e placebo, respectivamente (27).

Os efeitos adversos dividem-se em duas categorias:

- Reacções locais (quadro 1);
- Efeitos sistémicos (quadro 2).

Quadro 1 – Reacções locais das preparações de nicotina.

FORMAS DE APRESENTAÇÃO	REACÇÕES LOCAIS
Pastilha elástica	<ul style="list-style-type: none"> - efeitos mecânicos (lesão traumática da mucosa ou dentes); - irritação da orofaringe; - ulceração da mucosa; - dor a nível da articulação temporomandibular; - eructações; - a maioria dos efeitos são transitórios e desaparecem com continuação do tratamento e alteração da técnica de mastigação.
Sistemas transdérmicos	<ul style="list-style-type: none"> - prurido ou eritema (transitório – surge em pelo menos um local em 35 a 54 % dos utilizadores); - edema (3 a 8 %); - sensibilização por contacto (2 a 3 %); reacções dermatológicas graves são pouco frequentes.
Solução nasal	<ul style="list-style-type: none"> - irritação local e ocular (frequente – moderada a severa, vai diminuindo com a continuação do tratamento mas ainda se faz sentir em 80 % dos utilizadores após 3 semanas de terapêutica); - rinorreia; - lacrimejo; - espirros; - tosse; - outros efeitos menos comuns (irritação dos seios perinasais, epistaxis, alterações do paladar ou do olfacto, rouquidão.); o uso prolongado está associado a casos de displasia da mucosa, de significado não esclarecido.

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 17-31

Quadro 2 – Reações sistêmicas das preparações de nicotina.

FORMAS DE APRESENTAÇÃO		REACÇÕES SISTEMÁTICAS	
	EFEITOS GASTROINTESTINAIS	EFEITOS NO SISTEMA NERVOSO	OUTROS EFEITOS
Pastilha elástica	- na 1ª semana, pirose e náuseas (20-40%) relacionados com os movimentos de mastigação excessivos, originando concentrações elevadas de nicotina	- tonturas; - cefaleias; - insónia; - irritabilidade (1-20%)	- Soluções (15 a 23%); - rouquidão, espirros, pieira e tosse (< 1%); - edema, hipertensão, palpitações, taquiarritmia (raros).
alteralgia; transdérmicos	- diarreia; - dor adominal; - boca seca;	Sistemas - pesadelos; - sonolência; - tonturas; - agitação.	- dispepsia; - insónia; - - mialgia; - sudorese; - tosse, faringite sinusite, dismenorreia, hipertensão (descritos mas raros); - descritos casos de enfarte de miocárdio em doentes com patologia cardíaca e que continuaram a fumar durante o tratamento.
Solução nasal	- náuseas; - flatulência; - dor abdominal; - boca seca; - diarreia.	- cefaleias; - parestesias; - confusão; - afasia; - amnésia; - enxaqueca.	- dispneia, artralgia, alterações menstruais, acne, mialgias, prurido (2-5%) - edema periférico, soluços, broncospasmo, alterações visuais exacerbação de asma (raros)

saúde
infantil

1998; 20/2: 17-31

Efeitos sistémicos

Os efeitos sistémicos com a pastilha elástica dependem da técnica de mastigação. Os efeitos observados com os sistemas transdérmicos são difíceis de avaliar, porque os sintomas de privação da nicotina são semelhantes aos de um consumo excessivo (como quando, por exemplo, os utilizadores continuam a fumar após iniciarem o tratamento). Em estudos controlados, os efeitos da toxicidade manifestam-se mais frequentemente por insónia, tonturas, exantemas, sudação e dor abdominal. Em geral são pouco severos e não requerem interrupção da terapêutica.

Precauções e contra-indicações

Evitar a auto-medicação em doentes com:

- Doença cardíaca;
- Enfarte do miocárdio recente;
- Irregularidades da frequência cardíaca;

- Úlcera péptica;
- Diabetes insulino-dependente (a absorção de insulina pode estar aumentada quando se deixa de fumar);
- Hipertensão arterial não controlada;
- Tratamento para depressão ou asma (a nicotina induz enzimas hepáticas, aumentando o metabolismo de drogas como a teofilina e a imipramina – quando se deixa de fumar, mesmo que se faça terapêutica de substituição, é importante monitorizar os níveis plasmáticos da teofilina e reajustar as doses).
- Problemas dermatológicos (sistemas transdérmicos)
- Persistência do hábito de fumar.

Os preparados de nicotina estão em geral contra-indicados na fase inicial de recuperação do enfarte do miocárdio, angina de peito severa ou agravada, arritmias muito graves e nas mulheres grávidas ou em vias de engravidar.

Os riscos/benefícios devem ser bem avaliados e a utilização deve ser feita com cautela em caso de:

- Doença coronária (história de enfarte ou angina);
- Doenças vasoespásticas (D. de Buerger, angina de Prinzmetal);
- Arritmias severas (suspender em caso de agravamento);
- Hipertensão arterial (especial atenção na hipertensão acelerada — risco de hipertensão maligna — usar apenas se os benefícios forem evidentes);
- Doenças endócrinas (hipertireoidismo, feocromocitoma, diabetes insulino-dependente — a nicotina estimula a libertação de catecolaminas, parecendo não haver tolerância para este efeito).

A farmacocinética da nicotina não foi estudada nos insuficientes hepáticos e renais, mas dada a sua metabolização essencialmente hepática, precauções no primeiro caso são sensatas.

As pastilhas elásticas devem ser utilizadas com cuidado nos doentes com história de esofagite e de patologias orofaríngeas que possam ser agravadas pela mastigação. Dado ter viscosidade superior às pastilhas elásticas normais pode interferir com as substâncias utilizadas no tratamento da cárie dentária, sendo responsável pela sua remoção.

Os doentes devem ser informados sobre os efeitos laterais e técnicas correctas de utilização dos diversos preparados de nicotina.

Contactar o centro de intoxicações caso haja ingestão accidental de doses excessivas de pastilhas elásticas pelo doente ou por crianças. A quantidade de nicotina existente no *spray* nasal e nos sistemas transdérmicos (inclusive nos já utilizados!) pode ser tóxica ou fatal se aplicada ou ingerida por crianças ou animais.

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 17-31

Após aplicação dos sistemas transdérmicos as mãos devem ser lavadas apenas com água (o sabão pode aumentar a absorção percutânea de nicotina). Em casos de reacção cutânea severa ou persistente local ou generalizada, a administração dos sistemas transdérmicos deve ser suspensa, sendo os doentes avisados de possibilidade de reacção ao fumarem ou após exposição a produtos contendo nicotina.

Utilização na população pediátrica

Embora comecem a surgir alguns estudos em que os sistemas transdérmicos parecem ser seguros nos adolescentes (29), a eficácia e segurança nas crianças e adolescentes fumadores não está estabelecida, não sendo recomendada a sua utilização.

Utilização na gravidez e lactação

Embora a teratogenicidade não esteja provada no ser humano, estudos feitos em animais desaconselham o uso de preparados de nicotina durante a gravidez, embora possa considerar-se a sua utilização nas grandes fumadoras que não consigam deixar de fumar apenas com as terapêuticas comportamentais (uma vez que pelo menos o feto receberia menos nicotina, não estando exposto aos outros componentes nocivos do tabaco). O mesmo princípio se aplica às mães que amamentam (19, 30).

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 17-31

Dosagem e administração

Pastilhas elásticas

Dose individualizada.

Começar com 2 mg, excepto nos grandes fumadores (> 20-25 cigarros/dia, 1º cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar, dificuldade em não fumar em locais proibidos), ou se os sintomas de privação se mantêm.

Administração em horários regulares

- 1 pastilha/2 cigarros;
- mastigar lentamente (cerca de 30 minutos);
- em média 9-12 pastilhas/dia;
 - máximo — 30 (2 mg) sob vigilância médica;
 - 24 (2 mg) em auto-medicação;
 - 24 (4 mg) com ou sem vigilância.
- Redução gradual após 2-3 meses (1 pastilha/dia cada 4-7 dias eliminada ou substituída por pastilha elástica normal ou pastilha de 2 mg se se começou com 4 mg);
- Suspender quando só necessitar de 1-2 / dia;
- Duração total — 6 meses.

Sistemas transdérmicos

Sem supervisão médica:

Se > 10 cigarros/dia:

- 21 mg/dia – 6 semanas;
- 14 mg/dia – 2 semanas;
- 7 mg/dia – 2 semanas.

Se < 10 cigarros/dia:

- 14 mg/dia – 6 semanas;
- 7 mg/dia – 2 semanas.

Duração máxima – 3 meses.

Se houver vigilância médica, pode-se alargar o período inicial para até 12 semanas, com redução em 2-8 semanas.

Toxicidade

Crônica

- Possibilidade, ainda que remota, de desenvolvimento de dependência — descrita em alguns doentes que utilizam a pastilha elástica;
- Sintomas de abstinência se a terapêutica for retirada abruptamente.

Aguda

- Desenvolve-se rapidamente após ingestão aguda de nicotina;
- Dose mínima letal em adultos: 40 – 60 mg (0,6-0,9 mg/kg).

Difícil com as pastilhas elásticas, pois se não forem mastigadas a sua absorção é lenta e incompleta, além de que as náuseas induzidas pela própria nicotina retardam a absorção.

Os sistemas transdérmicos já utilizados contêm cerca de 27 % da dose inicial — atenção nas crianças.

Um frasco de solução nasal contém 100 mg – potencialmente letal para adultos (um frasco "vazio" ainda pode conter quantidades eventualmente tóxicas).

Manifestações clínicas

Náuseas, dor abdominal, vômitos, hipersudorese, cefaleias, alterações visuais e auditivas, confusão, dispneia, convulsões, hipotensão.

Doses letais produzem rapidamente convulsões; a morte pode ocorrer em alguns minutos por paralisia respiratória, secundária a paralisia muscular.

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 17-31

Tratamento

Não há antídoto específico. Em caso de *overdose* oral — tratamento sintomático e de suporte:

- Indução do vômito (caso não tenha ocorrido);
- Lavagem gástrica (após intubação se depressão da consciência);
- Carvão activado;
- Fluidoterapia EV (hipotensão);
- Benzodiazepinas ou barbitúricos (convulsões);
- Atropina (bradicardia/hipersecreção brônquica);
- Ventilação assistida.

Sintomas de intoxicação com sistemas transdérmicos

- Retirar e lavar com água (sabão aumenta a absorção);
- Vigilância clínica (absorção contínua por várias horas — depósito na pele)

Na posse desta informação os pediatras e médicos de família dispõem de mais ferramentas para ajudarem os fumadores a solucionar um problema que sozinhos dificilmente o conseguem.

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 17-31

BIBLIOGRAFIA:

1. Granate MC. Fumar e ... adoecer. Conselho de Prevenção do Tabagismo. Lisboa: Instituto Nacional de Defesa do Consumidor, 1986.
2. Kessler DA, Witt AM, Barnett PS e col. Special report. The food and Drug Administration regulation of tobacco products. N. Engl. J. Med. 1996; 335: 998 – 994.
3. Joossens L, Naett C, Howie e col. Tabaco e Saúde na União Europeia, uma síntese. Lisboa: Conselho de Prevenção do tabagismo, 1994.
4. Machado AP, Vicente P, Barros H. Adolescentes fumadores em escolas Portuguesas. Saúde em números 1995; 10: 17 – 19.
5. Tojal Monteiro, JMC. Sobre as crianças obrigadas a fumar. Consequências e custos. O pediatra e a prevenção. Saúde infantil 1997; 19/2: 35 - 52
6. Epps RA, Manley M, Glynn T. Tobacco use among adolescents. Strategies for prevention. Pediatr. Clin. North Am. 1995; 42: 389 – 402.
7. Perry CH, Silvis GL. Smoking prevention: behavioural prescriptions for the Pediatrician. Pediatrics 1987; 79: 790-798.
8. Epps RP, Manley MA. Physicians's guide to preventing tobacco use during childhood and adolescence. Pediatrics 1991; 88: 140 – 144.
9. Gionino GA, Zhi BP, Tomar S. Epidemiology of Tobacco use and symptoms of nicotine addiction in the U. S. Testimony to the FDA, Aug., 2 1994.

10. CDC – Preventing Tobacco use among young people – A Report of the Surgeon General, 1994: 124.
11. Kessler DA. Sounding board. Nicotine Addiction in young people. N. Eng. J. Med. 1995; 333: 186 – 188.
12. Myers MG, Brown SA. Smoking and health in substance – abuse adolescents: a two year follow – up. Pediatrics 1994; 93: 561 – 566.
13. Epps RP, Manley MW. The clinicians role in preventing smoking initiation. Med. Clin. North. Am. 1992; 76: 439 – 489.
14. Klein JD, Portilla M, Goldstein A e col. Training pediatric residents to prevent tobacco use. Pediatrics 1995; 96: 326 – 330.
15. Samet JM, Lange P. Longitudinal studies of active and passive smoking. Am. J. Resp. Crit. Care Med. 1996; 99: 639 – 642.
16. Satcher D, Eriksen M. The paradox of Tobacco control. JAMA 1994; 271: 627 – 628.
17. Fiore MC, Epps RP, Manley M. A missed opportunity. Teaching medical students to help their patients successfully quit smoking. JAMA 1994; 271: 624 – 626.
18. O'Brien CH. Drug addition and drug abuse. In: Goodman and Gilman's The Pharmacological basis of therapeutics, 9^a ed, McGraw-Hill, 1996: 565 – 566.
19. AHFS Drug information 1997. 1049 – 1061.
20. "Reasons for Tobacco use and syntoms of Nicotine Withdrawal among adolescent and young adult Tobacco users – United States, 1993" In: CDC Morbidity and Mortality weekly report. Out. 1994.
21. Kozlowski LT, Wilkinson DA, Skince W e col. Comparing Tobacco cigarette dependence with other drug dependencies. JAMA 1989; 261: 898 – 901.
22. Glassman AH, Helzer JE, Covey LS et al. Smoking, smoking cessation, and major depression. JAMA 1990; 264: 1546 – 1549.
23. Anda RF, Williamson DF, Escobedo LG et al. Depression and the dynamics of smoking. JAMA 1990; 264: 1541 – 1545.
24. Murphy JK, Edwards NB, Downs AD et al. Effects of doxepin on withdrawal syntoms in smoking cessation. Am J Psychiatry 1990; 147: 1353 – 1356.
25. Hurst RD, Sachs DPL, Glover ED et al. A comparison of sustained – release bupropion and placebo for smoking cessation. N Engl J Med 1997; 337: 1195 – 1202.
26. Henningfield JE. Nicotine medications for smoking cessation N. Engl. J. Med. 1995; 333: 1196 – 1203.
27. Fang JL, Law M, Wald N. How effective is Nicotine Replacement Therapy in helping people to stop smoking? BMJ 1994; 308: 21 – 26.
28. Transdermal nicotine study group. Transdermal nicotine for smoking cessation. Six – month results from two multicenter controlled clinical trials. JAMA 1991; 266: 3133 – 3138.

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 17-31

29. Smith TA, House RF Croghan IT et al. Nicotine patch therapy in adolescent smokers. *Pediatrics* 1996; 98: 659 – 667.
30. Nienowitz NL. Nicotine replacement therapy during pregnancy. *JAMA* 1991; 266: 3174 – 3177.
31. Kessler DA e col. Nicotine Addiction: A pediatric disease. *J. Pediatr.* 1997; 130: 518 – 524.
32. Committee on Environmental Hazards: Involuntary smoking. A hazard to children. *Pediatrics*. 1997; 99: 639 – 642.
33. Blum RW. Adolescent substance use and abuse. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 1997; 151: 805–808.
34. Swartz JL. Methods of smoking cessation. *Med. Clin. North Am.* 1992; 76: 451 – 473.
35. Frankowsky BL, Weaver SO, Secker–Walker RH. Advising parents to stop smoking: Pediatricians’ and parents’ attitudes. *Pediatrics* 1993; 91: 296 – 300.
36. Kenford SL, Fiore MC, Jorenby D e col. Predicting smoking cessation. Who will quit with and without the nicotine patch. *JAMA* 1994; 271: 589 – 594.
37. Klein JD, Portilla M, Goldstein A e col. Training pediatric residents to prevent tobacco use. *Pediatrics* 1995; 96: 326 – 30.
38. Joseph AM, Norman SM, Ferry LH e col. The safety of transdermal nicotine as an aid to smoking cessation in patients with cardiac disease. *N. Engl. J. Med.* 1996; 335: 1792 – 1798.

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 17-31

Correspondência: Lúcia Maria dos Reis Gomes

Tr. D. Maria da Luz, 17 - 2º Direito

4520 Sta Maria da Feira

E - mail: Zarrefa@mail.telepac.pt

VACINAÇÃO

Luís Manuel Cunha Batalha¹

RESUMO

O autor faz uma análise dos vários factores que contribuem para baixas taxas de cobertura vacinal na população infantil e apresenta sugestões que podem contribuir para a resolução do problema ao nível de cada Centro de Saúde.

Palavras-chave: vacinação, Centro de Saúde, imunização.

SUMMARY

The author analyses the different factors that contribute to low rates of vaccination in children and makes suggestions that may help solve this problem in each health centre.

Keywords: vaccination, health centre, immunization.

1 Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto. Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Introdução

Ao longo dos últimos anos os estudos que avaliaram a taxa de cobertura vacinal na população infantil em diversas regiões do país (1, 2, 3, 4), revelaram valores que não permitem uma imunização de grupo (4).

O objectivo do Comité Europeu da Organização Mundial de Saúde (OMS) traçado em 1985, de atingir uma cobertura vacinal de 90% nos dois primeiros anos de vida, parece ainda longe de ser alcançado (3).

Apesar dos esforços desenvolvidos, a burocracia, a deficiente ligação entre serviços, a falta de vacinas, as concepções erradas dos profissionais de saúde e a inércia/recusa dos pais são alguns dos factores apontados como responsáveis pela baixa cobertura vacinal (3, 4). Se acrescentarmos que a vacinação nem sempre se traduz numa imunização individual eficaz (3, 4, 5) por deficiente desempenho a um qualquer nível desde a produção da vacina até à sua administração, o panorama não parece animador.

Cientes de toda esta problemática Mota (7) e Lemos (8) há muito que alertaram para estas preocupações, a propósito do rastreio e confirmação da sensibilidade tuberculínica e das estruturas dos cuidados de saúde primários.

Inserido na comunidade, cabe ao enfermeiro, entre outras funções, ser um agente dinamizador que contribua para o controlo dos factores de risco e promoção dos factores protectores da saúde, onde se inclui a vacinação. Todavia, este desempenho só parece viável, se o enfermeiro possuir competências para o desempenho dessa função. São elas, entre outras, o planeamento de acções de promoção e educação para a saúde e a realização de trabalhos de investigação que lhes permitam o desenvolvimento de um espírito de auto-avaliação, pilar básico para a prestação de cuidados de excelência.

Tendo em conta as preocupações expostas e ao reflectirmos sobre esta problemática pretendemos ao nível de um Centro de Saúde (CS): clarificar as razões que contribuem para baixas taxas de cobertura vacinal e propor uma estratégia que caracterize o problema e aponte medidas que promovam a vacinação dos não-vacinados.

Os problemas

Do trabalho desenvolvido em cada CS, podemos enumerar algumas razões que contribuem para que a população infantil esteja deficientemente imunizada:

- Orgânica e funcionamento do CS: áreas geográficas de influência comuns e de ninguém; os horários de atendimento rígidos e pouco alargados; tempo de espera elevado; o difícil acesso (transportes); a utilização permitida apenas aos inscritos; o predomínio dos cuidados curativos; a não convocação de faltosos; a organização do trabalho por tarefas e sem flexibilidade; a ausência de campanhas na comunidade; a descentralização da vacinação feita de forma incompleta (BCG/VAP); a gestão deficiente dos registos/ficheiros (incompletos, ordenação por

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 33-36

zonas e instituições, ausência de comunicação de administração de vacinas em outros CS, etc...); os fracos recursos económicos, materiais e humanos.

- Deficiente formação e actualização dos técnicos de Saúde no domínio da conservação, transporte e administração das vacinas; da importância da vacinação, das verdadeiras e falsas contra-indicações; da gestão do plano nacional de vacinação (associação de vacinas, planeamento dos cuidados, oportunidades de vacinação perdidas); do ensino aos pais e crianças (importância da vacinação, gratuidade, funcionamento dos CS, outras); da promoção de campanhas de sensibilização.
- Outras: migrações (mudanças de residência); questões éticas (convicções pessoais, crenças); necessidades múltiplas e crescentes da população.

O diagnóstico da situação

Os profissionais de saúde são responsáveis pela promoção e manutenção da imunidade individual e de grupo de uma comunidade. Assim sendo, o que fazer para concretizar esta meta?

Primeiro, cada CS deve conceber e implementar estratégias que conduzam a um verdadeiro diagnóstico da situação permitindo vacinar quem não o está.

Para identificar realmente quem não está vacinado parece-nos necessário que cada CS defina claramente a sua área geográfica de influência, seus acessos, população-alvo (inscrita e não-inscrita) e suas características.

A definição da população alvo requer uma recolha de informação concertada e permanente através de várias fontes (censos, autarquias, registo civil, CS, maternidades, hospitais e clínicas privadas e outras) que permitam a criação e/ou actualização permanente de uma base de dados de fácil registo e acesso. O recurso à informática é o caminho a explorar.

A avaliação do estado vacinal da população infantil poderá ser feita através da revisão periódica dos registos vacinais; das consultas de rotina/outras; nas matrículas escolares; em acções na comunidade (fábricas, escolas, creches, infantários, lares de acolhimento, etc.) e no trabalho de campo para localizar populações marginalizadas (acampamentos, trabalhadores sazonais, feirantes e outros).

Como vacinar os que não o estão

A manutenção de uma base de dados actualizada e organizada por ano de nascimento da população-alvo permite ao consultá-la periodicamente a identificação rápida dos não-vacinados e a implementação de medidas para a sua imunização.

Estas medidas poderão ser:

- convocação telefónica, via postal ou, em último recurso, visita domiciliária de investigação/vacinação;
- planear anualmente campanhas de sensibilização (utilizar os meios de comunicação local) e vacinação na comunidade (escolas, fábricas, outras instituições);

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 33-36

- melhorar o funcionamento dos CS (horário de funcionamento alargado com criação de equipas de permanência, atender todos os utentes sem excepção, dar prioridade aos cuidados preventivos, realizar visitas domiciliárias com carácter de investigação e prevenção, manter redes de comunicação entre as várias instituições que cooperam com o CS (maternidades, hospitais, outros CS, registo civil, autarquias, implementar a filosofia de trabalho por equipas de saúde; assegurar um enfermeiro com a especialidade de Saúde Infantil e Pediatria para planeamento e coordenação dos cuidados pediátricos, etc.).

Contudo, importa salientar que sem profissionais motivados e preparados não é possível implementar esta estratégia de cuidados. Por isso, CS e Escolas de Enfermagem devem fazer um esforço adicional e conjunto na formação e actualização dos enfermeiros.

BIBLIOGRAFIA

1. Palha JC et al. Estudo de uma população infantil assistida no serviço de urgência do C. H. de Gaia. *Saúde Infantil*. IX 2 (1987) 155-168.
2. Cabral G, Oliveira L. Boletim de saúde infantil e cobertura vacinal - sua avaliação em Viseu. *Saúde Infantil*. X 2 (1988) 173-178.
3. Teixeira AL et al. Cobertura vacinal em idade pré-escolar. *Saúde Infantil* 1997; 19: 15-29.
4. Costa V et al. Cuidados de saúde infantil na consulta externa do hospital de São João do Porto. *Nascer e crescer* 1997; 6: 27-31.
5. Dias JA et al. Parotidite endémica em Portugal. *Saúde em números* 1996; 11: 17-20.
6. Almeida FL. Sarampo em crianças vacinadas. *Saúde Infantil* 1990; 12: 5-10.
7. Mota HC. O novo programa nacional de vacinações. *Saúde Infantil* 1990; 12: 183-4.
8. Lemos L. Pesquisa da sensibilidade tuberculínica: novas normas. *Saúde Infantil* 1990; 12: 3-4.

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 33-36

A VIGILÂNCIA DE SAÚDE INFANTIL DAS CRIANÇAS SEGUIDAS EM CONSULTAS HOSPITALARES

Fátima Couto¹, Matilde Correia²

RESUMO

Com o objectivo de reflectir e analisar alguns aspectos relacionados com a Vigilância de Saúde Infantil (VSI), as enfermeiras do serviço de Consultas Externas (CE) do Hospital Pediátrico (HP) de Coimbra realizaram um inquérito a 218 familiares e acompanhantes de crianças seguidas em diversas consultas do HP, sobre a utilização das consultas de VSI e de como é feito o preenchimento do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ).

De acordo com os resultados obtidos as autoras constataram que mais de metade das crianças seguidas em consultas neste hospital não frequentam as consultas de VSI, e ainda que existem falhas no preenchimento do BSIJ, quer por defeito, omitindo factos importantes, quer por excesso com a frequência do registo de pesos.

Palavras-chave: saúde infantil, boletim de saúde infantil, vigilância de saúde infantil, consulta externa.

SUMMARY

In order to analyse some aspects related to the vigilance of child health, the nurses of the Children's Hospital of Coimbra (Hospital Pediátrico) carried out an enquiry to 218 relatives and escorts of children being followed in the various services. This was an enquiry on the attendance of the Child Health consultation and on the filling of the Child Health Bulletin.

The results showed that more than half the children followed in this Hospital, do not attend the consultations of child health vigilance. There are also flaws in the filling of the Bulletins, either by omission of important facts or by an excessive registration of weight.

Keywords: child health, child health bulletin, follow-up, outpatient.

1 Enfermeira Especialista 2 Enfermeira Graduada.
Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução

De acordo com a missão e objectivos do serviço, é função da enfermeira responsável pela sala de triagem verificar o preenchimento do BSIJ, dando assim uma nova dimensão ao seu trabalho, tornando-o mais dinâmico e produtivo. Desta forma não só procura sensibilizar os pais para uma vigilância correcta da saúde dos seus filhos, como dá continuidade ao trabalho desenvolvido a nível dos Cuidados de Saúde Primários.

Através desta pequena entrevista junto da mãe, ou acompanhante, e da criança, a enfermeira incute neles confiança e calma podendo, assim, mais facilmente orientar, apoiar e detectar situações de risco para a criança, família e eventualmente comunidade.

Ao longo de vários anos de prática, as enfermeiras da CE têm constatado que os BSIJ são um óptimo veículo de informação que se encontra intimamente ligado à vigilância regular da Saúde Infantil. Mas também têm vindo a verificar que há muitas falhas, tanto no seu preenchimento como na VSI, o que assume particular importância se as crianças são exclusivamente observadas numa consulta de subespecialidade hospitalar, nomeadamente especialidades cirúrgicas, por regra pouco vocacionadas para a prevenção.

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 37-42

Material e métodos

De Fevereiro a Março de 1997, foram realizados aleatoriamente 218 inquéritos aos familiares ou acompanhantes das crianças que frequentam as consultas tanto médicas — Medicina, Nefrologia, Genética, Cardiologia, Reumatologia, Pneumologia — como cirúrgicas — Cirurgia e Ortopedia.

Os dados recolhidos foram: idade, consulta que frequenta, existência (ou não) de VSI de rotina e o local em que é feita. Estes dados foram tratados manualmente e os resultados obtidos serão apresentados em quadros.

Considerou-se que **existia cumprimento** da VSI se as crianças frequentavam consultas periódicas no médico de família ou em consulta privada, em períodos assintomáticos, ainda que desfasadas do calendário acordado pela Direcção Geral de Saúde.

Considerou-se **não existir cumprimento** da VSI nos casos em que as crianças não frequentavam outra estrutura de saúde, pública ou privada, assim como naqueles em que apenas procuravam os Centros de Saúde para a realização do calendário vacinal.

Resultados

O quadro 1 mostra a distribuição do número de crianças segundo a consulta que frequenta e o grupo etário a que pertence.

Pode concluir-se que o maior número de crianças inquiridas frequenta as consultas de Medicina, Ortopedia e Nefrologia, e que a maioria tem idade inferior a 6 anos.

CONSULTA	<1 ano	1-3 anos	3-6 anos	6-9 anos	9-12 anos	>12 anos	TOTAL
Medicina	3	49	19	15	8	-	94
Especialidades médicas							
Nefrologia	3	5	1	3	4	3	19
Endocrinologia	1	1	1	4	6	3	16
Pneumologia	-	1	-	2	1	-	4
Reumatologia	-	1	1	2	1	1	6
Cardiologia	3	6	1	2	-	-	12
Gastroenterologia	2	4	-	1	-	-	7
Especialidades cirúrgicas							
Cirurgia gastro	1	-	3	-	3	-	7
Cirurgia urológica	5	5	4	-	1	1	16
Cirurgia geral	1	1	3	-	-	-	5
Ortopedia	6	2	6	5	2	2	23
Nutrição	-	-	2	5	-	2	9
Total	25	75	41	39	26	12	218

Quadro 1 — Total de crianças seguidas nas especialidades médicas e cirúrgicas

Relativamente à VSI podemos constatar que a mesma não é realizada em 116 das 218 crianças inquiridas, conforme nos mostra o quadro 2, e que o número de crianças que faz VSI varia na razão inversa da idade.

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 37-42

Gr. Etário	Sim	Não	Total
<1 ano	20	5	25
1 - 3 anos	41	34	75
3 - 6 anos	26	15	41
6 - 9 anos	9	30	39
9 - 12 anos	5	21	26
> 12 anos	1	11	12
Total	102	116	218

Quadro 2 — Vigilância de Saúde Infantil

Constatou-se que o número de crianças que frequenta as consultas de VSI no Centro de Saúde é significativamente superior ao número de crianças que faz VSI em médico particular, conforme o quadro 3.

Gr. Etário	Centro de Saúde	Privada	Total
<1 ano	14	6	20
1 - 3 anos	30	11	41
3 - 6 anos	17	9	26
6 - 9 anos	8	1	9
9 - 12 anos	4	1	5
> 12 anos	-	1	1
Total	73	29	102

Quadro 3 — Local onde é feita a VSI

A salientar ainda que, das 218 crianças inquiridas, 60 frequentavam exclusivamente consultas de Ortopedia, Cirurgia, ou apenas Nutrição, destas apenas 32 faziam VSI conforme se pode ver no quadro 4.

Consulta	Sim	Não	Total
Cirurgia	19	9	28
Ortopedia	12	11	23
Nutrição	1	8	9
Total	32	28	60

Quadro 4 — VSI nas consultas de Cirurgia, Ortopedia e Nutrição

Discussão

Conforme se comprova pelos quadros apresentados, a VSI não é realizada em 116 das 218 crianças seguidas em consultas do HP, com uma diminuição progressiva a partir do primeiro ano de vida. Mesmo crianças que frequentam exclusivamente as consultas de cirurgia ou ortopedia, com equipas médicas tradicionalmente pouco vocacionadas para a prevenção, mais de um terço dos casos, 20 em 51 crianças, não frequentam as consultas de VSI. O mesmo se passa em relação às consultas de nutrição, onde apenas 1 das 9 crianças que a frequentam são “vistas” por um médico.

Este estudo evidencia a problemática da não-frequência regular das consultas de VSI, em pelo menos alguns Centros de Saúde. Já Carvalho (1) em 1991, constatou que 49% das crianças não frequentavam regularmente as consultas de VSI dum Centro de Saúde da nossa área de influência.

Mais grave ainda, foi termos constatado que, nalguns casos, nem sequer o calendário vacinal foi cumprido. Uma criança de 4 meses de idade, seguida exclusivamente na consulta de Ortopedia, não iniciara ainda o calendário vacinal incluindo o BCG. A intervenção da enfermeira da CE foi fundamental para o adequado esclarecimento destes pais e subsequente encaminhamento para a consulta de VSI no Centro de Saúde.

Um grande número de crianças só se dirigiam ao Centro de Saúde em caso de doença ou para actualização do calendário vacinal, não frequentando a consulta em períodos assintomáticos, conforme nos referenciavam os pais inquiridos.

Muitos dos Boletins Individuais de Saúde não apresentavam registos da última consulta no Centro de Saúde. Mais uma vez ficam documentadas as falhas no preenchimento dos BSII, não só dos profissionais de cuidados primários mas também pelos profissionais de cuidados diferenciados, à semelhança do publicado por outros autores nesta revista (2-7). O correcto preenchimento do BSII constitui, com base em Despacho do Ministério da Saúde, uma “tarefa obrigatória de todos os serviços de saúde” (5) mas, de facto, continua a ser uma “tarefa” não cumprida!

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 37-42

Constatamos igualmente que é muito frequente no preenchimento do BSIJ, um excesso de registos do “peso” que, em muitos casos, no primeiro ano de vida quase “gastaram” a folha correspondente. E paradoxalmente, o perímetro cefálico não é registado e, nalgumas destas crianças, as curvas de percentis não foram desenhadas.

Sendo o crescimento um fenómeno dinâmico não-contínuo, com frequentes paragens de crescimento, “fases fisiológicas de estase”, intercaladas por outras de aceleração “fases pulsáteis”, e tanto mais descontínuo quanto menor for o período entre duas observações, o que leva a crer, que o “normal” seja na realidade uma irregularidade no crescimento diário e semanal, facilmente se compreende que um exagero na avaliação de Somatometria pode facilmente desencadear preocupação e ansiedade desnecessárias aos pais (8,9,10).

Outra constatação foi que os pais não estavam conscientes da importância dos registos no BSIJ, o que mostra a sua falta de esclarecimento por parte dos profissionais de saúde, à semelhança do constatado em estudos anteriores sobre a problemática do preenchimento do BSIJ.

As principais conclusões que ressaltam deste trabalho, que não é isento de falhas, são as seguintes: as consultas de VSI continuam a ser muito descuidadas; o BSIJ continua a ser mal utilizado, não apenas por defeito, com registos importantes omitidos, como também por excesso, como com os registos das excessivas avaliações ponderais.

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 37-42

Agradecimento: À equipa de Enfermagem das Consultas Externas do Hospital Pediátrico de Coimbra pela colaboração prestada na execução deste trabalho.

BIBLIOGRAFIA

1. Carvalho FS. Algumas causas do absentismo às consultas de Saúde Infantil no Centro de Saúde de Penela. *Saúde Infantil* 1991; 13: 109-13.
2. Lemos L. Avaliação do preenchimento do Boletim de Saúde Infantil. *Saúde Infantil* 1984; 6: 39-42.
3. Manso JA. Boletim de Saúde Infantil. Seu preenchimento no Porto. *Saúde Infantil* 1985; 7: 47-51.
4. Soares AM. O Boletim de Saúde Infantil como meio de intercomunicação Médica. *Saúde Infantil* 1987; 9: 11-6.
5. Santos CE, Quintas MA, Cunha EF, da Silva MA. Avaliação do preenchimento do Boletim de Saúde Infantil. *Saúde Infantil* 1992; 14: 31-9.
6. Pires B. Boletim de Saúde Infantil. Avaliação do seu preenchimento. *Saúde Infantil* 1989; 11: 113-7.

7. Cordeiro MJG. Utilização do Boletim de Saúde Infantil. Estudo realizado na urgência de Pediatria de três hospitais de Lisboa. Saúde Infantil 1992; 12: 143-9.
8. Lampl M, Veldhuis JD, Johnson ML. Saltation and stasis: a model of human growth. Science 1992; 258: 801-3.
9. Giani U, Filosa A, Causa P. A non-linear model of growth in the first year of life. Acta Paediatr 1996; 85: 7-13.
10. Wales JKH, Gibson AT. Short term growth: rhythms, chaos, or noise? Arch Dis Child 1994; 71: 84-9.

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 37-42



A geleia da avó

A alimentação infantil é uma das preocupações do pediatra. Desde o início do internato, ele estuda o assunto; as vantagens do aleitamento materno, o aleitamento artificial e as suas indicações nas diversas versões, os adaptados, os de soja, os sem lactose e até os de frango, a diversificação, a suplementação em vitaminas, ferro e flúor e outras tantas coisas que dão origem à feitura de inúmeros e enormes tratados. Mas em altura nenhuma da sua vida profissional, ele se prepara para as receitas das avós, essas “velhinhas amorosas” que nos entram nos consultórios de olhar desconfiado e dedo em riste, na disputa do mais antigo saber.

Atenção. Sejam cautelosos.

As avós andam lá fora!

Na sala dos médicos a conversa é casual. Enquanto se tiram batas e se arrumam estetoscópios, trocam-se impressões e fazem-se desabafos. É o final da manhã. O meu amigo, tal como eu pediatra, faz isso mesmo: desabafa.

Tinha estado na consulta. E que consulta! Nem tinha dado para tomar café. São as que se marcam primeiro, quando a agenda está vazia (há muitos meses atrás), e as outras que se vão amontoando quando, já não cabendo, têm realmente de caber.

Que fazer?

Hoje mesmo e uma vez mais se tinha arrependido dessas marcações urgentes ou altruístas. Agora era vê-los.

Entra o último. Atrasado.

Vem agora porque, segundo a avó desenvolta, o bebé é pequenino e a mãe inexperiente (“atadinha”). É preciso arranjar tudo... dar banho, vestir, calçar, dar de mamar e arranjar o saco. O saco, o terror do saco, onde se metem os boletins todos (o azul do menino, o verde da gravidez, o amarelo das vacinas, o branco da cédula), a lista inacabada das perguntas, a chupeta, as fraldas, o creme, o talco, o biberão da água, o do leite, a termos, a lata, os toalhetes, o soro, as gotas das cólicas e as vitaminas que, uma vez entornadas, mudam irremediavelmente a cor dos famosos boletins para um castanho dourado.

O meu amigo, cansado mas calejado nisto das mães, avós e sacos, assiste, durante toda a manhã, ao despe e veste, ao abre e fecha, ao choro, às queixas e perguntas e vai indicando, resignado, o balde do lixo, receptáculo escolhido para o final certo da fralda suja e fedorenta.

Estoicamente prepara-se para a batalha final.

Afaga o menino, cumprimenta a mãe e privilegia a avó.

— Então? Está tudo bem?

Pergunta infeliz e bizarra...

— Está é tudo mal. Ele não mama, não há leite que lhe agrade. Do “Nani” ao “S25” venha o diabo escolher que o diabo do rapaz não o escolhe.

O “rapaz” rechonchudo e rosado, arrasa a balança com um percentil 75.

A avó não se dá por vencida e explode, num ultimato deveras convincente.

— É que é mesmo esquisito, tão esquisito que nem da minha geleia caseira gosta.

O meu amigo concorda. Se nem da geleia a criança (de três semanas) gosta... que dizer?

— Dê-lhe pouca, dê-lhe pouca que lhe pode fazer mal.

Fátima Pinto

saúde
infantil

1998; 20/2: 44

A Ciência Médica há 100 Anos

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



Tenia

- Taphetalarina — — — 1 gr.
- Em 1 hora em jejum;
- e logo depois:

Oleo de ricino — — 30 gr.
Essência de bergamota 2 got.
Deve nos dias anteriores
comer alimentos salgados,
ácidos e condimentados.

Sem consolo

Ana tinha seis anos e há seis que vivia a prazo. À nascença havia sido diagnosticada uma grave doença que só lhe tinha permitido sobreviver à custa de muitos cuidados, inúmeras hospitalizações e alguma sorte, se se pode falar em sorte nestas circunstâncias.

Embora pequenina e frágil chegou aos seis anos e entrou na escola, onde os pais a iam pôr e buscar todos os dias. Até que se considerou aceitável o risco que a operação implicava; os pais concordaram: "isto assim não é viver", e começaram os preparativos – novo internamento, novos exames, conversas com os pais para repetir de novo o que já fora dito, perante o olhar aparentemente tranquilo da criança. A situação era grave, mas havia uma esperança – valia a pena tentar, tanto mais que não havia alternativa. A intervenção não se chegou a realizar porque, na véspera, a criança morreu inesperadamente.

O médico que mais de perto havia acompanhado os pais, procurou minorar a dor conforme pôde, recordando o longo sofrimento da criança e o péssimo prognóstico da doença; mesmo que a operação fosse bem sucedida (o que não era seguro) seria de esperar uma vida de cuidados e canseiras. Nesta perspectiva talvez a morte fosse menos intolerável. Tentou assim atenuar o sofrimento dos pais mesmo à custa de algum exagero do prognóstico, tanto mais que a mãe estava grávida e a doença não era hereditária.

Poucos meses depois nasceu outra menina. Dias depois foi-lhe diagnosticada uma cardiopatia, exactamente como a da irmã...

Agora o médico terá de ir falar com a família que está lá fora à espera...

H. Carmona da Mota

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 46

PAIS E LUTO

Maria do Carmo Santos¹

RESUMO

A literatura não é abundante na abordagem de pais em processo de luto, por morte de um filho. Apoiada em alguma experiência pessoal, na colaboração prestada à Clínica Pediátrica do Instituto Português de Oncologia do Porto — Francisco Gentil, a autora salienta as características próprias deste processo de luto e aponta algumas formas de apoio psico-social aos pais. Destaca também o papel do hospital onde a criança é assistida.

Palavras-chave: pais, morte de filho, apoio psico-social.

SUMMARY

Literature is not abundant about how to deal with parents in mourning after suffering child's death. Supported in her personal experience, the author sets off the own characteristics of this process of grieving and points some forms of psychological care to these parents. She enhances also the Hospital's role where the child is assisted.

Keywords: parents, child's death, psychological care.

¹ Assistente Eventual de Pedopsiquiatria
Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia

Introdução

Pais e luto

A minha experiência com pais em processo de luto enriqueceu-se com a colaboração prestada na Unidade de Pediatria Oncológica do Instituto Português de Oncologia - Francisco Gentil do Porto, de 1993 a 1994.

Era quando empreendia o acompanhamento de crianças internadas e do ambulatório, que me confrontava por vezes, com a notícia da morte de uma delas, ficando interrompida a relação com os pais. Tentava imaginar como estariam a suportar esta nova fase, da já longa trajectória percorrida na doença dos seus filhos.

Pensei então em formas de retomar este contacto ou impedir que a relação terminasse bruscamente com o falecimento da criança.

Em alguns casos, enviava uma carta em que me manifestava disponível para conversar com eles, se isso fosse do seu agrado. Com outros, oferecia-me para estar com eles quando o quisessem, deixando implícito que isso se estendia no período após a morte.

Fui então procurada por algumas mães nos dias em que me encontrava no Instituto, e também no Departamento de Pedopsiquiatria onde trabalho, e portanto, fora do local onde a criança tinha sido assistida.

Exemplificarei, com o relato de uma dessas entrevistas, as características e dificuldades deste tipo de luto, para depois apontar algumas sugestões e relembrar formas de apoio aos pais.

Exemplo clínico

Tive o primeiro contacto com a mãe de R. já na fase de estadio terminal da doença do filho. Apresentava níveis elevados de ansiedade e depressão e pedia ajuda. O início da doença do filho datava de Junho de 1990, prolongando-se por 2 anos e 10 meses.

A mãe toma a iniciativa e pede para falar comigo. O filho tinha falecido há 2 meses atrás. Diz-me que naquele dia, 17 de Abril seria o seu aniversário, em que iria completar 13 anos de idade. Começa por falar das suas dificuldades actuais, que todos os dias se lembra de coisas ligadas ao filho, à sua doença, ao modo como tudo se passou, questionando algumas decisões. "Afiml só se prolongou o sofrimento". Recorda as viagens que faziam de Ponte de Lima para o Porto, o calor, as filas de trânsito. Certo dia, vinha com muita febre, ela refrescava-o com fraldas humedecidas, e eles parados numa fila; tiveram que accionar o som de emergência. Quando precisava da aparadeira, era muito difícil colocá-la, por vezes nem sabia onde a poderia despejar. Quando estava internado no Hospital de Viana, na fase em que adoeceu pela primeira vez, estava já há 15 dias sem conseguir dormir, porque o R.

tinha dores; então numa dessas noites, ele pede-lhe para lhe chegar o urinol; ela não consegue conter-se e diz-lhe asperamente: "se queres urinar vai ao w.c., levas o soro na mão". "Como é que eu pude falar-lhe assim?".

Sobre o seu sofrimento...

"Certa vez ele tinha uma diarreia tal, que ele já não suportava que se tocasse no ânus. A sr^a Dr^a imagine como é que se podia limpá-lo com uma diarreia daquelas." "Sempre que se ausentava um pouco, ficava angustiada e sentia-se culpada.

Sobre a morte

Ela não queria que ele fizesse tratamento. Ele vinha muito mal, seria uma questão de dias. "Mas o meu marido queria que se tentasse"; "ele podia ter uma morte violenta, eu não queria, mas também não o queria contrariar, e foi o que aconteceu". Na véspera, ele já não falava. "O meu marido batia-lhe na cara, chamava por ele, gritava" (angustiada). "Eu não conseguia aguentar aquilo. Uma enfermeira até me dizia que o menino poderia querer ir embora e o meu marido não o deixava". "Quando ele saía do quarto, eu só lhe pegava na mão e dizia-lhe: vamos para casa, R.A., vamos embora. As enfermeiras diziam-me que ele podia ter alguma percepção do que o meu marido lhe fazia. E depois, já de madrugada, começa a sangrar; estava com uma respiração difícil, dava a ideia de que tinha qualquer coisa a obstruí-lo, e a enfermeira aspirou com muito cuidado, e então é que ele ficou. Foram duas horas a esvair-se em sangue, não havia lençóis que chegassem. Estava eu, o meu marido, duas enfermeiras e o médico, que não podia fazer nada. Foi horrível. Ficou tudo cheio de sangue, ele deitava sangue pela boca, pelo nariz...as minhas unhas ficaram cheias de sangue, uma medalhinha que eu tinha, até os óculos, não conseguia ver nada através deles. Tivemos que ir a casa tomar banho e mudar de roupa". Depois deu-lhe banho, ajudou a vesti-lo.

Lembro-lhe que para o R.A. a morte não foi tão violenta dado o seu estado de consciência, que foi mais difícil para eles, pais, que estavam a observar.

(...) A campa não tem fotografia. Está sempre com muitas flores, vai lá todos os dias, por vezes várias vezes ao dia. Não chora. Até sente às vezes que não está a sentir tanto a morte do filho como devia (como num caso em que uma criança faleceu num desastre e a mãe chorou ao longo de meses).

Digo-lhe que a morte dele foi diferente, que o sofrimento já vinha desde há muito, que já tinha chorado muito. Concorde. E recorda o seu sofrimento aquando da declaração da doença.

(...) O quarto está tal e qual. Vão mudar de casa, e o quarto que lhe estava destinado vai ser montado. Está tudo no seu lugar; vai lá com facilidade, não lhe custa, limpa-o, até utiliza certas roupas que eram dele, como fatos de treino.

Têm uma criança vizinha que por vezes pede para jogar no seu computador. Ela deixa. E quando ouve a criança naquele entusiasmo a jogar, às vezes até tem a sensação de que o filho está ali. Por vezes é ela que lhe diz: "Não queres ir jogar?"

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 47-53

No cemitério não chora. Porque não se convence de que ele está ali.

Digo-lhe: está ainda muito em casa, lá no quarto...

Fala de que já tinha desejos de ter um terceiro filho quando pensava ir para a nova casa. Tem alguém na família com um filho mais velho de 15 anos, e um outro de 3, que parece uma miniatura do outro. E pensa que talvez nascesse assim, parecido com o R.A. Mas tem medo, medo que tudo se repita. Medo da idade que tem. Porque tem um vazio, sente falta de qualquer coisa. Como quando vai à praia e não sabe o que há-de fazer. Porque quando ia à praia, era para tomar conta do R.A., preparar-lhe o lanche, levar-lhe as coisas, queria levar sempre muitas coisas, tinha que o vigiar. "Agora quando estou lá, não sei o que estou ali a fazer".

Digo-lhe que daqui a alguns meses, talvez ela consiga desejar mais um terceiro filho, do que apenas substituir a falta do R.A.. Ela acena a cabeça, mostrando ter compreendido.

O pai vai ser operado a um cancro no recto. Depois da morte do neto, começou a emagrecer. "Agora eu já sei que vou ter que andar prá frente, mas parece que já nem me custa tanto..."

Comentário

O relato desta mãe é rico em vários pormenores característicos do processo de luto dos pais que perdem uma criança: pensamentos repetidos acerca da morte e da doença do filho, a frustração e culpabilidade, com sentimentos também de amargura e revolta. A atitude divergente dos pais no momento da agonia indica um processo de luto mais atrasado no pai. A expressão do vazio e as tentativas para compensar a perda são também manifestas. Há indícios de que pode tornar-se um luto patológico ou desenvolver mecanismos de defesa compensatórios mas disfuncionais, contudo, há que levar em linha de conta o estarmos apenas a dois meses de distância do desfecho fatal.

Aspectos do luto

A morte de uma criança exerce sempre um efeito emocional intenso na família e seus membros (1).

É um facto dificilmente aceitável, não está na ordem natural do ciclo de vida. Pode esperar-se perder um parente, a morte do cônjuge pode preceder a sua, mas não se espera perder uma criança (1).

O luto e as suas fases constituintes (choque, revolta, negociação, depressão e aceitação) podem decorrer de forma e ritmo que se podem considerar normais, contudo é sempre um processo penoso e longo, marcado por características próprias.

Daí que existam autores que defendem que, idealmente, todas as famílias deveriam ser observadas algumas semanas ou meses após a morte da criança.

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 47-53

O luto pode suceder a uma morte relativamente rápida, ou suceder a uma doença prolongada, com reacções específicas em cada um dos casos. Quando há uma morte que surge mais ou menos subitamente, não houve tempo para uma preparação (luto antecipatório). Há uma ansiedade e inquietação intensas e, a suceder a morte, a raiva é deslocada geralmente para alguém (o médico por ex.); depois inicia-se o processo de luto, com uma certa identificação com a criança perdida e, ocasionalmente, uma idealização (2). Outras reacções possíveis poderão ser:

- a) deslocamento dos cuidados do filho perdido para com uma criança sobrevivente;
- b) a compensação da perda com uma gravidez;
- c) o isolamento social temporário.

Estas reacções devem ser respeitadas e só em casos extremos e defesas prolongadas no tempo estará indicada uma terapia.

Na morte prolongada, pode surgir ocasionalmente, o luto prematuro, em que há uma perda do interesse pela criança e há um deslocamento dos afectos para um bebé na família (2).

Podem surgir nos pais, pensamentos inaceitáveis, como desejar a morte da criança para alívio do sofrimento, da sobrecarga emocional e financeira; isto pode horrorizá-los e, como mecanismo de defesa (formação reactiva), tornarem-se hiperprotectores nos cuidados à criança (2). Quando o período de morte é prolongado e marcado pelo sofrimento, os pais necessitam de apoio. Os seus sentimentos de culpa e impotência são aliviados se alguém lhes diz que estão a fazer tudo o que podem, e que sabem o quanto lhes é difícil. O médico pode expressar a ideia de que certos pais lhe têm dito que chegam a desejar o fim, para que tudo acabe, e que depois se sentem mal por pensarem nisso, mas que o importante é que estão a fazer tudo o que é possível e que pensamentos, todos nós temos muitos e os mais variados.

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 47-53

Ao luto antecipatório segue-se o luto terminal, por vezes numa altura em que os pais estão física e psicologicamente desgastados e fragilizados.

Podemos então sintetizar as características comuns no luto da morte de uma criança:

- um período de tormento após a morte (a raiva, a frustração, a culpa e o sentimento de incapacidade de protegerem o filho da morte)
- pensamentos recorrentes acerca da doença, da morte
- a existência de sintomas físicos (diminuição do apetite, do peso, dificuldades no sono e pesadelos, agravamento de problemas de saúde prévios) e psicológicos - um intenso sofrimento, em que os pais ficam exaustos, têm momentos de extrema solidão e crises de choro prolongado; podem até ter experiências alucinatórias, que se tornam assustadoras; o cansaço e a intensidade das suas emoções levam a pessoa a perguntar-se se não estará a ficar "louca"

- há depois uma amargura expressa contra o Hospital, médicos, enfermeiros, parentes e até Deus
- a expressão de um sentimento intenso de vazio - são mães que de repente ficam com horas para preencher, outrora dispendidas no tratamento da criança doente
- um dos cônjuges pode assumir o papel de dar suporte ao outro, e assim deixar prolongar o seu próprio processo de luto
- uma tendência comum é a hipervigilância do estado de saúde dos outros filhos.

O que é que o hospital pode fazer

No momento da admissão de uma criança que adoece com uma doença de evolução prolongada ou até de prognóstico fatal, uma avaliação psico-social, que inclua uma história psiquiátrica da criança, pais e irmãos, poderia permitir detectar aquelas famílias que mostram menos competências para lidar com o *stress*, e poderem vir a necessitar de apoio mais específico no período de luto (3).

Mas de uma forma genérica, que recursos poderá o hospital dispor para prestar ajuda a estas famílias nesta fase delicada e dolorosa?

Um telefonema para o domicílio, nas semanas ou meses seguintes, eventualmente com o convite para uma entrevista, poderá permitir sentir que a equipa não se esquece deles nem da criança. Após a perda, os pais recordam a competência dos técnicos mais pela natureza dos cuidados personalizados que prestam, do que pelos cuidados técnicos em si (1).

Manter o médico ou pediatra assistente regularmente informado, com uma referência à necessidade do acompanhamento psicológico da família pode constituir um meio de ajuda eficaz.

Os grupos terapêuticos, orientados por um técnico com formação na área de saúde mental, dentro ou fora da instituição, têm várias vantagens:

- os grupos diminuem o sentimento de abandono após a morte
- permitem a partilha dos medos e pensamentos assustadores com a tranquilização e reassegurar da sua sanidade
- os mais avançados no luto ajudam à expectativa de um sentir-se melhor e capacidade de reconstruir da vida
- permitem a partilha de memórias e experiências
- possibilitam uma trajectória até se verem novamente como pais de crianças vivas, como esposos e também como cidadãos.

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 47-53

Outros meios de ajuda psico-social

O clínico geral ou o pediatra assistente da criança, pode constituir uma figura privilegiada de apoio, devido ao estabelecimento de uma relação de anos e receber a família algumas semanas depois.

A família alargada e a rede social (vizinhos, amigos, grupos religiosos) são, para certos pais, o recurso de apoio preferido.

Os grupos de inter-ajuda, formados por pais que perderam um filho, e moderados por alguém que teve a mesma experiência, como a associação no nosso país — A Nossa Âncora — são também outra possibilidade.

A ajuda psiquiátrica ficará reservada para situações de luto patológico, pais com perturbação psiquiátrica prévia, pais isolados socialmente ou casais em crise.

Conclusão

Procurou-se descrever o sofrimento psíquico dos pais que perdem um filho. A sua grande vulnerabilidade torna necessário o apoio emocional, que pode ser prestado de variadas formas. Se uma das missões fundamentais dos pais é, conforme ilustra Bettelheim (4) de forma singular, "a de ajudar os seus filhos a encontrar sentido para a vida", poderemos melhor compreender como a sua morte antecipada toma um significado de profundo e inelutável desaire pessoal.

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 47-53

BIBLIOGRAFIA

1. Sahler O. The child and death. Eua: CV Mosby, 1978.
2. Melvin Lewis MB. Child and adolescent psychiatry. Baltimore: Williams and Wilkins, 1996.
3. Garfinkel BD. Psychiatric disorders in children and adolescents. Philadelphia: WB Saunders, 1990.
4. Bettelheim B. Psicanálise dos contos de fadas. Amadora: Bertrand, 1985.

Correspondência: Maria do Carmo da Silva Santos Monteiro

Departamento de Pedopsiquiatria ao Hospital Magalhães Lemos
Estrada Interior da Circunvalação (ao Real)
4100 Porto

ESTATÍSTICA EM TRIBUNAL

H. Carmona da Mota¹

RESUMO

Procuram clarificar-se algumas noções estatísticas, frequentemente usadas em Medicina, recorrendo a modelos conhecidos: o processo judicial, a corrida de bicicletas ou de fórmula 1.

Palavras-chave: estatística, especificidade, sensibilidade, provas paramétricas, significado clínico.

SUMMARY

The author tries to simplify some statistical notions, frequently used in Medicine, applying to common models: the judicial trial and car races.

Keywords: statistics, specificity, sensitivity, parametric tests, clinical significance.

¹ Hospital Pediátrico, Faculdade de Medicina de Coimbra.

A — Quando pretendemos saber se uma diferença entre medidas de dois grupos é estatisticamente **significativa** (isto é, qual a probabilidade de esta diferença **não** ter sido obtida por acaso), estamos numa situação semelhante ao dum juiz num tribunal.

Raramente há a certeza — o réu raramente confessa; os indícios, por muito fortes que sejam, são sempre inseguros. O veredicto é sempre um risco que há que minimizar, exigindo um alto grau de probabilidade. O réu pode ter passado, **por acaso**, no local do crime, na hora fatídica...

As “provas” terão que ser suficientemente seguras para que a probabilidade de tudo se dever ao acaso (ao azar, neste caso) se reduzirem a muito pouco (idealmente a zero); mas a exigência não pode ser excessiva, com o risco de deixar um criminoso em liberdade, por falta de provas...

Tal como num julgamento, corre-se sempre o risco de

- **pecar por excesso** (todo o indivíduo é **culpado** enquanto se não provar o contrário) — não deixar nenhum criminoso impune (alta sensibilidade) mas arriscar a prender inocentes (baixa especificidade) — identificar **toda** a diferença real mas também alguns casos em que esta foi devida ao acaso (falsos “positivos” ou **Erro beta ou tipo I**) ou
- **pecar por defeito**, ao só considerar significativa uma diferença quando a probabilidade de tal ser devido ao acaso for quase nula, correndo o risco de não atribuir significado a uma diferença real (falsos “negativos” ou **Erro alfa ou tipo II**) — para não considerar culpado nenhum réu inocente (alta especificidade), arriscar a não condenar muitos culpados (baixa sensibilidade) (todo o indivíduo é inocente enquanto se não provar o contrário).

O risco de cometer um erro do tipo II é muito grande em caso de amostras pequenas, pelo que as extrapolações destes resultados não são seguras...

É habitual considerar estatisticamente significativa, uma diferença que tenha $\leq 5\%$ de probabilidade de ser devida ao acaso ($p \leq 0.05$). Se se desejar um risco menor, pode optar-se por um valor inferior ($\leq 1\%$ ou $p \leq 0.01$, diferença estatística dita altamente significativa), com o risco de atribuir ao acaso uma eventual diferença real.

Tal como num julgamento, a exigência de rigor variará com a gravidade do crime e do consequente castigo. Em caso de pena de morte, nunca será demais exagerar no rigor, para não atingir irremediavelmente inocentes.

B — Tal como num julgamento, um réu é mandado em liberdade quando se não provou a acusação — o que obviamente não prova que ele **não tenha** cometido o crime. Não é um atestado de inocência, apenas o reconhecimento que tal não foi provado; por exemplo, se a polícia ou o advogado de acusação não conseguiu apresentar, por desleixo ou incapacidade, um número suficiente de “provas”.

Não se provou que... não significa que se provou que **não**...

“Os dois primeiros maridos matou-os com veneno, ... empenhava com sistemático prato de papas a que adicionava cevadilha, ou até arsénico... O cadáver do segundo marido chegara a ser exumado, mas a autópsia, devido ao desleixo dos peritos, dera uma prova duvidosa”.

Agustina Bessa Luís, A Sibila, 1953

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 55-60

Do mesmo modo, quando uma prova estatística não encontra diferença significativa, **não se pode concluir que não exista** diferença.

Por exemplo, se 3 doentes submetidos a um medicamento ou intervenção curarem, tendo falecido 3 não tratados, uma prova estatística poderá não atribuir significado a esta diferença ($p = 0.1$; prova exacta de Fisher). A razão da “fraqueza” estatística neste caso é óbvia — deve-se ao pequeno tamanho da amostra. Não se poderá concluir que **não há** diferença mas apenas que esta não atingiu significado estatístico.

Mesmo quando o tamanho das amostras for suficiente, não se pode recusar o recurso de uma terapêutica nova a **um** doente, com o argumento de que a eficácia da terapia nessa doença, não foi confirmada estatisticamente (risco de erro Beta).

Há ainda uma pequena probabilidade de ela poder ser eficaz nesta situação concreta, que poderá ser identificada com um ensaio clínico mais potente. Tanto maior a potência do ensaio, tanto menor o risco de erro Beta ($P = 1 - \text{beta}$).

O que se pode concluir, é que não se provou que este medicamento esteja indicado para **uso sistemático** nessa doença.

C — Num julgamento, o réu é considerado inocente até prova em contrário; do mesmo modo, perante a diferença encontrada entre duas medidas, há que partir do princípio que aquela é devida ao acaso (**hipótese nula**, na linguagem estatística) enquanto se não provar que essa probabilidade é mínima ($< 5\%$) e, portanto, desprezável.

As provas estatísticas são usadas para atenuar a subjectividade da nossa avaliação: perante um sucesso somos tentados a associá-lo à nossa intervenção ou a um incidente circunstancial, menosprezando o factor acaso. A prova estatística está para a nossa “impressão” ou “experiência” como as provas apresentadas em tribunal estão para as alegações dos advogados.

D — Do mesmo modo que um juiz não deve instruir e julgar o mesmo processo, é arriscado que um mesmo investigador recolha dados e atribua valor aos seus resultados sem recurso a processos estatísticos severos que partam do salutar princípio que ele não tem razão (hipótese nula).

Tal como a Justiça é (ou devia ser) cega (vendada — sem olhar a quem) para evitar o viés inerente a todo o ser humano, também há que assegurar uma colheita “**anónima**” dos resultados, sem conhecimento do grupo a que pertence o doente avaliado — para evitar o viés inerente a todo o observador envolvido no processo (excessivamente céptico ou já convencido da eficácia da droga, por exemplo).

E — Toda a análise dum trabalho que envolva dados com tratamento estatístico, deve começar por

- a) uma avaliação da maneira como os dados foram colhidos
 - sob tortura muito réus confessaram crimes que não cometeram — e
- b) não descurar a crítica dos métodos estatísticos usados e
- c) das conclusões avançadas a partir dos resultados, não hesitando em pô-las em causa se entrarem em conflito com a poderosa arma do senso comum.

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 55-60

Como suponho fará um juiz do Supremo face a um recurso.

F — Um resultado significativo numa prova estatística não pressupõe nenhuma relação de causalidade; apenas refere a probabilidade dessa associação ser devida ao acaso. O resultado numa prova estatística só deve ser utilizado para confirmar (ou não) se uma determinada conjunção de circunstâncias — **cujo nexó lógico ou causal se admite plausível** — pode ser devida ao acaso.

A facilidade de utilização dos programas de computadores, leva à tentativa de procurar eventuais relações estatisticamente significativas entre algumas das muitas variáveis colhidas numa experiência e, no acaso de se obterem relações significativas, tentar atribuir-lhes um nexó causal ou significado prático.

“If a large number of independent statistical tests are carried out..., one in 20 can be expected to show statistical significance at a 5% level **even if all of null hypothesis are true**”.

(Coggon D. *Statistics in Clinical Practice*, Brit Med J 1995)

Os resultados desta “pesca” estatística são tão inaceitáveis como seriam os que a polícia obtivesse prendendo como suspeitos todos os transeuntes que tivessem passado na Praça da República, no momento em que ali alguém foi assaltado. Um turista poderia ser incomodado, dado não ser habitual estar naquele lugar, àquela hora — uma probabilidade seguramente inferior a 5% ($p < 0.05$).

Não casual não significa causal.

G — Perante o resultado dum ensaio clínico dum medicamento há que interpretá-lo cautelosamente; se os resultados obtidos com esse medicamento foram melhores que os obtidos com os métodos convencionais, há que assegurar que:

- a) esta diferença tem significado estatístico (isto é, se não há risco desta diferença ter sido obtida por acaso) e
- b) se tem significado clínico (isto é, se o ganho obtido justifica o incómodo da terapêutica).

Um trabalho recente (Serrano E, *Advances in ribosomal immunotherapy*, Nápoles, 1996) mostrou que, medicando com R® 327 adultos que sofreram rinites infecciosas recidivantes no ano anterior, se obtiveram resultados estatisticamente significativos relativamente aos do grupo placebo ($p = 0.001$).

Este resultado poderia levar-nos a considerar a hipótese de medicar com este produto, todos os adultos com rinites recidivantes. Os doentes medicados tiveram, em média, 1 (± 1.1) rinite no semestre após a medicação, o que contrasta com o valor médio de 4.4 rinites do ano anterior; acontece que a incidência de rinites no grupo-testemunha também foi muito inferior no ano seguinte — uma média de 1.5 (± 1.4) rinites/semestre.

Esta diferença (1.5 para 1) foi considerada estatisticamente significativa — a probabilidade de ser devida ao acaso é desprezável ($p = 0.001$)* — mas o significado clínico é discutível. Justificar-se-á tratar com o novo medicamento todos os adultos com rinites infeccio-

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 55-60

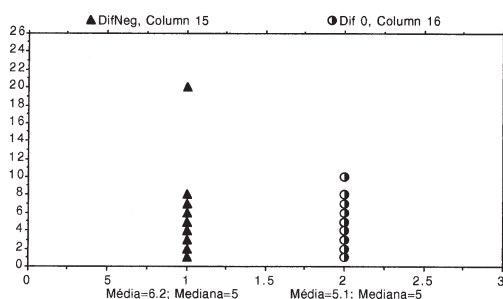
sas recidivantes quando a expectativa é de baixar o risco de 1.5 para 1 rinite no semestre seguinte?

Mais, justificou-se sobrecarregar o estatista (mesmo a memória do computador) quando a diferença de resultados era tão pequena?

Os pequenos delitos não devem sobrecarregar os tribunais.

H — As provas mais frequentemente usadas em estatística (t Student p. ex.) assumem que os valores analisados têm uma distribuição normal (ou Gaussiana) e comparam as médias e os respectivos desvio-padrão (provas ditas **paramétricas**).

Se a amostra for pequena ou a distribuição não for realmente gaussiana, estas provas arriscam-se a dar resultados infidedignos — considerar que uma **equipa** de ciclismo é excepcional quando a **média** excelente foi devida a **um corredor** fora do vulgar (Fig.1).



*saúde
infantil*

1998; 20/2: 55-60

Figura 1 — Discrepância de resultados obtidos com um método paramétrico (t Student) com um não-paramétrico (Mann-Withney U), quando a distribuição dos valores não é normal (DP diferentes).

As provas **não-paramétricas** (Wilcoxon, Mann-Whitney U) poderão ser ligeiramente menos potentes — mais exigentes — que as paramétricas, mas podem utilizar-se em quaisquer circunstâncias.

Utilizam um princípio semelhante ao da classificação nas corridas de automóveis. Interessa a ordem de chegada, independentemente do tempo gasto. A classificação da “scuderia” terá em conta o **número de ordem** de chegada dos seus membros.

Dado que cada amostra (“scuderia”) poderá ter um número diferente de valores (“corredores”), esta classificação “por equipas” dependerá da **mediana** — o número de ordem de chegada do mediano membro dessa equipa (o seu percentil 50 — 3º membro duma equipa de 5; do 5º duma de 9, etc). É **uma comparação de medianas e não de médias**. Os dados excepcionais, que influenciam muito a média, não se repercutem tanto na mediana.

I — Ao escolher uma prova há que privilegiar as que sejam adequadas aos dados do problema e que tenham a máxima potência — para não deixar escapar diferenças reais.

Se o que se pretende é analisar o resultado dum medicamento ou intervenção, numa variável biológica (tensão arterial, glicémia...) dum grupo de indivíduos, há que escolher uma prova que compare as diferenças entre os dois valores encontrados em **cada** indivíduo, antes e depois da intervenção. Uma prova destas (**emparelhada**), é mais adequada para analisar a eficácia dum medicamento que outra que compare a média ou mediana dos valo-

res de todos os indivíduos, obtidos antes e depois da intervenção. As diferenças dos valores verificadas em cada indivíduo, antes e depois da intervenção (intra --individuais) podem ser menores que a diferença dos valores entre os indivíduos (interindividuais).

Se as diferenças intra-individuais, mesmo pequenas, **forem** quase **todas no mesmo sentido**, provarão a eficácia do medicamento ou intervenção. Se o medicamento for ineficaz, as diferenças encontradas serão aleatoriamente distribuídas — umas positivas, outras negativas — sendo a soma algébrica próxima de zero (hipótese nula) (Fig.2).

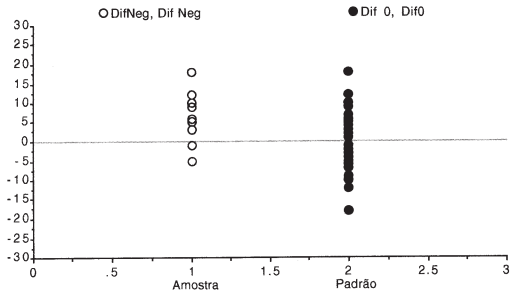


Fig.2 — Diferenças entre valores no mesmo doente, antes e depois da intervenção. Os valores das diferenças na amostra são muito diferentes dos do padrão.

Uma prova emparelhada considerá-la-á significativa, o que poderá não acontecer se se utilizar uma prova não-emparelhada, quando as diferenças interindividuais forem maiores que as intra-individuais, que ficarão diluídas nas primeiras.

Indivíduo	A	B	C	D	E	F	Média	Mediana	Diferenças positivas	Nulas
Antes	100	90	80	70	60	50	75	75		
Depois	101	91	81	71	61	50	75.9	76	5	1

Prova paramétrica (t Student) não-emparelhada — NS (p = 0.94)	P. emparelhada p = 0.004
Prova n/ param, não-emparelhada (Mann — W) — NS (p>>0.2)	P. emparelhada p<0.05

Para avaliar a eficácia de dois tipos de gasolina, é preferível comparar os valores obtidos por cada concorrente, usando um e depois outro tipo de carburante; se uma for diferente da outra, as diferenças — pequenas que sejam — deverão ser predominantemente no mesmo sentido (menor tempo gasto, p. ex.).

O ensaio anterior (ABCDE) é um bom exemplo da diferença entre significado estatístico e significado clínico ou prático. Um rendimento de 1%, poderá ter interesse (significado) na Fórmula Um, mas será discutível num carro particular, na semivida dum medicamento ou na duração do número de dias de febre duma doença. Haverá que entrar em conta com outros factores como o preço ou outros incómodos, antes de atribuir valor prático — significado clínico — a um valor estatístico significativo.

BIBLIOGRAFIA

1. Wulff HR. Rational diagnosis and treatment. Blackwell SP, Oxford 1976.
2. Coggon D. Statistics in Clinical Practice. Brit Med J, Londres 1995.

*saúde
infantil*
1998; 20/2: 55-60

SOS; VIOLÊNCIA INFANTIL

«O amor materno não é mais que um sentimento humano, e como todos os sentimentos é incerto, frágil e imperfeito.»

Elizabete Badinter

Para percebermos a violência infantil, é necessário situá-la num quadro de fundo mais amplo e globalizante que é a sociedade em que hoje vivemos. Digamos que é necessário perceber a dinâmica actual das famílias, desmontar o seu passado e presente, para então entendermos o seu porquê.

A violência relacional ao nível da família exprime-se sob a forma de agressões físicas, psicológicas e, ou, sexuais. É frequente que as vítimas sejam os seus próprios membros que, nas relações de poder, se encontram numa posição mais frágil (mulheres batidas, crianças maltratadas, vítimas de abusos sexuais) (1).

Genericamente, falamos do mau trato infantil e, a este nível, é importante ter em conta a intencionalidade subjacente do acto e o padrão cultural em que o mesmo se desenvolve. Há estudos que revelam ser a mãe a principal agressora, seguida pelo pai e restantes familiares. A sobrecarga do trabalho (mulher, mãe, profissional), leva a que, na maioria das vezes, não haja tempo para o desempenho do papel de mãe, acabando por se traduzir o pouco tempo passado no lar, no descarregar das tensões, na bofetada e na agressividade verbal sobre os filhos. A acrescentar o facto de, frequentemente, o pai estar ausente deixando o dever educativo e disciplinar totalmente a cargo da progenitora.

Refira-se, também, que cultural e socialmente sempre foi aceite a agressão como método educacional: «quem dá o pão, dá o pau». Esta noção ainda hoje é aceite tanto ao nível da família como da escola, sendo até há bem pouco tempo vulgar o uso da palmatória («menina dos cinco olhos») no ensino básico.

O direito à compreensão e amor por parte dos pais e da sociedade (2) é contrabalançado pelo aforismo popular que reza: «quem bem ama, bem castiga».

A vertente económica, fortemente representada nos nossos dias, leva a que se utilizem as crianças como fonte do rendimento doméstico, sendo esta uma outra face do mau trato infantil.

Na sequência destas breves considerações e acreditando que só o contacto directo com as situações nos consolida o conhecimento teórico, aqui vai a nossa história.

D., 13 anos, sexo feminino, entra no S.U. do hospital de Vila do Conde com dois irmãos mais novos, um de 5 e outro de 3 anos.

Trazem-nos dois agentes da P.S.P..

Mãe de 39 anos; profissão incerta.

Pai de 42 anos; ex.-recluso, frequentemente ausente.

Irmãos de 19, 16 e 15 anos; vivem na prostituição.

Irmãos de 11 e 10 anos; actualmente num Instituto de Reeducação.

Irmãos de 5 e 3 anos; acompanham-na.

Irmã de 9 meses; ficou em casa sozinha.

Entregue a um estabelecimento de reeducação há cerca de dois meses, é raptada pela mãe nos quinze dias que antecedem a vinda ao S.U., sob ameaças físicas e psicológicas («se não vens, o teu pai mata-me»). A partir de então pratica, por imposição parental, a mendicância; deve, no mínimo, entregar em casa mil escudos por dia como fruto desta prática; se tal não acontece é batida com uma mangueira.

Hoje, amedrontada por não ter conseguido essa quantia mínima estipulada, a adolescente procura ajuda na esquadra da P.S.P.. Com ela leva os irmãos mais novos («o bebé é muito pequenino e ficou em casa»).

O exame físico revela uma adolescente suja, pálida e magra. Tem fome e está excitada. Pede constantemente para a deixarem ficar. Agarra os irmãos pelas mãos o que dificulta a observação.

Pediculose do couro cabeludo. equimoses dispersas, uma na nádega e coxa esquerda tem um aspecto tubular que sugere a marca de um cinto, ou até mesmo de uma mangueira.

É internada.

Enquanto recupera o peso e as cores, e o processo corre nas mãos do Ministério Público, D. escreve cartas que entrega a quem tem cara de amigo.

A carta é, singularmente, sempre igual:

«A Minha Vida»

A minha vida é uma história muito longa.

Começamos pelo colégio, eu andava lá e gostei de lá estar mas depois a minha mãe precisou de mim para tomar conta da pequenina com 9 meses. Um dia de Domingo na parte da manhã vou á missa, quando saí da missa a minha mãe aparece e leva-me para casa sem a irmã Isabel saber. A minha mãe foi ao colégio e disse á Irmã que me levou para casa e a irmã deixou-me lá ficar em casa. Depois eu comecei a ficar em casa e ela começou a mandar-me pedir com os meus irmãos. Ela começou a dizer se não trouxesse-mos 1000 escudos que nos batia e eu comecei a ser muito ameaçada. Quando não trazia 1000 escudos ela batia-me com a vassoura e com a mangueira. Começou a bater sempre e eu não gostei. Então eu tenho de fugir e ir á policia resolver isto, eu quero ir para um colégio mas os

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 61-63

policias vão tentar ver se eu vou para casa de alguma pessoa que me trate bem. Eu para casa não vou.

Um dia de quinta feira eu e os meus irmãos pequenos fomos para o Hospital de Vila do Conde que nos trata bem e eu gosto de cá estar.

Paula Silva, Fátima Pinto
Hospital Distrital de Vila do Conde

BIBLIOGRAFIA

1. Barudy J. L'approche systématique de les maltraitances des enfants, aspects cliniques e thérapeutiques. In: Société violence et famille. 1994.
2. Convenção dos direitos da criança. Comité Português para a Unicef. 1990.

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 61-63

TEXTOS DE APOIO DA CONSULTA EXTERNA



Fontes alimentares de cálcio

As necessidades diárias de cálcio variam com a idade, sendo relativamente maior nos períodos de maior crescimento. Além de proporcionar uma homeostasia em cálcio, o objectivo final do aporte adequado em cálcio, ao longo de toda a vida, é a de se obter-se o máximo de massa óssea no início da vida adulta e a minimização da posterior perda óssea. As recomendações diárias em cálcio estão indicadas no quadro 1.

IDADES	MG/DIA DE CÁLCIO
0 - 6 meses *	400
6-12 meses	600
1-5 anos	800
6-10 anos	800-1.200
11-24 anos	1.200-1.500
> 24 anos	800-1.000
Mulher > 50 anos	1.500
Homem > 65 anos	1.500
gravidez e lactação > 24 anos	1.200
gravidez e lactação < 24 anos	1.500

* maior em atrasos de crescimento intra-uterino e prematuros

Quadro 1 — recomendações diárias em cálcio elementar

O leite e seus derivados são das principais fontes de cálcio alimentar: cerca de 250 ml de leite proporcionam cerca de 300 mg de cálcio. Ao estimular o transporte de cálcio através das células epiteliais intestinais, a lactose aumenta a absorção do cálcio. O leite humano tem 70 gr de lactose por litro enquanto o de vaca tem 45 gr. Isto explica que o leite humano, embora seja mais pobre em cálcio, proporcione uma boa absorção.

Nos povos africanos, asiáticos e mediterrâneos é alta a prevalência de **intolerância à lactose (IL)**, por perda progressiva da lactase intestinal. De transmissão autossómica dominante, calcula-se que a IL afecte cerca de metade da população adulta mediterrânea. Com alguns casos a iniciarem-se já na primeira década da vida, o grau individual do défice em lactase intestinal é variável, com alguns indivíduos a serem tolerantes a pequenas quantidades de leite e outros totalmente incapazes de incluir este alimento e os derivados na sua alimentação. Muitos dos indivíduos com IL constataam que a sua fonte de desconforto abdominal tem origem no leite e seus derivados e, espontaneamente, abandonam-nos. Contudo a maioria desconhece que o é, mesmo nos sintomáticos, mas especialmente naqueles com ingesta diária habitual em lactose inferior ao limiar sintomático. O reconhecimento duma clara relação entre a IL e a osteoporose, não devida à IL em si, mas sim ao consequente menor aporte em cálcio, pela menor apetência destes indivíduos em leite e derivados, justifica especial atenção.

Os indivíduos com IL ou os que simplesmente não gostam de leite e/ou dos seus derivados, terão de recorrer a outras fontes em cálcio. Justificam-se assim indicações precisas sobre fontes alternativas em cálcio (quadro 2).

saúde
infantil

1998; 20/2: 65-66

	EM MG		EM MG		EM MG
Leite humano	32	Arroz	11-13	Agrião	198
L. fórmula (lactentes)	38-42	Batata	9	Alface	70
L. fórmula (transição)	70-82	Farinha de milho	8	Brócolos	119
Leite de vaca	126	Farinha de trigo	21-29	Cebola	31
Leite de ovelha	190	Outras farinhas	23-61	Cenoura	41
Leite de cabra	153	Farinha de soja	255	Couve-flor	21
Queijo fresco	590	Pão integral	42	Couve galega	676
Queijo flamengo	800-923	Pão de trigo	23	Couve lombarda	18
Queijo serra	700-815			Couve portuguesa	234
Outros queijos	300-1.300	Azeitonas	39-58	Espinafre	104
Requeijão	250	Ervilha e fava	105	Grelas de couve	147
Yogurt	125	Feijão	149-177	Grelas de nabo	64
		Grão de bico	136	Nabiça	262
Carnes aves/ /animais	9-20	Lentilha	114	Nabo	12
Mariscos	27-118	Tremoço	24-74	Tomate	11
Ovo - gema	141				
Ovo completo	45	Amêndoas	262-286	Figos	36
Peixe fresco	18-48	Amendoim	40	Figos secos	219
Peixes secos	73	Castanhas	63	Laranja	35
Peixes de conserva	21-191	Noz	97	Morangos	21-25
Sardinha de conserva	66-400	Pinhão	54	Outras frutas	3-18

Quadro 2 — Composição em cálcio (em mg) por cada 100 gramas de alimento edível

Calcula-se que a **taxa de absorção do cálcio ingerido** ronde os 40%. Mas esta depende de variados factores, especialmente das necessidades, do grau de exposição solar e consequentes níveis sanguíneos de vitamina D, dos hábitos alimentares, da presença de alimentos que interfiram na bio-disponibilidade do cálcio, das capacidades adaptativas individuais, etc. Daí que as recomendações diárias em cálcio terão necessariamente de diferir de país para país, de etnia para etnia, etc.

Alguns alimentos têm tendência a diminuir a absorção do cálcio alimentar: os ricos em **ácido oxálico** (chá, cacau, chocolate, espinafre, figo, beterraba) diminuem-na significativamente; também o ácido fítico dos vegetais e as fibras alimentares em grandes quantidades (especialmente farelo de trigo) poderão interferir negativamente.

Em alguns casos justifica-se recorrer a **suplementos de cálcio comerciais** - carbonato, acetato, lactato, citrato e gluconato de cálcio. Fora das refeições, a absorção destes sais ronda os 32% (entre 25 a 40%), sendo maior para o carbonato. Contribui para uma melhor absorção destes a sua administração em doses repartidas, de 500 mg ou menos, e tomadas entre as refeições. Evitar-se-á também a sua interferência negativa na absorção intestinal do ferro alimentar. Dado ser fundamental uma normal acidez do estômago para a absorção destes sais de cálcio, deverá evitar-se a administração simultânea de antiácidos.

Manuel Salgado
Consulta Externa de Medicina do Hospital Pediátrico

Caso Clínico



INTOXICAÇÃO POR PARAQUAT

Eugénia Capela¹, Maria Beorlegui², Farela Neves³

RESUMO

A propósito de um caso clínico de intoxicação por Paraquat, os autores fazem uma revisão da fisiopatologia, clínica, diagnóstico e factores de prognóstico duma intoxicação pouco frequente mas geralmente fatal.

Palavras-chave: paraquat, intoxicação.

SUMMARY

The authors present a clinical case of poisoning with Paraquat. They review the pathophysiology, clinic, diagnosis and prognosis of this unusual but generally fatal intoxication.

Keywords: paraquat, poisoning.

1 Assistente de Pediatria 2 Interna do Internato Complementar de Pediatria 3 Assistente Hospitalar
Graduado de Pediatria
Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução

O Paraquat (1,1 - Dimetil - 4,4 Bipiridilium) é um sólido cristalino branco, muito solúvel em água, que existe em várias fórmulas comerciais (isolado, associado ao Diquat) e com várias diluições: diluições de 0,2% a 2,5% geralmente usadas para uso «doméstico» e de 20% a 25% destinadas a agricultores (1). Em Portugal é comercializado com o nome de Gramoxone® e tem uma diluição única de 20%. É um herbicida potente, usado desde 1962, que é rapidamente inactivado em contacto com o solo. Concentrações entre 20-25%, são muito corrosivas (forte catião em solução aquosa), sendo a sua absorção pela pele intacta muito reduzida. Quando ingerido, tem uma rápida absorção com alta distribuição tecidual para o pulmão, rim, fígado e miocárdio, sendo altamente tóxico.

A intoxicação por Paraquat é mais frequente nas tentativas de suicídio, mas surge também acidentalmente, sobretudo nas crianças.

A ingestão de Paraquat tem uma mortalidade elevada, é dose-dependente, não existe antídoto e as medidas terapêuticas têm uma eficácia reduzida. A ingestão de 20-40 mg/Kg é geralmente fatal (1, 2).

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 67-72

Caso clínico

Criança de sexo masculino, primeiro filho de pais jovens, saudáveis, nível sócio-económico médio baixo, com desenvolvimento estatoponderal e psicomotor adequado, que a 6.3.97 ingeriu tóxico identificado como Paraquat (Gramoxone®) em dose não quantificada. Teve dois vômitos imediatos e foi observado 15 minutos depois no Centro de Saúde da área de residência onde fez lavagem gástrica, carvão activado e sulfato de Mg. Foi enviado para o Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico onde chegou 4 horas depois.

À entrada apresentava-se com bom estado geral, hidratado, consciente e colaborante; auscultação cardíaco-respiratória normal, abdómen depressível, sem orgonomegalias. Boca e orofaringe sem lesões visíveis.

Foi efectuado o Teste de Ditionite na urina que foi fortemente positivo e colheitas para doseamento sérico e urinário de Paraquat: o doseamento sérico foi negativo e o doseamento de Paraquat na urina positivo. O hemograma e a bioquímica foram normais.

Avaliado pela equipa de Cuidados Intensivos, foi decidida a sua admissão nessa Unidade para iniciar hemocarbopperfusão. Foi utilizado um filtro de carvão activado (Adsorba-150C, Gambro) em ciclos de 2 horas de duração, repetidos (3, 2, 2, 1, 1, ciclos por dia). Associou tratamento oral com Terra de Fuller e Manitol a 20% e Vitamina E (e.v) em altas doses, durante 7 dias.

Teve como intercorrência trombocitopenia relacionada com a hemoperfusão que motivou três transfusões de plaquetas. Nunca apresentou dificuldade respiratória, não teve necessidade de O₂ suplementar e os Rx de tórax efectuados foram sempre normais.

Após alta da UCI, manteve-se internado durante 15 dias em vigilância de eventuais complicações respiratórias tardias.

Reavaliado após o primeiro e segundo meses, manteve-se clinicamente assintomático e o Rx tórax foi normal.

Discussão

Para além das propriedades cáusticas das diluições a 20-25% que podem provocar ulcerações bucofaríngeas, esofágicas, gástricas e mesmo intestinais, o Paraquat é rapidamente absorvido a nível intestinal, com rápida distribuição tecidual, principalmente pulmão, rim e fígado. A intoxicação por Paraquat é geralmente fatal, pois pequenas doses absorvidas, são suficientes para provocar lesões tecidulares, principalmente pulmonares, irreversíveis (1, 2, 3).

Tipicamente, a intoxicação aguda por Paraquat, cursa em três fases:

- Fase inicial — Caracterizada pelo aparecimento de lesões cáusticas bucofaríngeas, esofágicas e gástricas, com dor abdominal intensa e vômitos (algumas fórmulas comerciais de Paraquat têm associados eméticos) que estabilizam em algumas horas. Pode surgir afonia e as lesões que habitualmente são superficiais, podem no entanto ser severas e inclusive causar perfurações e hemorragias gastro-intestinais maciças. A criança referida no caso clínico não apresentava qualquer lesão oral o que podia ser justificado se o produto ingerido estivesse diluído, informação que não foi possível apurar da história clínica.
- Segunda fase — Entre o segundo e o quinto dias após a intoxicação, desenvolve-se insuficiência renal e necrose hepatocelular. A função renal pode degradar-se devido à hipovolémia secundária às perdas gastro-intestinais, à diminuição global do aporte e por lesão directa do tóxico surgindo geralmente tubulopatia proximal; estas lesões são reversíveis e a função renal é restabelecida sem sequelas. A necrose hepatocelular centrolobular é moderada e com tendência à recuperação. De salientar que no nosso doente a função renal e hepática estiveram sempre normais.
- Terceira fase — Tardamente, surge quadro de insuficiência respiratória por lesão alveolar com evolução para a fibrose pulmonar, responsável pelo pior prognóstico da intoxicação por Paraquat (1, 3, 4). As manifestações clínicas e radiológicas, surgem vários dias após a ingestão, embora alterações alvéolo-capilares tenham sido demonstradas precocemente pela capacidade de difusão do monóxido de carbono. A evolução das lesões pulmonares é inexoravelmente para a fibrose (1).

A fibrose pulmonar leva a hipoxémia refractária num período que pode variar entre 5 dias a algumas semanas; a ventilação assistida não altera o desenlace final e a administração de

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 67-72

O₂ pode acentuar a lesão pulmonar (1).

Existe ainda uma forma hiperaguda que surge após ingestão superior a 55 mg/Kg, em que a morte surge nos primeiros dias por choque cardiogénico. A existência de lesões hepáticas e renais associadas a edema pulmonar e alveolite, sugere uma forma com progressão rápida para a hipoxémia irreversível. Uma ingestão inferior a 30 mg/Kg é geralmente mais benigna; as lesões gastro-intestinais são moderadas e as renais e hepáticas ausentes (1). Pode existir função pulmonar alterada, mas a fibrose é rara e geralmente recupera sem sequelas, o que provavelmente aconteceu com o nosso doente.

Desconhece-se o mecanismo fisiopatológico preciso desta intoxicação e o motivo pelo qual é o pulmão o principal órgão atingido. A formação de radicais livres com depleção de NADPH, formação de dissulfidos e peroxidação lipídica são as sugeridas.

A lesão pulmonar introduzida pelo Paraquat pode ser dividida em duas fases:

- 1 — Fase destrutiva em que as células alveolares tipo I sofrem alterações a nível mitocondrial e dos ribossomas, sugestivas de aumento da actividade metabólica, seguida de degeneração celular e edema citoplasmático com progressiva ruptura alveolar. As células alveolares tipo II sofrem alterações nos conteúdos dos corpos lamelares e observa-se vacuolização do endotélio capilar e sequente edema intersticial e alveolar com intensa resposta inflamatória.

Esta destruição celular é responsável pelo défice de surfactante.

- 2 — Fase proliferativa - Alguns dias após intoxicação, os espaços alveolares são invadidos por pró-fibroblastos com posterior proliferação de fibrose que resulta na alteração da normal arquitectura alveolar, interferindo nas trocas gasosas e condicionando hipoxia grave.

São vários os factores que interferem no prognóstico da intoxicação por Paraquat: tentativa de suicídio, estômago vazio, fórmulas mais concentradas, são potencialmente mais graves, mas, para definir o prognóstico é fundamental efectuar-se o doseamento plasmático de Paraquat. Se esses níveis não ultrapassarem os 2 mg/L, 4h pós a ingestão ou 0,1 mg/L após 24h, a sobrevida é elevada. Concentrações superiores a 10mg/L significam geralmente morte nos dois dias seguintes por choque cardiogénico e se inferiores, a fibrose pulmonar tardia é a responsável pelos casos fatais (6). No caso apresentado, os valores séricos de Paraquat formam sempre indoseáveis o que fazia pensar numa evolução favorável.

Níveis urinários inferiores a 0,5 mg/L nas primeiras 24h, associam-se a sobrevida elevada; se valores urinários superiores a 1mg/L após as 24h, a sobrevida é improvável (6).

O diagnóstico da intoxicação faz-se pela história clínica da ingestão do produto e clinicamente pela visualização de lesões bucofaríngeas sugestivas. O Teste de Detonito na urina confirma o diagnóstico, e por esse motivo foi realizado prontamente no nosso caso, pois não existem falsos negativos. Este método, semi-quantitativo detecta concentrações na

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 67-72

urina inferiores a 2 mg/L. Pode ainda ser usado para confirmar a existência do produto no conteúdo gástrico.

Os principais objectivos do tratamento após ingestão de Paraquat são:

- Evitar a absorção a nível intestinal
- Remoção do Paraquat absorvido e sua excreção
- Suporte de funções vitais e tratamento de complicações

O sucesso do tratamento, para além da dose ingerida, depende da rapidez da instituição das medidas iniciais que idealmente devem ser antes da chegada ao Hospital. O tempo entre a ingestão e o tratamento inicial, é possivelmente o que mais influencia o sucesso das medidas terapêuticas (1). No caso clínico apresentado, os vômitos e a rapidez com que foi iniciado o tratamento adequado, foi decisivo.

A primeira atitude após a intoxicação é induzir o vômito se este não tiver ocorrido.

A nível hospitalar é fundamental a lavagem gástrica com recolha de aspirado para diagnóstico, a administração de Terra de Fuller ou Carvão Activado e Manitol 20% (alternativamente sulfato de sódio ou de magnésio). A função renal, o equilíbrio hidroelectrolítico e a diurese, devem ser monitorizadas e se a função renal permitir, a diurese deve ser «forçada» (1,2).

A hemocarboperfusão tem sido utilizada como forma de remover o Paraquat do plasma e por isso foi efectuada na nossa criança. Deve ser iniciada preferencialmente antes das 12h após a intoxicação e repetida por ciclos durante vários dias (1, 2, 5).

Apesar de todos os esforços terapêuticos, o sucesso clínico é baixo, com taxas de mortalidade entre 30-80% e que algumas séries se aproximam dos 100% (1,3).

Assim, várias terapêuticas experimentais foram propostas com base na fisiopatologia da intoxicação, mas ainda sem sucesso terapêutico demonstrado.

Conclusão

Apesar das investigações, não é bem conhecido o mecanismo fisiopatológico da citotoxicidade do Paraquat e nenhum antídoto eficaz foi proposto; assim, a toxicidade é essencialmente dose-dependente.

Dos principais mecanismos fisiopatológicos da toxicidade, a formação de radicais livres com depleção de NADPH, formação de dissulfidos e peroxidação lipídica são os sugeridos. A mortalidade descrita em várias séries oscila entre 30-80% e depende essencialmente do tempo decorrido entre a ingestão do tóxico e a instituição das primeiras medidas terapêuticas.

Enquanto se prosseguem as investigações, a mais eficaz das terapêuticas é a prevenção da

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 67-72

intoxicação.

BIBLIOGRAFIA

1. Alan H. Hall. Paraquat Usage. Paraquat Poisoning — Mechanisms. Prevention. Treatment, 1994: 17-35.
2. Zeneca Agrochemicals. 1994. The Treatment of Paraquat Poisoning — A Practical Guide, 1994: 4-5.
3. Bismuth. C. Hall. AH. Pulmonary dysfunction in survivors of acute Paraquat poisoning Vet-Hum-Toxicol, 1996; 38: 220-2.
4. Christian P. L. Lewis. Pathophysiology and Biochemical Mechanisms of the Pulmonary Toxicity of Paraquat. Paraquat Poisoning — Mechanisms. Prevention. Treatment, 1994: 107-140.
5. Albert J, Philippe S. Mechanismes of Paraquat Toxicity and Therapeutic Implications Paraquat Poisoning — Mechanisms. Prevention. Treatment, 1994: 141-160.
6. Chantal B, Alan H. Paraquat Ingestion Exposure. Paraquat Poisoning — Mechanisms. Prevention. Treatment, 1994, 195-210.
7. Scherrmann JM. Analytical Procedures and Predictive Value of Late Plasma and Urine Paraquat Concentrations. Paraquat Poisoning — Mechanisms. Prevention. Treatment, 1994: 275-296.
8. Pond SM. Treatment of Paraquat Poisoning. Paraquat Poisoning — Mechanisms. Prevention. Treatment, 1994: 325-334.
9. Suzuki-K. Takasu-N et all. Effect of aggressive haemoperfusion on the clinical course of patients with Paraquat poisoning. Hum-Exp-Toxicol, 1993; 12: 323-7.
10. Tompson JP, Casey PB, Vale JA. Deaths from pesticide poisoning in England and Wales Hum-Exp-Toxicol, 1995; 14: 437-45.

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 67-72

Caso Clínico



FIBROSE QUÍSTICA; FORMAS ATÍPICAS

Fátima Pinto¹, Resende Martins², Conceição Fernandes³

RESUMO

Os autores apresentam um caso clínico de fibrose quística manifestada inicialmente por anemia, edema e hipoproteinemia.

Palavras-chave: fibrose quística, hipoproteinemia, edema.

SUMMARY

The authors presents a clinical case of cystic fibrosis presenting with anemia, hypoproteinemia and edema.

Keywords: cystic fibrosis, hypoproteinemia, edema.

1 Assistente graduada de Pediatria
Hospital Distrital de Vila do Conde.

2 Assistente de Pediatria

3 Directora de serviço de Pediatria

Introdução

A fibrose quística (F.Q.) é uma doença hereditária, autossômica recessiva cuja origem está na mutação do gene codificador da síntese de CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator) (1). Caracterizada pela alteração das glândulas exócrinas, traduz-se num atingimento multiorgânico em que a patologia respiratória é a principal causa de morbidade/mortalidade (2, 4).

Com uma prevalência de 1: 2.500 no norte da Europa e de 1:5.000 nos países mediterrâneos, e uma percentagem de 4,5% de portadores na raça branca (3, 7), manifesta-se clinicamente em grupos etários variáveis e de forma e gravidade diferentes. Embora a doença pulmonar crônica, com infecções respiratórias frequentes, associada à malnutrição/malabsorção constituam a sua sintomatologia capital, ela pode manifestar-se por íleo meconial, icterícia neonatal prolongada, insuficiência hepática, prolapso rectal e pólipos nasais e, de forma menos clássica e menos frequente, por edema, hipoproteinemia e anemia (4, 7).

O diagnóstico, feito clinicamente, é confirmado com, pelo menos, duas provas de suor positivas (2, 5).

O tratamento tem como pilar a antibioterapia agressiva das infecções respiratórias coadjuvada com a fisioterapia, enzimas pancreáticas e vitaminas (7, 8). O uso de novas terapêuticas, nomeadamente o uso de ADNase e a perspectiva da manipulação genética, modificaram de forma favorável o prognóstico desta doença (4, 7, 8).

Os autores apresentam um caso clínico cuja manifestação inicial foi o edema e a hipoproteinemia esperando com isso contribuir para o diagnóstico atempado desta forma de manifestação precoce e atípica de fibrose quística.

Caso clínico

Lactente de 7 meses de idade, sexo masculino, é internado no serviço de Pediatria do Hospital Distrital de Vila do Conde, por tosse intensa e emetizante que se agrava com o esforço e sibilância generalizada. Sem febre.

Primeiro filho de pais jovens e consanguíneos. Antecedentes familiares irrelevantes. Nascido de parto distócico após gestação de termo sem problemas. Antropometria ao nascimento normal (P-2900 g; C-49 cm; PC -35 cm). Apgar de 10 ao 5º minuto. Rastreo metabólico negativo. Período neonatal sem problemas BCG ao vigésimo dia. Aleitamento materno exclusivo até aos trinta dias e depois suplementação com leite adaptado a 13%. Aos dois meses, a má evolução ponderal (apesar do apetite voraz e da ausência de vômitos e diarreia) e o aparecimento de edemas nos membros inferiores, levaram a um primeiro internamento. Nessa altura o peso era de 2850 g (Fig. 1) e o exame físico mostrava apenas os edemas. Os exames complementares revelaram anemia normocrômica e normocítica (Hb — 8,7 g/dl), reticulocitose de 1% e hipoproteinemia (proteínas totais — 41 g/dl; albumina — 2,9 g/dl); a restante bioquímica e os aminoácidos no sangue e urina eram normais.

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 73-77

IgE específica para as proteínas do leite de vaca — classe 1. Urina do tipo II negativa. Bacteriológico de urina estéril. VDRL negativo. Estudo radiológico pulmonar, ecocardiograma e ecografia abdominal normais. Com o diagnóstico de intolerância às proteínas do leite de vaca, iniciou dieta com Pregestimil. Houve resolução dos edemas e aumento de peso (Fig. 1).

Dois outros internamentos posteriores, um aos 3 meses e meio e outro aos 5 meses, por processo respiratório idêntico ao actual. Nestes o diagnóstico foi de bronquiolite.

O exame objectivo mostra, aos 7 meses, uma criança com antropometria adequada (Fig. 1). Crânio e face normais, sem cianose e sem adejo nasal. Tórax simétrico com tiragem sub e intercostal. A.P. com sibilância generalizada; A.C. normal. Abdómen normal, sem organomegalias. Sistema locomotor, genito-urinário e nervoso normais.

Os exames complementares

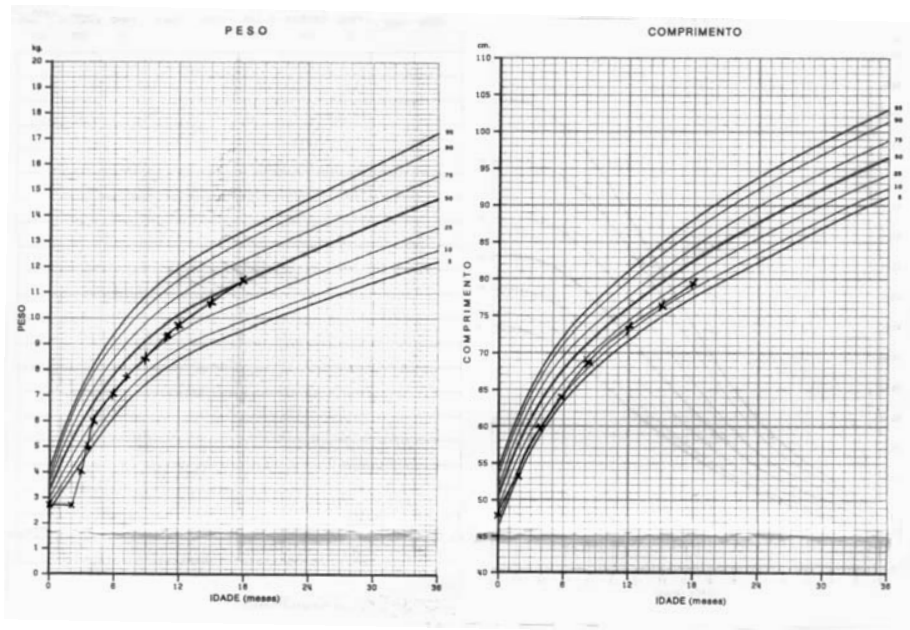


Fig. 1 - Má evolução até aos dois meses; evolução favorável após introdução de dieta semi-elementar.
Aos 7 meses o peso está no percentil 25.

A teleradiografia do tórax mostra infiltrado difuso perihilar, índice cárdio-torácico normal. Sem imagens de condensação ou outras imagens normais. O revela Hb. 11 gr%, leucócitos 10.400 com 64% de linfócitos e 35% de neutrófilos. O pH é de 7,35 com pCO₂ 48 mm Hg, Sat O₂ de 90%. Hemoculturas e exsudado faríngeo negativos. Prova de Mantoux e

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 73-77

pesquisa de BK negativas. Imunoglobulinas normais. Alfa 1 antitripsina normal. Pesquisa de refluxo gastro-esofágico negativa. Provas de suor (2) positivas para 275 e 280 mmol.

É iniciado tratamento com enzimas pancreáticas e regime dietético enriquecido com ácidos gordos essenciais e suplementos de vitaminas A, D e E em doses duplas das normais.

A criança é imediatamente encaminhada para uma consulta especializada do núcleo de fibrose quística do Hospital de S. João.

Aos pais é assegurado o apoio psicossocial necessário.

Discussão e conclusão

A fibrose quística é uma das causas de atraso de crescimento e doença pulmonar crónica na criança. A grande maioria dos doentes apresenta nos primeiros anos de vida infecções respiratórias e malnutrição (2, 5). No R. N. a doença pode manifestar-se por íleo meconial (10%) e icterícia prolongada. São igualmente formas conhecidas de apresentação o prolapso rectal, os pólipos nasais, a insuficiência hepática, e a alcalose hipoclorémica (2, 8). O seu diagnóstico, sempre lembrado nestas situações, leva à realização constante da prova de suor; já a anemia, hipoproteinemia e edemas, como primeiras manifestações da doença (4, 5, 9, 10) levantam pela sua raridade e subtilidade alguns problemas de identificação tornando-se necessário o reconhecimento desta entidade no sentido da sua detecção atempada.

A hipoproteinemia e o edema ocorrem com maior frequência na criança jovem que é amamentada ou alimentada com fórmulas à base de soja, e a associação com anemia, geralmente de gravidade moderada, surge por diminuição do volume plasmático e da produção de eritroblastos (4, 11).

Neste caso clínico, aos dois meses de idade, o lactente foi internado por edemas dos membros inferiores e má progressão ponderal apesar de ingestão adequada. A sintomatologia e o estudo analítico efectuado conduziram ao diagnóstico de síndrome de malabsorção por intolerância às proteínas do leite de vaca. Com a introdução de dieta semi-elementar a evolução ponderal foi de cerca de 30g/dia e a regressão dos edemas total. Nos meses seguintes o crescimento acompanhou o percentil 25/50.

A prova de suor efectuada só aos 7 meses, devido às infecções respiratórias de repetição, revelou o verdadeiro diagnóstico.

Como conclusão, este caso clínico confirma a possibilidade da fibrose quística se manifestar de forma menos clássica numa fase etária mais jovem e das dificuldades que então se levantam. A sua raridade, talvez apenas a consequência do subdiagnóstico, alerta para a importância do seu conhecimento num diagnóstico que na precocidade conduz à melhoria do prognóstico.

Agradecimentos: Ao núcleo de fibrose quística do H. S. J. e em especial à Dr^a Luísa Guedes Vaz.

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 73-77

BIBLIOGRAFIA

1. Danner I, Baro-Puigdemasa I, Escande D. Pharmacologie des canaux ioniques dans la mucoviscidose. Bases physiologiques e applicacions therapeutiques. Revue de Pneumologie Clinique, 1995; 51: 186-192.
2. Orientações Para o Diagnóstico e Acompanhamento da Fibrose Quística. In: Silva F. A.; Dodge J. OMS. 1997.
3. Querol MS. Fibrosis Quística. Pediatria Integral, 1997; 2: 178-187.
4. Farinha NJ, Nogueira R, Soares I, Duarte AM, Brandão O, Carvalho I. Anemia e hipoproteïnemia: Manifestações iniciais de Fibrose Quística. Arquivos de Medicina 1996; 10: 405-407.
5. Wallis C. Cystic fibrosis: Paediatric Aspects. British Journal of Hospital Medicine, 1996; 55: 241-247.
6. Munoz C, Juncosa T, Gene A, Fortea J, Seculi JL, Latorre C. Estudio microbiológico del tracto respiratorio en niños afectados de fibrosis quística. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 1993; 68: 464-467.
7. Green MR, Weaver LT, Heeley AF. Cystic Fibrosis identified neonatal screening: incidence, genotype, and early natural history, 1993; 68: 464-468.
8. Donald A. Nutritional management of cystic fibrosis. Archives of Disease in Childhood, 1996; 74: 81-87.
9. Smyth RL. Fibrosing colonopathy in cystic fibrosis, 1996; 74: 464-468.
10. Ferrer J, Pereda A, Ribas C, Ferrer P. Patología pancreática: insuficiencia pancreática y fibrosis quística. Pediatria Integral. 1995; 1: 36-38.
11. Linda B, Shalom M, Joel W, Adelson M. Cystic Fibrosis. Gastrointestinal Complications and Gene Therapy. 1996; 43: 157-196.

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 73-77

Correspondência: Maria de Fátima Ferreira Ramos Pinto Monteiro

Avenida dos Combatentes da Grande Guerra, 485
4200 Porto

Um caso inesquecível



Letargia e crises de palidez num pequeno lactente

Cerca das três horas da madrugada, sem prévio contacto telefónico, chegou de ambulância um lactente com oito meses de idade, enviado por "provável meningite e impossibilidade de realizar a punção lombar".

Na sala de triagem, um jovem médico assistiu à entrada duma mãe assustada que transportava o filho muito prostrado, deitado nos seus braços. Embora a criança tivesse os olhos abertos, o olhar era vago e indiferente. Uma palidez cérea chamava a atenção.

Subitamente, e ainda sem ter havido oportunidade para o interrogatório, e por um período de alguns minutos, a criança ficou ainda mais prostrada e mais pálida, teve revolução ocular e houve sugestão de momentânea perda da consciência. Tudo isto sem emissão de qualquer som para além do da respiração. Momentaneamente, esta aumentara também de frequência. Passada a crise a criança voltou à situação prévia, de aparente sonolência, com os olhos abertos mas de olhar quase parado e indiferente.

A mãe descreveu várias crises semelhantes desde há cerca de seis horas, com uma frequência crescente, com intervalos de cerca de 15 minutos. Desde o início da doença estivera sempre sem febre. Cerca de dez minutos depois a crise repetiu-se com as mesmas características.

Ainda sem ter feito o exame físico, o jovem médico trocou impressões com um colega mais velho. Este recordou-se dum caso semelhante, em que se diagnosticou invaginação intestinal. A palpação abdominal subsequente constatou uma massa no hipocôndrio direito. O toque rectal não mostrou alterações.

O clister opaco foi esclarecedor, com uma imagem típica em pinça de lagosta. Alguns minutos depois, a criança recuperou da palidez, da hipotonia, da sonolência, sentou-se na cama e sorriu. No dia seguinte teve alta e não voltou ao hospital.

Alguns anos mais tarde o mesmo médico voltou a contactar com um caso semelhante de invaginação intestinal, mais atípico ainda: num ex-grande prematuro, então com 2 meses de idade e menos de 3 kg de peso. Este apresentou-se com crises de apneia, que justificaram intubação endotraqueal e ventilação assistida. A presença duma pneumonia, a concomitância com uma epidemia de infecção por vírus sincicial respiratório (VSR) e a medicação de suporte a uma ventilação assistida (sedação) atrasaram o diagnóstico de invaginação em três dias.

Comentário

Ambos os casos representam uma forma pouco conhecida de apresentação de invaginação intestinal e conhecida como a "forma letárgica de invaginação intestinal". A aparente ausência de dores abdominais, e a preponderância das manifestações neurológicas condicionam os erros de diagnóstico (1).

Em geral trata-se dum lactente muito jovem, que apresenta, como clínica preponderante, uma ou mais das seguintes manifestações neurológicas: hipotonia, sonolência, apatia, estado estuporoso, alteração flutuante da consciência, apneias ou convulsões. Para além da hipotonia e da aparente obnibulação, o exame neurológico em regra é normal (1).

Os sinais digestivos são frustes. Embora seja frequente haver vômitos, estes são geralmente relacionados com uma provável doença neurológica (1).

Esta preponderância das manifestações neurológicas, justifica que esta forma de apresentação seja também conhecida com forma "encefalopática" ou "pseudo-meningítica" de invaginação intestinal, e que cerca de três quartos destes casos realizem punção lombar (1).

A "intoxicação opiácea endógena por endorfinas provenientes dum intestino isquemiado" e a "libertação na corrente sanguínea de grande quantidade de neurotoxinas, essencialmente bacterianas de origem intestinal", são duas das explicações patogénicas hipotéticas para este quadro clínico num cérebro imaturo (1).

Conclusão

A experiência destes casos, associado à potencial informação no diagnóstico de invaginação intestinal, justifica que se recomende a realização duma ecografia abdominal em todo o pequeno lactente com alteração recente do estado de consciência (1).

1. d'Escricenne MM, Velin P, Filippigh P et al. Forme léthargique d'invagination intestinale aiguë du nourrisson. Arch Pédiatr 1996;3:44-6

Manuel Salgado

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 79-80

O Hospital

O Hospital não
presta dizem
todas as pessoas
mas quando de
lá saem já
vão boas!



No Hospital não há
gatos
mas há bonecos de
farrapos

O Hospital é
bom mas ninguém
quer lá estar!



Em Portugal
há muito
Hospital e um
deles é um
instituto maternal.



OS TALIBANS AMAMENTAM

H. Carmona da Mota

No Afeganistão, os talibans (machos estudiosos do Corão) determinam o comportamento religiosa e politicamente correcto das mulheres.

O fundamentalismo não é exclusivo do Médio-Oriente nem dos países de maioria muçulmana.

O excesso das campanhas anti-tabaco e da promoção do aleitamento materno lembra esse exagero.

Recortes do programa da série "Enviado especial", no canal 1 da RTP (dia 8 de Abril):

Primeiras imagens: "Ao nascer o RN deve..." Logo à nascença e já está em dívida. Poucos dias depois da morte do Dr. Benjamim Spock e ainda se referem os deveres do RN.

O mito da "pele com pele". As oscilações do pêndulo da moda "científica". Depois da onda dos berçários... para a mãe descansar, surge uma nova "revolução cultural", onde a "pele com pele" é o livro único do novo radicalismo dirigista "evidence based" q.b..

O RN do filme, com minutos de vida, é colocado sob a camisa da mãe. É evidente a máscara de dor da mãe. Este primeiro contacto "pele" da mãe com a vernix caseosa do RN será gratificante?

Estimulam-no a procurar (ou esperam que procure) o mamilo da mãe, para a fotografia. Tão cedo já é utilizado para promoção...

Um pediatra motivado dá uma aula (num curso de horas) sobre aleitamento materno a médicos/as e enfermeiras/os. Para ser bem professor é necessário saber do que se fala. Um saber de experiência feito?

A qualidade da voz do comentador do filme é muito boa. Uma voz masculina, uma vez mais, num programa que procura promover a amamentação.

Mas a voz é dum profissional da televisão. Ao ouvi-lo falar das vantagens da mama e dos malefícios da chupeta, ressoa a do documentário sobre as cheias do último inverno ou as pirâmides do Egipto.

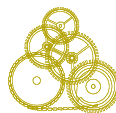
A câmara foca, descarada, uma enfermeira que empenhadamente dá um biberão a um recém-nascido, cuja mãe poderá e quererá amamentar. É de noite e a rotina dessa maternidade recomenda que a mãe descansa enquanto o seu filho bebe leite de vaca "à meia-noite e de madrugada...". Não valia a pena mostrar a diligente profissional se a atitude era criticável.

Não nos deixeis cair em tentação (de criticar radicalmente – como o estou a fazer) mas livrai-nos do mal (e dos fundamentalistas bem intencionados).

Amén.

Páscoa, 1998.

Protocolo



CRISE DE ASMA

Este novo protocolo tem em conta a unanimemente reconhecida maior eficácia da administração dos fármacos indicados, com o auxílio de câmaras expansoras.

Por esta razão, reservamos a utilização dos nebulizações clássicas para os casos em que as crianças não colaboram/toleram as câmaras ou quando, ao fim de 1 hora, a resposta não foi suficientemente boa. Nestes casos é proposta a utilização de Brometo de Ipratrópio em conjunto com o Ventilan®.

Estas alterações foram detalhadamente abordadas em Reunião Geral do Hospital Pediátrico.

Protocolo da Crise de Asma

FASE 1

a) Crise leve (PEF > 60%) e recente (< 24h)

Procaterol em câmara expansora – 2 *puffs* (20 µg) dose única

ou

Procaterol em sol. Resp. – dose única nebul.

0,3 ml em 2-3 ml S.F.

O₂ a 6 l/min.

Dose máxima (adulto) – 0,5 ml (12 gotas)

b) Crise moderada (PEF > 50%)

Câmara
expansora

salbutamol 100 µg

ou

terbutalina 250 µg

2 *puffs* 20 em 20 min.

nº 3 (1 hora)

c) Outras situações/alternativa

Nebulização com salbutamol sol. resp.:

0,15 mg/Kg/dose

20/20 min.

durante 1 hora

(nº 3)

mínimo 7 gotas

máximo 24 gotas (1 ml = 5 mg)

em 2-3 ml S.F.

O₂ 6l/min.

Alta ao fim de 1 hora

- Se a resolução da crise (pela clínica)
- Se PEF > 70% e SaO₂ > 95%
- Vide terapêutica para domicílio

FASE 2

— Crise que não resolveu na 1ª hora —

<ul style="list-style-type: none"> • Salbutamol sol. resp.: 0.15 mg/kg/dose Associar B. de Ipratrópio: 250 µg/dose • 1ª dose de PDN oral: 1 a 2 mg/kg/dose (máx. 60 mg) 	<ul style="list-style-type: none"> nebul. 20/20 min. mais 1 hora
<p>Crítérios para PDN oral <i>ab initio</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - corticodependentes - crise > 24 h sem resposta aos β₂ - necessidade anterior de PDN - virose associada (?)

Alta ao fim da 2ª hora se:

- resolução clínica
- PEF > 70%
- SaO₂ > 95%

FASE 3

— U.I.C.D. —

<ul style="list-style-type: none"> • O₂ q.b.p. SaO₂ > 95% • Manter: 	<p>Salbutamol sol. resp. 0,15 mg/kg/dose cada 20' mais 1 hora</p> <p style="text-align: center;">ou</p> <p>Salbutamol sol. resp. 0,5 mg/kg/hora contínuo (máximo 15 mg/hora)</p>
--	---

FASE 4

— U.I.C.D. —

— Crise que não resolveu na 1ª hora em U.I.C.D. —
(PEF < 40% SaO₂ < 90%)

<ul style="list-style-type: none"> • O mesmo que na FASE 3 • Associar aminofilina e.v. 6 mg/kg/dose 6/6h diluída S.F. (20-30') ou aminofilina e.v. contínua 0,9 mg/kg/hora • Associar PDN e.v. 1 a 4 mg/kg/24 h cada 6-12 h • Perfusão a 100% das necessidades com KCl
--

Cuidados na administração de aminofilina:

- evitar em crianças < 12M
- reduzir dose se criança a tomar teofilina retard:
 - ajuste obrigatório com teofilinémias 1ª, 8ª e 24ª horas (8-15 µg/ml)
- **Atenção!**
 - interacções (macrólidos, fenobarbital, cimetidina)
 - doença concomitante (renal, cardíaca, hepática, infecção viral)

FASE 5
— U.I.C.D. → U.C.I. —
— insucesso da fase 4 —

- Associar salbutamol e.v. (sol. 1000 µg/ml, a diluir em 500 ml de NaCl 0,9%=sol.10 µg/ml):
 - dose inicial — 1 µg/kg/min. durante 10'
 - depois, se nec., 0,2 µg/kg/min. durante 15' e aumento progressivo de 0,1 µg/kg/min. de 15/15' (max. 4 µg/kg/min.)
- Manter medidas anteriores
- ☞ U.C.I.
 - se $pCO_2 > 40$ mmHg a subir (apesar de taquipneia)
 - se insuficiência cardio-respiratória, exaustão ou acidose
- ☞ ventilação assistida se $pCO_2 > 65$ mmHg ou $pH < 7.2$

TERAPÊUTICA PARA O DOMICÍLIO

Alta após FASE 1

1. Manter no domicílio β -mimético (mínimo 1 semana).
2. Via inalatória sempre preferível (ensino prévio da técnica).

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 85-87

$\beta 2$ inaladores:	
salbutamol 200 µg cada 4 a 6 h	Ventilan® Rotacaps ou inal.
procaterol 10 µg cada 8 a 12h	Onsudil® inalador
terbutalina:	
inalador press: 250 µg cada 4 a 6 h	Bricanyl® inalador
turbobaler: 500 µg cada 4 a 6 h	Bricanyl® turbobaler

3. Se via inalatória impossível:

$\beta 2$ xaropes:	
procaterol, xar.: 0,5 ml/kg/dia 2 id (máx. 20ml/dia)	Onsudil®
salbutamol, xar.: 1,5 ml/kg/dia 4 id (0,15 mg/kg/dose)	Ventilan®
terbutalina, xar.: 0,8 ml/kg/dia 4 id (0,075 mg/kg/dose)	Bricanyl®

Alta após FASES 2, 3 e 4

1. O mesmo que na fase 1
2. Associar PDN oral 1-2 mg/kg/dia 2 id (3-5 dias)
3. Retomar terapêutica de manutenção
4. Informar pediatra assistente

H.P., Setembro de 1998
 José António Pinheiro

Revisões Bibliográficas



Um surto de tuberculose pulmonar a germe resistente entre estudantes universitários. E entre nós o que se passará?

Muito se tem dito e escrito nos últimos anos, no nosso país, sobre as razões pelas quais Portugal ocupa uma tão má posição, no contexto da União Europeia, relativamente à prevalência e à notificação de novos casos de tuberculose.

As publicações sobre Doenças Transmissíveis de Declaração Obrigatória que a Direcção Geral da Saúde mensalmente nos envia, não deixam margem para dúvidas sobre a muito preocupante situação em que nos encontramos.

A resistência do *B. tuberculosis* aos fármacos habituais vai alastrando dos imunodeficientes para a população que o não é.

Este estudo americano, realizado retrospectivamente, foi desencadeado pelo diagnóstico de tuberculose pulmonar resistente em quatro estudantes da mesma universidade.

O estudo epidemiológico dos mil e quatrocentos estudantes da instituição permitiu identificar dezoito alunos com tuberculose activa. Em nove dos treze casos em que houve culturas positivas de *M. tuberculosis* verificou-se que havia resistência à Isoniazida, Estreptomicona e Etionamida.

Nenhum membro do corpo docente tinha tuberculose.

Um estudante permaneceu infectado/contagioso durante 29 meses e foi o causador do surto. Um outro estudante permaneceu potencialmente contagioso durante cinco meses, até ao diagnóstico, e desenvolveu também resistências à Rifampicina e Etambutol.

No total, trinta e três por cento dos estudantes tinham um teste à tuberculina positivo. O risco de infecção foi substancialmente agravado para os contactantes mais directos com os infectados.

Ridzon R, Kent JH, Varway S e al. Outbreak of drug-resistant tuberculosis with second-generation transmission in a high-school in California. *J Pediatr* 1998; 131:863-868.

Atenção à *Chlamydia pneumoniae* em crianças com infecções respiratórias agudas, mesmo de baixa idade!

Ela existe e pode exigir terapêutica adequada!

Foram estudadas 360 crianças suecas com infecções respiratórias agudas. A investigação para a *Chlamydia pneumoniae* incluiu serologia para imunofluorescência (IgG, IgH, IgM) e esfregaços da nasofaringe ou da garganta, para P.C.R (polimerase).

Utilizando os resultados da P.C.R. obtiveram-se as seguintes prevalências, por idade (as variações correspondem ao sexo):

< 2A: 8-10%

2-4A: 17-19%

5-16A: 21-32%

Os esfregaços colhidos na faringe permitiram uma melhor recolha de células infectadas do que os na nasofaringe.

Os diagnósticos correspondentes aos casos com P.C.R. positiva foram: nasofaringe (46%), pneumonia (14%), asma (12%), laringotraqueíte e amigdalite 7% cada) e outros (14%): bronquite, otite e “tosse”.

A serologia foi considerada útil apenas para os casos com idade superior a 5 anos.

As crianças mais jovens podem ter manifestações mais benignas mas prolongadas.

Normann E, Gnärpe J, Gnärpe H, Wettergren B. *Chlamydia pneumoniae* in children with acute respiratory tract infection. Acta Paediatrica 1998; 87:23-27.

saúde
infantil

1998; 20/2: 89-90



Aos coleccionadores/assinantes da Saúde Infantil — oferta de números



Temos necessidade absoluta de libertar espaços ocupados com edições mais antigas da Saúde Infantil.

Assim, estarão gratuitamente à disposição dos interessados — desde que levantados directamente na sede da Asic — números da Saúde Infantil desde 1986 até ao nº 3/95.

Esta oferta mantém-se até 31.12.1998.

XV Curso de Pediatria Ambulatória

A 19 e 20 de Junho de 1998, realizou-se no Auditório da Reitoria da Universidade de Coimbra o XV Curso de Pediatria Ambulatória, organizado pela ASIC.

Tal como os precedentes, este curso era dedicado especialmente a todos aqueles que, na Zona Centro do País, prestam cuidados de Saúde a crianças e adolescentes em regime ambulatorio, quer no sector extra-hospitalar, quer nas consultas externas dos hospitais. No entanto, mais uma vez, foram recebidas inscrições dos mais variados pontos do País, do Minho ao Algarve e mesmo de Angra do Heroísmo, o que é sempre gratificante para os organizadores.

Dos 109 participantes, 78 eram médicos, 30 profissionais de Enfermagem e 1 educadora de infância. Entre os médicos, contavam-se 20 pediatras, 20 clínicos gerais, 15 internos de Pediatria e 14 internos de Clínica Geral.

O programa deste XV Curso incluía os seguintes temas:

- "Infecções respiratórias baixas", pelo Dr. Luís Lemos.
- "A criança hiperactiva", pelo Dr. J. E. Boavida Fernandes.
- "Tratamento da obstipação", pela Drª Paula Garcia.
- "Saber Saúde, viver Saúde com adolescentes", pela Enfª Celestina Velhuco.
- "Pielonefrite", pelo Dr. António Jorge Correia.
- "Artrite", pelo Dr. Nicolau da Fonseca.
- "Avaliação do crescimento", pelo Dr. Manuel Salgado.
- "Prevalência da obesidade na criança", pelo Dr. Luís Miguel Santiago.
- "Atendimento extra-hospitalar de situações agudas (equipamento e fármacos)", pelo Dr. Luís Lemos.
- "Medicação antipirética", pela Drª Mª da Graça D. Rocha.

Houve ainda a apresentação de casos clínicos do Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra.

Todos os prelectores eram deste hospital, excepto a Dr^a Paula Garcia, do Hospital Distrital de Aveiro, a Enf^a Celestina Velhuco, do Centro de Saúde de Odemira e o Dr. Luís Miguel Santiago, do Centro de Saúde de Santa Clara (Coimbra).

Nestes cursos, desde o primeiro, tem sido sempre pedido aos participantes o preenchimento de um inquérito, que permita aos organizadores tomar conhecimento das suas opiniões e críticas sobre o curso e das suas sugestões para cursos seguintes, designadamente sobre temas que gostariam que fossem abordados. Em cada ano, ao elaborar o programa do curso, têm sido consideradas as sugestões de participantes em cursos anteriores e, sempre que possível, incluídos os temas mais solicitados.

No curso deste ano foram recebidas 57 respostas a esse inquérito (41 de médicos, 15 de elementos de Enfermagem e 1 de educadora de infância).

A OPINIÃO GERAL SOBRE O CURSO foi, mais uma vez, francamente favorável. Pedia-se que fosse assinalada uma das seguintes respostas:

- "Conseguiu integralmente os objectivos"
- "Conseguiu bem os objectivos"
- "Conseguiu razoavelmente os objectivos"
- "Não conseguiu os objectivos"

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 91-96

Os resultados obtidos foram:

- | | |
|-----------------------|-------|
| — "Integralmente" | 29,8% |
| — "Bem" | 66,6% |
| — "Razoavelmente" | 1,8% |
| — "Não conseguiu" | 0,0% |
| — ? (1 não respondeu) | 1,8% |

Entre as CRÍTICAS destacamos:

- "Pareceu-me estarem menos pessoas do que habitualmente, quase as pessoas que vêm sempre. Se isso torna o ambiente menos formal, mais familiar, é no entanto preocupante pela menor divulgação da informação a nível de quem provavelmente mais necessitaria."
- "Curso um pouco monocórdico. Pouca dinâmica. Os mesmos intervenientes mas, note-se, sábias intervenções."
- "Há palestrantes que deviam aperfeiçoar a dicção."
- "Curso muito dirigido aos médicos, esquecendo os outros profissionais de Saúde."

- "É preferível apresentar menos temas mas mais detalhados."
- "Pouco tempo para discussão e debate. O curso deveria ser mais demorado."
- "Deve haver um microfone móvel. O acto de levantar para fazer perguntas limita."

De facto, o número de inscrições (109) foi inferior ao do ano passado (146). Quanto ao tempo para discussão e debate, estavam previstos no programa 20 minutos após cada intervenção, o que consideramos suficiente. Como, de modo geral, o horário foi cumprido, não vemos razão para o reparo que foi feito.

No que se refere à falta de um microfone móvel, há que reconhecer esta deficiência que continua a verificar-se no Auditório da Reitoria e que esperamos venha a resolver-se.

Houve também comentários elogiosos, compensadores para quem teve o trabalho de organizar o curso, dos quais citaremos:

- "Curso muito útil para a vida clínica do dia-a-dia. Bem hajam."
- "Todo o curso foi ótimo."
- "Eficiência prática, comentários sempre orientados para as situações mais frequentes e bom-senso."
- "Parabéns pelo interesse dos temas abordados e pela forma directa como foram apresentados. Fiquei agradavelmente surpreendido pela extrema pontualidade."
- "Intervenções bastante cativantes e com uma abordagem muito prática dos temas apresentados".
- "Excelente a ideia de fazer resumos escritos das apresentações."

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 91-96

No inquérito, pedia-se também aos participantes que sublinhassem as comunicações de que mais tivessem gostado. As que mais agradaram, tanto a médicos como a profissionais de Enfermagem, foram as seguintes:

- "Avaliação do crescimento" (93%)
- "Atendimento extra-hospitalar de situações agudas" (73%)
- "A criança hiperactiva" (54%)

As percentagens indicadas referem-se ao total das 57 respostas ao inquérito.

Os temas mais solicitados para futuros cursos de Pediatria Ambulatória foram os seguintes (indicando-se entre parênteses o número de participantes que os propôs):

- Temas de Gastreenterologia e Nutrição (18);
 - Alimentação (6); gastreenterites (4); dores abdominais (3).
- Temas de Neuropediatria (17):
 - Convulsões, epilepsia (9); cefaleias (3);
- Temas de Desenvolvimento (16):
 - Atrasos (5); avaliação (4);
- Temas de Infecçiology (15):
 - Tuberculose (5); doenças eruptivas (4).

Outras sugestões para próximos cursos:

“Mais casos clínicos.”

“Voltar a incluir o colóquio com diversos especialistas, que respondiam a perguntas da sala.”

“Haver um moderador convidado, para evitar o diálogo entre elementos do HPC.”

“Haver palestrantes dos hospitais distritais.”

“Durante a pausa para o café, servir também sumos, águas e biscoitos.”

Agradecimento à MILUPA pela sua valiosa colaboração.

Atenção: o XVI Curso de Pediatria Ambulatória decorrerá nos dias 18 e 19 de Junho de 1999.

A Abordagem da Morte na Criança e na Família

Coimbra, 10 ou 24 de Outubro de 1998

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 91-96

Local: Hotel D. Luís

Organização: Beatriz Pena e Luísa Simão

Secretariado: ASIC

Av. Bissaya Barreto 3000 Coimbra
Tel. (039) 480 335 Fax. (039) 484 464

Inscrição: 18.000\$00 Sócios da ASIC: 14 400\$00



Temas:

- Significado da morte
 - Morte esperada
 - Morte prematura
- Significado psicológico
 - O que é a morte?
 - Evolução do conceito de morte ao longo da vida
 - Reacção à morte iminente
 - Luto — normal e patológico
 - Luto na criança
 - Luto e doença crónica
- Doente terminal — conforto físico e psicológico
 - Cuidados paliativos
- O papel da família, da escola, da sociedade

V Seminário de Desenvolvimento

A criança com síndrome de Down

A criança com défice cognitivo

Coimbra, 19 e 20 de Outubro de 1998

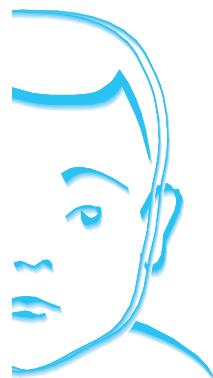
Local: Auditório da Reitoria da Universidade de Coimbra

Organização: Centro de Desenvolvimento da Criança — H.P.

Secretariado: ASIC

Av. Bissaya Barreto 3000 Coimbra
Tel. (039) 480 335 Fax. (039) 484 464

Inscrição: 10.000\$00 Sócios da ASIC: 8.000\$00



*saúde
infantil*

1998; 20/2: 91-96

19 de Novembro — 5ª Feira

Trissomia 21 (Síndrome de Down)

Da avaliação à intervenção

- 08.30h — Entrega de documentação
- 09.00h — Abertura
- 09.30h — Trissomia 21 (Síndrome de Down)
 - O que é?
 - O que pode ser feito?
- 10.15h — Programa de Intervenção Precoce da APPT 21: Resultados preliminares
- 11.30h — Desenvolvimento da linguagem e fala em crianças com síndrome de Down
- 15.00h — Consulta de trissomia 21 em Coimbra: os primeiros meses
- 15.30h — Ensino da leitura a crianças com síndrome de Down: efeitos no desenvolvimento cognitivo

20 de Novembro — 6ª Feira

Modelo TEACCH no Défice Cognitivo

Da avaliação à intervenção

- 09.00h — A criança com défice cognitivo
 - A abordagem médica
 - Avaliação do desenvolvimento
- 10.00h — PEP-R na avaliação da criança com défice auditivo
 - Material de avaliação
 - Metodologia
- 11.30h — TEACCH — Ensino estruturado para crianças com défice cognitivo e problemas de aprendizagem.
 - Racional para o ensino estruturado
- 14.30h — TEACCH (continuação)
 - Implementação prática do Método I
- 15.30h
 - Implementação prática do Método II
- 16.15h — Comunicações livres/casos clínicos

Convidados:

Jarl Formo	Birkelid Special Education Centre — Noruega
Miguel Palha	A.P.P.T. 21 — Hospital de Santa Maria
Susan Buckley	The Sarah Duffen Centre — Inglaterra
Synnøeve Løge	Birkelid Special Education Centre — Noruega

*saúde
infantil*

1998; 20/2: 91-96



Pé de Página
EDITORES

Título: **O Livro do Tó João**
1ª edição, Setembro de 1998

Pé de Página, Editores Lda
Rua Afrânio Peixoto, 70 - R/c
3030 Coimbra

20 ANOS DEPOIS...

Passaram 20 anos desde a morte do António João.

Após a sua morte reuni os cadernos de escola onde o Tó João escrevia (e que sempre incentivava), ordenei os seus trabalhos e fizemos, a 1 de Junho de 1980, uma edição «caseira», fotocopiada, de 50 exemplares logo esgotados pelos técnicos do Hospital.

Agora surgiu finalmente a oportunidade de uma publicação da sua obra, tal como está no original.

Então, afastei alguns fantasmas e procurei os pais do António João que logo me conheceram: «Ah Dona São o meu filho chamou por si no dia em que morreu...»

O tempo colocou uma neblina dourada nas minhas recordações de meninos doentes, morenos e frágeis, meigos e etéreos.

O tempo passou. Ficou sempre esta vontade grande de divulgar o imaginário poético que o António João viveu comigo. Aí a doença não o pode atingir.

Coimbra, 1998

Conceição Riachos