

saúde infantil

DEZEMBRO 1998

Más informantes

Terapêutica antibiótica em situações agudas
do ambulatório

Excesso ponderal e obesidade

A criança hiperactiva

Celulite da região orbitária

Complicações neurológicas da varicela

Crianças em risco?

Prevalência do aleitamento materno

O ciúme entre irmãos

Protocolo — Choque anafiláctico

Um olhar europeu sobre os serviços de saúde
portugueses

Texto de apoio — Um caso inesquecível
— 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	3 000\$00
Sócios da ASIC	2 500\$00
Estrangeiro	3 500\$00
PALOPs	3 000\$00
NÚMERO AVULSO	1 500\$00

Tiragem: 1100 exemplares

Concepção Gráfica e Paginação Electrónica:RPM, Ideias e Comunicação, Lda
Rua Afrânio Peixoto, nº 70, r/c — 3000-013 COIMBRA
Telef./Fax: (039) 70 33 32**Montagem e impressão:**

Norprint, Artes Gráficas S.A.

Depósito Legal nº 242/82



Impresso em papel reciclado

HOSPITAL PEDIÁTRICO DE COIMBRA

nesto
número

saúde
infantil

Nº 20/3 — DEZEMBRO — 1998

EDITORIAL**MAS INFORMANTES** 3

Luís Januário

**TERAPÊUTICA ANTIBIÓTICA EM SITUAÇÕES AGUDAS DO
AMBULATORIO PEDIÁTRICO: PARA UM CONSENSO
CLÍNICA GERAL-PEDIATRIA** 5

Luís Lemos

**EXCESSO PONDERAL E OBESIDADE EM JOVENS -
ESTUDO OBSERVACIONAL DE BASE POPULACIONAL** 13Luiz Miguel Santiago, Eugénia Paula Mesquita,
Isabel Maria Carvalho, Maria da Graça Rocha**A CRIANÇA HIPERACTIVA** 21

José Eduardo Boavida, Helena Porfírio, Susana Nogueira, Luís Borges

CELULITE DA REGIÃO ORBITÁRIA 33Célia Madalena, Miguel Costa, Teresa Oliva,
Margarida Guedes, Tojal Monteiro**COMPLICAÇÕES NEUROLÓGICAS DA VARICELA** 43Fátima Santos, Paula Fonseca, M. Gomes Costa,
J. Dias Sousa, Teresa Temudo**CRIANÇAS EM RISCO?** 49

Nuno Pereira, Carlos Prior, Cristina Antunes, Helena Baía, Teresa Lopes

**PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO NOS PRIMEIROS
SEIS MESES DE VIDA** 59

Luísa Martins Rocha, António Gomes

O CIÚME ENTRE IRMÃOS 67

Joana Lopes

A CIÊNCIA MÉDICA HÁ CEM ANOS 72**TEXTOS DE APOIO DA CONSULTA DE PEDIATRIA GERAL
OBESIDADE NA CRIANÇA** 73

Luísa Macieira

CASO CLÍNICO**CHOQUE ANAFILÁCTICO** 77

Joana Mesquita, Luís Lemos

OPINIÃO 81**UM OLHAR EUROPEU SOBRE OS SERVIÇOS
DE SAÚDE PORTUGUESES**

H. Carmona da Mota

UM CASO INESQUECÍVEL**MA PROGRESSÃO PONDERAL E IRRITABILIDADE** 83

NUM RECEM-NASCIDO

Manuel Salgado

PROTOCOLO**CHOQUE ANAFILÁCTICO** 87

Luís Lemos

REVISÕES BIBLIOGRÁFICAS 90**INFORMAÇÕES** 94

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.

MÁS INFORMANTES

O menino tinha chegado durante a madrugada, transferido de outro hospital e estava muito doente, pálido, imóvel, voltado para a mãe, uma humilde mulher do interior. Um interno lê a história, parca de pormenores. Tudo começara há dias quando a mãe ouvira o bebé gemer e o encontrara febril, encharcado em suores. Alguém pede detalhes sobre a evolução da doença e ele responde evasivo: “A mãe é má informante, confusa”. E pelos vistos surda, ou falante de uma qualquer outra língua que nos permite falar da doença do filho, ali junto à cama, baixando a voz mas não o suficiente para que, se o quiser, ela nos ouça. E já nos embrenhávamos nos exames laboratoriais, nas hipóteses diagnósticas, nos mecanismos fisiopatológicos, quando o menino suspendeu o olhar num ponto imperceptível acima do ombro da mãe e ficou assim, parado, com uma atenção absurda a um lugar onde nada acontecia. Num instante a mãe levantou-se e começou a chorar, em surdina. Afastou-se lentamente até à porta da sala e depois virou-se para nós: “o que é que o meu filho tem?”

Mães humildes, silenciosas, que nunca ninguém ouviu. Raparigas a quem provavelmente o *entertainment* boçal de sexta à noite ou a revista de coração prometeu um sonho como o da duquesa do Quente e encontraram apenas aquele rapaz, tímido quando ao domingo visita o hospital, que a fez rir um dia quando se meteu nos copos e disse umas graçolas e agora, suprema intimidade, lhe arreia regularmente. Mulheres já tão envelhecidas, vindas dos sítios improváveis. Mães de recém-nascidos internados: uma tem os úberes enfaixados por varizes largas e sinuosas, outra é tão magra que o corpo parece ser só a armação esquelética das mamas, todas dobradas ao ritual extractivo de um leite interdito aos filhos em pausa alimentar.

Elas sabem a *história* da doença, a hora em que as coisas mudaram, o bebé deixou de mamar, começou a respirar de maneira diferente, tremeu com as mãos, chorou estranhamente, gemeu, deixou de ser o que era. Essa história — que pode não coincidir com a dos compêndios e manuais, elas contarão a quem as souber ouvir.

Luís Januário

TERAPÊUTICA ANTIBIÓTICA EM SITUAÇÕES AGUDAS DO AMBULATÓRIO PEDIÁTRICO: PARA UM CONSENSO CLÍNICA GERAL-PEDIATRIA

Luís Lemos¹

RESUMO

A utilização ponderada de medicamentos antibacterianos é cada vez mais importante, face à crescente resistência (e multiresistência) das bactérias.

É na patologia infecciosa do ambulatório – nomeadamente pediátrico – que se utilizam mais antibióticos mas é sabido que nas infeções respiratórias – as predominantes – o diagnóstico etiológico não é fácil.

Não há forçosamente paralelismo entre as resistências de estirpes hospitalares e as dos mesmos germes prevalentes no ambulatório.

A experiência tem-nos revelado que é ainda possível tratar com êxito a maioria das infeções agudas do ambulatório que afectam crianças previamente saudáveis, utilizando na primeira linha meia dúzia de fármacos: Amoxicilina, Amox.+Ac. Clavulânico / Cefalosporina 2^a geração, Cotrimoxazol, Macrólide e Flucloxacilina.

Palavras-chave: terapêutica antibiótica, ambulatório pediátrico.

SUMMARY

Because of the increasing resistance of bacteria all around the world, we need to promote the judicious use of antibiotics, when we need them!

Antibiotics are mostly used in infectious diseases seen in the ambulatory – namely in the pediatric ones.

We know that it isn't easy to obtain microbiologic data in the more prevalent respiratory infections.

Antibiotic susceptibility patterns are not the same among hospitalar and extra-hospitalar bacteria.

Some data from our ambulatory department and our own experience show us that in a previously healthy child it's yet possible to treat, on the first line, the great majority of pediatric infectious diseases from the ambulatory, with a very few antibiotics: Amoxicilin, Amoxicilin+A.Clav. / Cef. 2th, Cotrimoxazol, Macrolide and Flucloxacilin.

Keywords: antibiotic therapy, office paediatrics.

1 Chefe de Serviço, Hospital Pediátrico de Coimbra.

Introdução

É dado corrente e não controverso que a utilização de antibióticos em larga escala e muitas vezes de modo inadequado tem contribuído, em todo o mundo, para uma crescente e cada vez mais preocupante resistência (e multiresistência) das bactérias (1, 2).

Estas resistências são muito mais frequentes em meio hospitalar – germes colhidos em doentes com patologias complexas e/ou com prolongadas hospitalizações mas acabam por afectar potencialmente alguns germes que estão na origem de infecções extra-hospitalares frequentes (*S. pneumoniae*, *E. coli*, *H. influenzae*...)(3).

Um dos problemas com que estamos confrontados é que a distribuição e percentagem dessas bactérias resistentes é, nas regiões em que estes dados são monitorizados, muito variável de país para país. Por outro lado, estes parâmetros estão em plena e permanente evolução – e felizmente nem sempre no pior sentido(4)! Há, pois, que ser muito prudente em relação aos aconselhamentos terapêuticos, venham eles de onde vierem, que desconheçam os dados microbiológicos existentes no país, sobre a problemática em causa.

Por razões bem conhecidas não é fácil obter dados microbiológicos de algumas das infecções do ambulatório, nomeadamente da maioria das responsáveis pelo grande volume de prescrição de antibióticos: as infecções respiratórias altas ou baixas (5, 6). A valorização da importância do conhecimento – sempre que possível – dos germes e respectivas sensibilidades aos antibióticos, tem permitido, através de estudos pontuais e bem dirigidos, orientar com mais rigor a terapêutica antibiótica nalgumas daquelas situações clínicas do ambulatório: infecções urinárias, otites médias agudas, amigdalites estreptocócicas (7).

Outros estudos multicêntricos e multinacionais (projectos Alexander, Artemis) permitem conhecer melhor o que se passa com outras infecções extra-hospitalares frequentes.

E é importante reflectir regularmente sobre a utilização institucional/local dos antibióticos e a sua eficácia clínica (8).

Os médicos da carreira de Clínica Geral e os Pediatras podem ter uma actuação relativamente consensual, cientificamente actualizada, ou seja contribuirão muito positivamente para rentabilizar melhor e utilizar por mais tempo e com menos danos, os antibióticos de que dispomos actualmente (9, 10).

No quadro resumimos as sugestões que permitem, perante uma criança habitualmente saudável e com uma daquelas infecções agudas, a utilização de um limitado mas actualmente bem eficaz, grupo de fármacos anti-infecciosos.

saúde
infantil

1998; 20/3: 5-11

Situações infecciosas agudas do ambulatório

Fármacos eficazes na primeira linha		
	Antibiótico	
I. respiratórias altas	? /	(Amoxicilina)
Amigdalites	? /	(Amoxicilina / Macróido)
Otites médias agudas	? /	(Amoxicilina / Cotrimoxazol)
Bronquites agudas	? /	(Amoxicilina / Macróido)
Pneumonias		(Amox.+Ac Clav. / Cef. 2ª Amoxicilina / Macróido)
I. cutâneas / Tec. Moles		(Flucloxacilina)
I. urinárias baixas		(Cotrimoxazol)

Infecções respiratórias altas

A grande maioria (rinite, rino-faringite com maior ou menor inflamação, com ou sem febre e/ou tosse) não são de origem bacteriana (5, 9, 11-13)!

Os casos a medicar com antibióticos seriam as rino-adenoidites com corrimento posterior e/ou anterior purulento que, após alguns dias de evolução, têm tendência a agravar-se (febre mais elevada, estado geral afectado) – visto que nestas situações pode suspeitar-se de uma infecção/sobre-infecção bacteriana.

As bactérias mais habitualmente identificadas são o *S. pneumoniae*, *H. influenzae* tipo b ou não tipáveis, *M. catarrhalis* e *S. pyogenes*.

A Amoxicilina atinge bem uma elevada percentagem destes germes. Por outro lado trata-se de infecções benignas, pelo que é perfeitamente possível aguardar a evolução sob terapêutica, durante alguns dias, sem prejuízo para o doente. Se a evolução não for satisfatória, adaptar-se-á a terapêutica.

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 5-11

Amigdalites

A maioria são de etiologia viral (14)!

Nos casos de etiologia bacteriana (muito raros abaixo dos 3 anos de idade e não acompanhados de rinite e/ou tosse) o germe em causa é o *S. pyogenes* Gr A (15-16).

Não existe actualmente a nível mundial resistência conhecida deste germe à Penicilina (pelo que não tem qualquer lógica administrar, na primeira linha, para esta situação, antibióticos mais ou menos potentes contra germes produtores de beta-lactamases) (17).

No nosso país e face à ausência de comercialização da Penicilina V (oral), a Amoxicilina parece-nos uma boa escolha (outras hipóteses são um Macróido ou até uma Cefalosporina de 1ª geração), por não terem um espectro demasiado alargado (18).

Otitis médias agudas

Cerca de 80-90% evoluem espontaneamente bem (19). Nalguns estudos cerca de 30% são de etiologia viral (12, 20).

Quando estão em causa bactérias, as que predominam são, como para as infecções respiratórias altas e sinusites agudas o *S. pneumoniae*, *H. influenzae* (sobretudo os não tipáveis) e a *M. catarrhalis*.

A capacidade do organismo humano se desembaraçar espontaneamente destas bactérias a nível timpânico é variável: a grande maioria das *M. catarrhalis* desaparece nos dias seguintes ao seu isolamento e, no polo oposto, apenas 20% dos *S. pneumoniae* teriam essa evolução. Os *H. influenzae* teriam uma evolução intermediária (21).

No nosso contexto nacional, em que não é muitas vezes possível assegurar uma vigilância clínica regular da evolução, parece-nos lógico que, em princípio e sobretudo na área da Clínica Geral, estas situações sejam medicadas com um antibiótico. Mas, em caso de dúvida de diagnóstico, nunca medicar (22, 23)!

A Amoxicilina é o fármaco da primeira linha visto que o pneumococo é o germe predominante e é-lhe bem sensível, na maioria dos casos (21).

saúde
infantil

1998; 20/3: 5-11

Bronquites (ou traqueo-bronquites) agudas

Estas situações, maioritariamente de etiologia viral, são frequentemente precedidas de catarro respiratório superior, febril ou não. O estado geral está habitualmente conservado. A tosse (por vezes precedida de dor de garganta) pode ser inicialmente seca e depois produtiva. Os roncós (às vezes acompanhados de sibilos) modificam-se ou desaparecem com a tosse (5, 9). Não há estridor.

Só se justificaria introduzir um antibiótico se o quadro se manifestasse por uma alteração progressiva do estado geral, uma persistência ou elevação da temperatura ou um aumento das queixas respiratórias.

A Amoxicilina estaria bem indicada pelas razões acima já expostas. Em crianças de idade escolar, podem estar em causa o *Mycoplasma pneumoniae* ou a *Chlamydia pneumoniae*, pelo que um Macrólido poderá ser uma boa escolha inicial (25, 26).

Tratando-se de situações em regra benignas há tempo para, em caso de não resposta à terapêutica inicial, escolher a melhor alternativa.

Pneumonias

Embora muitos casos nos primeiros 2 anos de vida, possam ser de etiologia viral, é impossível (ou quase) ter a certeza quanto ao germe em causa.

Por isso é frequente a medicação antibiótica com base na probabilidade, tendo em conta as bactérias mais frequentes, na idade em causa (6, 27).

Nos primeiros 2-3 anos de vida é indicada a prescrição de fármacos que sejam activos contra *H. influenzae* b resistentes à Ampicilina/Amoxicilina e contra o *S. pneumoniae* (partindo do princípio, apoiado na experiência actual, que este último germe provavelmente é, na maioria dos casos do ambulatório, sensível à Penicilina). Por isso, a prescrição de uma associação Amoxicilina./Ac. Clavulânico ou de uma Cefalosporina de 2ª geração é lógica (6).

Nas crianças de idade escolar ou sempre que haja uma pneumonia lobar/segmentar num quadro clínico (e eventualmente hematológico) evocador de infecção a *S. pneumoniae*, utilizamos frequentemente e com êxito regular, a Amoxicilina. Nestas idades (e por vezes antes) um Macrólido poderá ser a única terapêutica eficaz, em caso de infecção a *Mycoplasma pneumoniae* ou a *Chlamydia pneumoniae* (25, 26, 28).

Infecções cutâneas/tecidos moles

Os germes em causa são fundamentalmente o *Staphylococcus aureus* e o *Streptococcus pyogenes*, sendo o primeiro certamente predominante nas feridas infectadas, adenites, celulites e impétigo e o segundo na erisipela.

Não estão habitualmente em causa nestas infecções germes gram- (a não ser nas celulites peri-orbitárias/orbitárias, com ponto de partida em infecção dos seios peri-nasais, sem porta de entrada exterior).

A Flucloxacilina é o antibiótico de escolha para o *S. aureus* (a resistência desta bactéria a este antibiótico, no ambulatório, é actualmente muito pouco frequente) e é activa também contra o *S. pyogenes* (29). Tem ainda a vantagem de não destruir a flora fisiológica gram-do organismo.

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 5-11

Infecções urinárias baixas (sem febre)

A *E. coli* é o agente causal na esmagadora maioria dos casos.

Este germe, no ambulatório, é ainda bem sensível (em cerca de 85% dos casos, na nossa experiência) ao Cotrimoxazol (29). Vale a pena, por isso, tentar esta terapêutica, em regra eficaz, de fácil adesão (2 tomas/dia) e económica.

Conclusão

As referências bibliográficas nacionais e estrangeiras, a monitorização microbiológica dos germes do ambulatório que vimos seguindo há alguns anos e a prática clínica assente num

número considerável de casos, confirma-nos que é possível, em crianças previamente saudáveis, utilizar meia dúzia de fármacos antibacterianos para terapêutica na primeira linha, das infecções agudas mais frequentes do ambulatório. Deixemos, pois, para os muito poucos casos que não reagem suficientemente bem a alguns dias daquela terapêutica, a utilização de outros antibióticos mais potentes e de maior espectro (e mais caros) – que, além do germe que pretendemos destruir, vão também eliminar uma boa parte da flora fisiológica do nosso organismo e permitir a eclosão/ proliferação das estirpes que lhe são/serão resistentes.

BIBLIOGRAFIA

1. Murray B. Can antibiotic resistance be controlled? N E J Med 1994;330:1229-1230.
2. Schwartz B, Bell D M, Hughes J M. Preventing the emergence of antimicrobial resistant. J A M A 1997;278:944-945.
3. Cristino MJ, Calado E, Calheiros I M et al. Estudo multicêntrico de microorganismos isolados e de resistência aos antimicrobianos em dez hospitais portugueses em 1994. Acta Med Port 1996;9:141-150.
4. Seppala H, Klaukka T, Vuopio-Varkila J et al. The effect of changes in the consumption of macrolide antibiotics on erythromycin resistance in group A streptococci in Finland. N E J Med 1997;337:441-492.
5. Nyquist A C, Gonzalez R, Steiner J F et al. Antibiotic prescribing for children with colds, upper respiratory tract infections and bronchitis. J A M A 1997;279:875-878.
6. Isaacs D. Problems in determining the etiology of community-acquired childhood pneumonia. Ped Infect Dis J 1989;8:143:148.
7. Taborda A, Drago H, Sarabando J, Lemos L. Resistências bacterianas de E.coli, H.influenzae, S.pneumoniae não hospitalares. Rev Port D Infec 1994;2:89-92.
8. Lemos L, Rocha G. A utilização de antibióticos num Serviço de Urgência pediátrica. Saúde Infantil 1995;3:5-18.
9. Bauchner H, Philipp B. Reducing inappropriate oral antibiotic use: a prescription for change. Pediatrics 1998;102:142-145.
10. Straand J, Rockstad K, Heggedal U. Drug prescribing for children in general practice. A report from the More & Romsdal prescribing study. Acta Paediat 1998;87:218-224.
11. Schwartz R H, Freij B J, Ziai M, et al. Antimicrobial prescribing for acute purulent rhinitis in children: a survey of pediatricians and family practitioners. Pediatr Infect Dis J 1997;16:185-190.
12. Dowell S, ed. Principles of judicious use of antimicrobial agents for pediatric upper respiratory tract infections. Pediatrics 1998;101(suppl):163-184.

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 5-11

13. Davy T, Dick P T, Munck P. Self-reported prescribing of antibiotics for children with undifferentiated acute respiratory tract infections with cough. *Pediatr Infect Dis J* 1998;17:457-462.
14. Van Cauwenberge P B, Mignbrugge A M V. Pharyngitis: a survey of the microbiologic etiology. *Pediatr Infect Dis J* 1991;10:S 39-42.
15. Stanford T S. Streptococcal pharyngitis: diagnostic considerations. *Pediatr Infect Dis J* 1994;13:567-571.
16. Klein J O. Management of Streptococcal pharyngitis. *Pediatr Infect Dis J* 1994;13:572-575.
17. Macris M H, Hartman N, Murray B et al. Studies of the continuing susceptibility of group A streptococcal strains to penicillin during eight decades. *Pediatr Infect Dis J* 1998;17:377-381.
18. Cohen R, Levy C, Doit C, et al. Six-day amoxicillin vs. ten-day penicillin V therapy for group A streptococcal tonsillopharyngitis. *Pediatr Infect Dis J* 1996;15:678-682
19. Hirschmann J V. Methods for decreasing antibiotic use in otitis media. *Lancet* 1998;352:672.
20. Pass R F. Infecção respiratória viral e otite média. *Pediatrics* (ed. Port.) 1998;6:422-423.
21. Barret E D, Klein J O. The problem of resistant bacteria for the management of acute otitis media. *Ped Clin N Amer* 1995;42:509-517.
22. Culpepper L, Froom J. Routine antimicrobial treatment of acute otitis media: is it necessary? *J A M A* 1997;278:1643-1645.
23. Majeed A, Harris T. Acute otitis media in children – fewer children should be treated with antibiotics. *Br Med J* 1997;315:321-322.
24. Phelan P D, Olinsky A, Robertson C F. *Respiratory Illness in Children*, 4th ed. Blackwell Scientific Pub., Oxford, 1994.
25. Mccracken Jr G H. Microbiologic activity of the newer macrolide antibiotics. *Pediatr Infect Dis J* 1997;16:432-437.
26. Tarlow M, Block S L, harris J et al. Future indications for macrolids. *Pediatr Infect Dis J* 1997;16:457-462.
27. Pechère J C. *Community acquired pneumonia in children*. Cambridge Medical Publications. Cambridge. 1995.
28. Block S, Hammerschlag M R, Cassel G H et al. *Mycoplasma pneumoniae* and *Chlamydia pneumoniae* in pediatric community-acquired pneumonia: comparative efficacy and safety of clarithromycin vs. erythromycin ethylsuccinate. *Pediatr Infect Dis J* 1995;14:471-477.
29. Ribeiro C, Beorlegui M, Silva P et al. Resistências bacterianas de *Escherichia coli*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* e *Staphylococcus aureus* não hospitalares. *Rev Port D Infec* 1997;20(4):231-234.

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 5-11

EXCESSO PONDERAL E OBESIDADE EM JOVENS — ESTUDO OBSERVACIONAL DE BASE POPULACIONAL

Luiz Miguel Santiago¹, Eugénia Paula Mesquita²,
Isabel Maria Carvalho¹, Maria da Graça Rocha¹

RESUMO

Realizou-se um estudo observacional transversal em jovens e adolescentes (idade 6 meses a 14 anos) de características suburbanas do Concelho de Coimbra, para determinação da prevalência da situação de excesso de peso/obesidade. Como critério diagnóstico utilizou-se o Índice de Massa Corporal (IMC), em situação acima dos Percentis 90 e 97 de tabela europeia. Numa população de 511 indivíduos foram efectuados 168 diagnósticos (32,87%) de excesso de peso/obesidade (acima do percentil 90) e, 19,56% acima do percentil 97, sendo maior a prevalência entre os jovens do sexo masculino ao mesmo tempo que esta aumenta com o avançar da idade, particularmente após a entrada para a escola primária.

Os resultados obtidos sugerem um futuro marcado impacto face à envolvente psico-social da adolescência e aos custos directos e indirectos que a obesidade pode desencadear, pelo que é necessária a) educação para a saúde bem cedo na Escola Primária (alimentação saudável e exercício físico), b) formação higieno-dietética dos funcionários das cantinas dos estabelecimentos de ensino e c) a realização de outros estudos que permitam validar os valores agora encontrados.

Palavras-chave: jovens, adolescentes, obesidade, índice de massa corporal.

SUMMARY

A cross-sectional study was carried out to determine the prevalence of overweight/obesity amongst children and adolescents in the centre of Portugal. As diagnostic criterion we used the Body Mass Index (BMI) according to Percentile tables, when BMI was above P90 or P97. 511 children were studied and 168 diagnostics

1 Assistente Graduado de Clínica Geral 2. Enfermeira
Centro de Saúde de Santa Clara, Coimbra.

were made (32,87%) above P90 and 19,56% above P 97. Prevalence was higher among males and increased with age. The results showed that both in males and females there was a higher prevalence of individuals with $P>97$ than $P>90<97$.

These results show that the prevalence of overweight/obesity is greater than what has been published in international literature, more important between males and increasing with age. This situation could have a future marked impact in view of the psico-social ambience in adulthood, and of the costs both direct and indirect it may originate, therefore being important to educate youngsters towards healthy feeding and physical exercise and to increase professional knowledge about how to cook and what to sell between bar-tenders of schoolbars and restaurants.

Keywords: youth, adolescents, obesity, overweight, body mass index.

Introdução

A prevalência da obesidade tem vindo a aumentar tanto em crianças como em adolescentes, com especial relevo na última década, como alguns estudos populacionais prospectivos têm vindo a mostrar (1,2,3).

A obesidade é definida como aumento do peso corporal devido ao excesso de massa gorda (4). O diagnóstico da situação de excesso de peso/obesidade em crianças e adolescentes, não tem critérios consensualmente aceites (1,3,5), sendo eventualmente necessária a aplicação simultânea de vários tipos de metodologias para efectuar tal diagnóstico (6).

A determinação do excesso de peso/obesidade pode ser feita por vários métodos como:

- a) determinação da espessura da prega tricipital e da prega cutânea abdominal;
- b) meios imagiológicos;
- c) consulta de tabelas antropométricas específicas (7,8);
- d) determinação das relações entre peso e altura (P/A), a relação entre o peso em Kg e o quadrado da altura em metros (Índice de Massa Corporal — IMC) e relação entre peso e altura ao cubo (Índice de Rohrer) (9).

Estes últimos métodos têm a vantagem de ser facilmente realizáveis e aplicáveis em larga escala, não dependendo da experiência individual na colheita dos valores a avaliar.

Com base em extensos rastreios com origem nos Estados Unidos (8) — relação peso/altura — e Europa (9) — Índice de Massa Corporal —, foram realizadas tabelas de relacionamento entre peso e altura para fácil determinação desta situação. O IMC é a medida mais adaptada à avaliação do excesso de peso/obesidade em estudos populacionais (9). Tem sido de grande importância a consideração do ritmo de crescimento da criança que, não sendo linear, introduz variações importantes para o diagnóstico do excesso de peso/obesidade (6,9,10).

A importância da determinação do excesso de peso e da obesidade na infância e na adolescência, reside no facto de que crianças obesas podem tornar-se adultos obesos com todas as implicações, em termos de morbilidade e mortalidade, — particularmente se há obesidade em um dos progenitores (12)—, que esta situação pode acarretar (2,3,11), nomeadamente:

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 13-20

- a) Aumento do tecido adiposo com sobrecarga de trabalho cardíaco;
- b) Aumento da tensão arterial e das concentrações lipídicas;
- c) Hiperinsulinemia;
- d) Complicações psico-sociais da obesidade, mais sentidas na adolescência (13);
- e) Importância dos custos do exame de tais crianças, para avaliação da causalidade e das consequências de tal excesso ponderal (14).

Segundo trabalhos realizados em populações que não a portuguesa, a obesidade entre jovens pode situar-se entre os 18 e 30 % (6) e os 25 e 30% (10). Em Portugal, não são conhecidos estudos publicados que dêem a conhecer a realidade desta situação.

Assim, para colmatar este défice de conhecimento, foi delineado um estudo observacional tendente ao conhecimento da situação excesso de peso/obesidade em população jovem ambulatoria numa região de características suburbanas e rurais no concelho de Coimbra, utilizando os dados antropométricos peso e altura.

Material e métodos

Estudo observacional transversal, realizado nos meses de Outubro, Novembro e Dezembro de 1997, através da colheita da altura e do peso, de crianças da área geográfica das freguesias de Almalaguês, Antanhol, Assafarge e Castelo Viegas, do Concelho de Coimbra e abrangidas na área de influência da Extensão de Saúde de Marco dos Pereiros (três ficheiros de médicos de Clínica Geral).

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 13-20

Apenas foi colhida uma medida por cada elemento da amostra, o que, para os nascidos em 1997, implicou a sua avaliação à idade de seis meses (nascimento em 1997 até ao mês de Junho). Para os restantes foi feita colheita dos dados antropométricos na data mais aproximada da data de aniversário.

Para a população frequentando os Ciclos Básico e Preparatório do Ensino Obrigatório, foram colhidos os dados antropométricos nas respectivas escolas, sendo utilizados sempre os mesmos meios de exame — balança e craveira — em iguais circunstâncias de horários e condições de colheita. Foi realizado estudo da espessura da prega tricipital para os casos duvidosos em que a aparência não parecia corresponder a obesidade.

Dados os específicos problemas do crescimento das crianças, foram adoptados como padrões para determinação de excesso de peso/obesidade (casos), o valor do Índice de Massa Corporal nas seguintes definições (6,9):

Excesso de peso Percentil superior a 90 de acordo com (9);

Obesidade como situação de situação acima do Percentil 97 da aludida tabela.

O trabalho de análise estatística dos dados foi feito com recurso ao programa informático SPSS for MS Windows Release 6.0. Foram utilizadas medidas estatísticas de tendência central e de dispersão e, para a comparação entre médias, utilizou-se o teste T de Student para dados não emparelhados, considerando-se significância estatística para valores de $p < 0,05$ (ou $< 0,001$).

Resultados

A população nesta faixa etária, calculada para o Distrito de Coimbra, com base no Censo Populacional de 1991 (15) é a constante do Quadro I.

IDADE	MASCULINO		FEMININO	
	N	%	N	%
6 meses	2150	52.8	1920	47.2
1 ano	2060	51.2	1960	48.7
2 anos	2170	51.7	2030	48.3
3 anos	2110	49.8	2130	50.2
4 anos	2220	52.3	2020	47.7
5 anos	2080	52	1920	48
6 anos	2170	51.8	2020	42.8
7 anos	1960	49.9	1970	51.1
8 anos	2090	51	2010	49
9 anos	2080	51	2000	49
10 anos	2270	50.8	2200	49.2
11 anos	2520	52.2	2310	47.8
12 anos	2540	50.6	2480	49.4
13 anos	2780	52.3	2640	48.7
14 anos	2820	51.4	2670	48.6

Quadro I — População jovem no distrito de Coimbra.

Fonte: INE - estimativas da população residente em 1995

saúde
infantil

1998; 20/3: 13-20

No Quadro II é apresentada a amostra. Em ambos os quadros é fornecido o número absoluto de indivíduos por géneros em cada faixa etária e a percentagem que tal número significa em relação ao total dos indivíduos da mesma idade.

Idade	MASCULINO		FEMININO	
	n	%	n	%
6 meses	16	66.6	8	33.4
1 ano	18	54.5	15	45.5
2 anos	20	64.5	11	35.5
3 anos	14	48.3	15	51.7
4 anos	16	57.1	12	42.9
5 anos	10	33.3	20	66.6
6 anos	26	56.5	20	43.5
7 anos	20	50	20	50
8 anos	25	55.5	20	44.5
9 anos	16	57.2	12	42.8
10 anos	12	80	3	20
11 anos	21	63.6	12	36.4
12 anos	19	38.8	30	61.2
13 anos	11	50	11	50
14 anos	33	55.9	26	44.1

Quadro II — A amostra por géneros.

Esta amostra de 511 indivíduos, sendo 277 (54,2%) do sexo masculino e 234 do sexo feminino (45,8%), apresenta as medidas de dispersão e tendência central constantes do Quadro III.

	IDADE	IMC
Média	7,466	18,047
Mediana	7	17,468
Moda	14	14,648
Desvio padrão	4,345	3,168
Mínimo	6 meses	8,460
Máximo	14 anos	30,963

Quadro III — Medidas de tendência central e de dispersão da amostra.

A aplicação da tabela de Percentis — padrão para este estudo —, encontra-se no Quadro IV e revelou haver 168 casos (32,8%) para IMC acima do percentil 90 e 100 indivíduos (19,56%) acima do Percentil 97. No sexo masculino foram efectuados 106 diagnósticos de excesso de peso/obesidade (38,26%) e no sexo feminino foram efectuados 62 diagnósticos (24,5%). De acordo com o Quadro IV é maior o número de casos situados acima do Percentil 97 tanto no sexo masculino como no feminino com respectivamente 65 e 35 casos.

Idade	MASCULINO		FEMININO		Total
	> Percentil 90 (n)	> Percentil 97 (n)	> Percentil 90 (n)	> Percentil 97 (n)	
< 6 anos	16	12	5	6	39
6 - 9 anos	17	29	4	17	67
> 10 anos	8	24	18	12	62
Total n	41	65	27	35	168

Quadro IV — A distribuição da amostra por sexos para IMC superior aos Percentis 90 e 97.

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 13-20

As medidas de tendência central e dispersão dos casos, quanto à idade e ao IMC são fornecidas no Quadro V.

		PERCENTIL 90-97 (N=68)	PERCENTIL > 97 (N=100)
Idade	Média	7,54	8,23
	Mediana	8	8
	Moda	12	8
	Desvio padrão	4,58	3,69
IMC	Média	18,957	21,87
	Mediana	18,779	21,725
	Moda	16,909	18,921
	Desvio padrão	1,589	3,395
	Mínimo	16,518	8,46
	Máximo	22,746	30,963

Quadro V — Medidas de tendência central de dispersão nos casos.

Efectuou-se uma análise da prevalência do excesso de peso/obesidade por grupos etários, correspondentes à fase pré-escola primária (6 meses a 5 anos inclusive), à frequência da escola primária (6 a 9 anos inclusive) e à frequência dos segundo e terceiro ciclos do ensino. Os resultados obtidos encontram-se no Quadro VI.

A análise comparativa, utilizando o Student T Test para variáveis não emparelhadas considerando apenas os casos, revela que existem diferenças com significado estatístico entre os valores médios de IMC nos grupos etários 6 meses-5 anos / 10-14 anos com $p=0,00$ e 5-9 anos / 10-14 anos com $p=0,00$. Sendo maior a prevalência de excesso de peso / obesidade no sexo masculino, apenas foi encontrada diferença com significado estatístico na análise entre sexos por grupos etários para os casos, no grupo etário 5-9 anos para a situação entre os percentis 90 e 97, com $p < 0,05$.

Grupo etário	MASCULINO				FEMININO							
	Percentil 90		Percentil 97		Percentil 90		Percentil 97					
	n	%	n	%	n	%	n	%				
0 - 5 anos	16	17	18,6±0,9	12	12,8	21,4±3,5	5	6,17	18±1,1	6	7,4	20,5±1,7
6 - 9 anos (*)	17	19,5	17,4±0,8	29	33,3	20,6±2,7	4	5,55	18,4±0,7	17	23,6	20,7±2,9
> 9 anos	8	8,3	19,5±1,2	24	25	24,4±2,8	18	21,9	20,8±0,9	12	14,6	242,6±2,6

Quadro VI — Prevalência do diagnóstico de excesso de peso / obesidade por grupos etários.
(*) $p < 0,05$ T Student Test para variáveis não emparelhadas, na comparação entre sexos.

Nota: 0-5 anos - masculino n=94 e feminino n= 81; 6-9 anos - masculino n=87 e feminino n= 72: > 9 anos - masculino n=96 e feminino n= 82.

saúde
infantil

1998; 20/3: 13-20

Discussão

O presente estudo, apenas visando conhecer a prevalência da situação excesso de peso e obesidade entre os jovens, foi feito de acordo com metodologia baseada na determinação do Índice de Massa Corporal (IMC) — a medida que melhor se adequa ao fim tido em vista (4,5,7,8,9,10) — e já validamente aferida para este tipo de estudos.

Os resultados encontrados — prevalência da situação de excesso de peso/obesidade — 32,87% acima do Percentil 90 e 19,56% acima do Percentil 97 — indicam que a prevalência desta situação é importante e se situa acima dos limites já anteriormente descritos (6,7,8,10), mesmo se forem tidas em conta as várias metodologias seguidas.

O facto de a obesidade ser mais frequente entre os rapazes, coloca um eventual futuro grave problema de saúde pública, pois a pertença a este género é, por si só, um factor de risco para doença cardio-vascular a prazo (11,14). Estes valores parecem assim revelar uma situação que a curto prazo pode vir a ser de grande aumento em patologias altamente consumidoras de recursos médicos e económicos.

Coloca-se, ainda, o problema das crianças que à inspecção física não parecem obesas vindo a sê-lo pelo IMC. Para tal caso deverá haver o cuidado da aplicação de outros métodos diagnósticos como, por exemplo, a determinação da espessura das pregas cutânea abdominal ou tricipital, preferencialmente com material adaptado.

A prevalência quer da situação de excesso de peso quer de obesidade variou com a idade, o que pode ter a ver com o tipo de alimentação e orientações de nutrição. Enquanto no período que decorre até à ida para o Ciclo Básico — Escola Primária —, a alimentação é influenciada por directrizes médicas — e maior rigor/autoridade paternal —, após entrada

neste ciclo de estudos, com a crescente autonomia das crianças, os hábitos de alimentação alteram-se e os consumos irracionais de calorias, sem o adequado exercício físico, podem ser responsáveis por tal crescimento de prevalência.

O aumento da prevalência de excesso de peso/obesidade com a idade, parece mostrar que as virtudes da dieta mediterrânea deverão ser exaltadas e bem explicadas aos jovens, pelo que parece ser necessária educação para a saúde nesta faixa etária, e a começar no Ciclo Básico — Escola Primária —, para que a prevalência possa de alguma forma ser reduzida, orientando correctamente sobre estilos alimentares e de prática de exercício físico. Deverá também haver algum cuidado na qualidade e quantidade das refeições distribuídas nas cantinas escolares, bem assim como no tipo de alimentos vendidos nos respectivos bares.

Sendo uma situação frequente e de causa exógena (obesidade isolada) em cerca de 98% dos casos, o excesso de peso/obesidade impõe ao médico assistente, uma atitude de conhecimento da altura do início da obesidade, do seu ritmo da progressão, de estudo dos factores contribuintes identificáveis — dieta e seu tipo, medicamentos já tomados ou em actual toma, prática de exercício físico, psicologia e ambiente social, para lá de um estudo sumário antropométrico dos antecedentes familiares em primeiro grau —, a par da avaliação antropométrica. A avaliação laboratorial ficará assim limitada aos casos que apresentem evidentes sinais de patologia, quer por fenótipo anormal, quer por baixa estatura não explicável por características familiares, quer pela existência de sinais ou sintomas evocadores de patologia metabólica.

A inexistência de estudos publicados e realizados em populações portuguesas nesta faixa etária, torna estes valores carecidos de confirmação e dignos de alguma reflexão acerca das atitudes e dos programas que devem ser desenvolvidos em conjunto por várias entidades que têm peso e influência na educação e orientação do jovem. São igualmente necessários estudos que avaliem a evolução desta situação de excesso de peso/obesidade na população jovem portuguesa e que possam eventualmente associar a medição de outros factores de risco associados à obesidade, como sejam a obesidade paternal e anomalias analíticas bioquímicas.

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 13-20

BIBLIOGRAFIA

1. Cook J, Grothe R Obesity in children and adolescents, Iowa-Med. 1996;86:243-5.
2. Troiano RP, Flegal KM, Kuczmarski RJ, Campbell SM, Johnson CL Overweight prevalence and trends for children and adolescents: The National Health and Nutrition Examination Surveys 1963 1991, Arch Pediatr Adolesc-Med 1995;149:1085-91.
3. Kuczmarski RJ, Flegal KM, Campbell SM, Jounson CL The National Health Nutrition Examination Survey's, 1960 to 1991, JAMA 1994;272:205-211
4. Bray GA. Obesity. In Brown ME, ed. Present knowledge in nutrition. Washington D.C: International Life Sciences Institute Nutrition Foundation 1990.

5. Tienboon P, Wahlqvist ML, Rutishauer IHE. Early life factors affecting body mass index and waist-hip ratio in adolescence. *Asia Pacific J Clin Nutr* 1992; 1:21-22.
6. Keller C, Stevens KR Childhood obesity: measurement and risk assessment *Pediatr Nurs* 1996; 22: 494-9.
7. Diem K, Lentner C, red. *Documenta Geigy: Tables scientifiques*, 7^{ème} ed. Bâle: Ciba-Geigy SAA; 1978.
8. Tabelas de Registo de Crescimento - Nestlé.
9. Roland-Cachera MF, Sempé M, Guillo-Bataille M, Patois E, Péquignot-Guggenbuhl, Fautrad V. Adiposity indices in children *Am J Clin Nutr* 1982;36: 178-184.
10. Keller C, Stevens KR Assessment, etiology and intervention in obesity in children. *Nurse Pract* 1996;21(9): 31-6, 38, 41-2.
11. Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH Predicting Obesity in Young Adulthood from Childhood and Parental Obesity. *N Eng J Med* 1997;337:869-73.
12. Health Implications of obesity, National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement, National Institutes of Health Consensus Development Panel on The Health Implications of Obesity *Ann Intern Med* 1985, 103: 147-151.
13. Cook J, Grothe R Obesity in children and adolescents. *Iowa-Med*. 1996; 86: 243-5.
14. Himes JH, Dietz WH Guidelines for overweight in adolescent preventive services: recommendations from an expert committee. The Expert Committee on Clinical Guidelines for Overweight in Adolescent Preventive Services. *Am J Clin Nutr*. 1994; 59: 307-16.
15. Instituto Nacional de Estatística, Gabinete de Estudos - Estimativas de População Residente em 1995

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 13-20

Correspondência: Luiz Miguel Santiago
Rua Miguel Torga 302-3º D
3030-165 Coimbra
Telefone: (039) 716291 ou (039) 438131 ext: 12
Fax: (039) 716291

A CRIANÇA HIPERACTIVA

José Eduardo Boavida¹, Helena Porfírio ², Susana Nogueira², Luís Borges³

RESUMO

O Síndrome de Défice de Atenção e Hiperactividade (SDAH) é a perturbação neuro-comportamental mais frequente na criança (1,2). Uma maior competitividade, exigência e expectativas relativamente ao desempenho escolar, são provavelmente responsáveis por um maior encaminhamento e diagnóstico desta entidade.

Os autores fazem, de forma simples, uma revisão teórica dos principais aspectos desta perturbação do comportamento, referindo-se em particular às manifestações clínicas, diagnóstico, avaliação, abordagem terapêutica e evolução. Concluem com uma breve síntese dos principais factos a reter.

Palavras-chave: défice de atenção, hiperactividade, comportamento.

SUMMARY

Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is the most common neurobehavioral disorder in children (1,2). A higher level of demand, expectation and competition among school-aged children is probably responsible for an increase in diagnosis of ADHD.

The authors review in a simple way, the basic issues related with ADHD concerning behaviour, diagnosis, assessment, treatment and evolution. A brief enunciation of the main facts about this condition concludes the paper.

Keywords: attention deficit, hyperactivity, behaviour.

1 Assistente Graduado de Pediatria 2. Assistente de Pediatria 3. Chefe de Serviço de Neurologia
Centro de Desenvolvimento da Criança — Hospital Pediátrico de Coimbra.

Introdução

O Síndrome de Déficit de Atenção e Hiperactividade (SDAH) é a perturbação neurocomportamental mais frequente na criança (1,2). Afecta entre 3 e 20% de todas as crianças de idade escolar sendo os rapazes 4 a 9 vezes mais afectados do que as raparigas (2,3,4). Pode manifestar-se muito precocemente embora cause em regra mais problemas na escola, situação em que o controlo da atenção e da actividade são de extrema importância para a aprendizagem académica e a integração social e educativa das crianças (1,5,6).

A causa subjacente a esta perturbação comportamental continua desconhecida. Contudo, a frequente existência de SDAH em familiares próximos, geralmente o pai, assim como um maior risco de incidência em irmãos (30-40%) e gémeos idênticos (90%) apontam para uma base genética (1,5,6). Estudos recentes utilizando novas técnicas de imagiologia funcional, tais como o Positron Emission Tomography (PET), o Single Photon Emission CT (SPECT) e a ressonância magnética funcional, evidenciam consistentemente diferenças subtis, quer na estrutura, quer na função cerebral de indivíduos com SDAH. Estas diferenças envolvem geralmente o lobo frontal, gânglios basais e corpo caloso (1,6). Uma redução da disponibilidade de neurotransmissores (dopamina e noradrenalina), de base genética, parece também poder estar relacionada com este distúrbio comportamental (1,5,6).

saúde
infantil

1998; 20/3: 21-30

SDAH – Os comportamentos

Tal como em toda a patologia do desenvolvimento, cada caso é um caso e as formas de apresentação são quase tantas, quantas as crianças. Por vezes, o grande desafio é o de distinguir "disfunção" de variações normais relacionadas com a idade, sexo e características temperamentais (2,6). Na prática, os comportamentos devem ser valorizados sempre que causem problemas, particularmente os relacionados com o sucesso escolar e o ajuste social e emocional (6).

Três comportamentos são considerados nucleares para o diagnóstico do SDAH: inatenção, impulsividade e hiperactividade (7).

Inatenção – Está sempre presente embora nem sempre seja óbvia. As capacidades atencionais selectivas, estão afectadas, com tendência a dirigir a atenção a estímulos inapropriados. Tipicamente a criança com SDAH tem dificuldade em manter a atenção por períodos prolongados, parece frequentemente não escutar, evita tarefas que requeiram concentração e distrai-se facilmente com estímulos extrínsecos.

Hiperactividade e impulsividade – A hiperactividade é tradicionalmente a principal característica do síndrome, embora isoladamente não seja a mais problemática (6). Torna-se particularmente "*explosiva*" quando combinada com a impulsividade. Ambos os comportamentos traduzem dificuldade no controlo da actividade e dos impulsos, em situações em que este controlo é fundamental para o adequado desempenho das diferentes actividades da criança. A impulsividade resulta na falta de planificação da abordagem de todas as tarefas, cogniti-

vas, motoras e/ou sociais. Geralmente estas crianças respondem a perguntas que não foram completadas, têm dificuldade em esperar pela sua vez, interrompem as actividades dos colegas, mudam frequentemente de actividade e têm dificuldade em manterem-se sentados (7).

Uma elevada taxa de acidentes é também um dos resultados da associação entre hiperactividade e impulsividade. Em 11% das crianças seguidas na Consulta de Hiperactividade do Hospital Pediátrico de Coimbra, havia antecedentes de fracturas directamente relacionadas com o comportamento (8).

Comportamentos e características não diagnósticas mas frequentes, em crianças com SDAH incluem: descoordenação motora, desorganização, dessintonia social e dificuldades específicas de aprendizagem (1,2,5,6). As crianças com SDAH são geralmente desorganizadas, desajeitadas para tarefas motoras, incluindo desporto, socialmente pouco competentes, com um desempenho académico inconsistente e com tendência para grandes variações ao longo dos dias. Estas características comportamentais não são favorecedoras do sucesso, podendo levar a uma baixa auto-estima e ao isolamento social.

Diagnóstico

Não existem achados do exame físico ou resultados de exames laboratoriais que possam confirmar ou negar um diagnóstico de SDAH (2). O diagnóstico é essencialmente clínico e baseado em critérios comportamentais (1,2). No nosso serviço, utilizamos os critérios DSM-IV desenvolvidos pela Associação Americana de Psiquiatria (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed.*) que se encontram sumariados no quadro 1 (7). De acordo com esta classificação, a criança com SDAH pode pertencer a um de três tipos. Um tipo predominantemente desatento, um predominantemente hiperactivo e impulsivo e um misto em que coexistem os dois grupos de sintomas. É ainda importante que os sintomas persistam por mais de 6 meses, se tenham iniciado antes dos 7 anos, sejam claramente inapropriados à idade e ao nível de desenvolvimento da criança e se verifiquem em diferentes contextos, nomeadamente a casa e a escola (7).

A inespecificidade de grande parte dos sintomas do SDAH torna o diagnóstico diferencial problemático. O processo de diagnóstico implica não só determinar se os critérios diagnósticos estão presentes, mas também se há sinais ou sintomas de qualquer outra perturbação associada (1,5,6). A maior parte das situações descritas no quadro 2 podem existir, partilhar sintomas ou sobrepor-se ao SDAH. Por exemplo, uma criança com uma perturbação subtil da compreensão da linguagem ou com um défice auditivo parcial pode permanecer desatenta por dificuldade em compreender ou ouvir o que está a ser dito na sala de aulas.

Crianças com défice de atenção, frequentemente preenchem também os critérios diagnósticos de outras perturbações comportamentais, nomeadamente o distúrbio de oposição e o distúrbio da conduta (5). São duas situações em que há tendência para um comportamento negativista, hostil e anti-social, e que constituem factores de risco para uma evolução menos favorável.

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 21-30

Algumas formas de epilepsia, assim como os efeitos secundários da medicação anti-epiléptica, o hipertireoidismo, a ansiedade, a depressão e algumas formas de autismo, podem também mimetizar o SDAH (5).

Relativamente ao ambiente familiar e às competências parentais, apesar de muito culpabilizadas por certos profissionais, raramente são a causa primária do défice de atenção e hiperactividade, embora possam contribuir para o seu agravamento. É de esperar que crianças difíceis dêem origem a práticas disciplinares inadequadas, que poderão ser posteriormente interpretadas como as responsáveis pelos problemas comportamentais da criança (6).

I. SINTOMAS DE INATENÇÃO

1. Não dá atenção aos detalhes ou comete erros por descuido
2. Dificuldade em manter a atenção durante tarefas ou jogos
3. Parece não escutar
4. Não segue instruções e não termina tarefas
5. Dificuldade em organizar tarefas e actividades
6. Evita ou não gosta de iniciar tarefas que requeiram atenção
7. Perde facilmente o material
8. Distrai-se facilmente com estímulos externos
9. Esquece-se com facilidade das tarefas diárias

II. SINTOMAS DE HIPERACTIVIDADE E IMPULSIVIDADE

1. Mexe permanentemente mãos e pés
2. Não se mantém sentado quando deve
3. Corre e trepa de forma excessiva em situações inapropriadas
4. Dificuldade em se envolver em actividades de forma calma
5. Parece ligado à electricidade e está sempre pronto a mudar
6. Fala excessivamente
7. Responde antes da pergunta ser completada
8. Dificuldade em esperar pela sua vez
9. Interrompe ou intromete-se com os outros

III. PELO MENOS 6 DOS 9 DA CATEGORIA I (SDAH – TIPO INATENTO) OU CATEGORIA II (SDAH – TIPO IMPULSIVO/HIPERACTIVO) OU AMBOS (SDAH – TIPO COMBINADO)

IV. CRITÉRIOS ADICIONAIS

1. Presente há pelo menos 6 meses
2. Presente antes dos 7 anos
3. Presente em mais do que uma situação (casa e escola p.e.)
4. Claramente mal-adaptativo e inconsistente com nível de desenvolvimento
5. Não devido a patologia pervasiva do desenvolvimento, ou primariamente consequência de outra perturbação mental

Quadro 1 — Critérios diagnósticos do Síndrome de Déficit de Atenção e Hiperactividade (SDAH) de acordo com a classificação DSM-IV (7).

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 21-30

PERTURBAÇÕES COGNITIVAS E DO PROCESSAMENTO

Atraso mental / défice cognitivo
 Dificuldades específicas de aprendizagem
 Perturbação da linguagem

PERTURBAÇÕES NEUROLÓGICAS

Epilepsia
 Efeitos secundários de anti-epilépticos
 Infecções SNC
 Doenças degenerativas

PERTURBAÇÕES EMOCIONAIS E PSIQUIÁTRICAS

Ansiedade
 Depressão
 Autismo
 Perturbação da conduta
 Perturbação de oposição

PERTURBAÇÕES AMBIENTAIS

Psicopatologia familiar
 Colocação escolar inadequada

OUTROS

Doenças metabólicas e endócrinas
 Toxinas
 Défice sensorial

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 21-30

Quadro 2 — Diagnóstico Diferencial de SDAH.

Avaliação da criança hiperactiva

A avaliação da criança com os problemas comportamentais e académicos anteriormente referidos deve necessariamente ser abrangente. Inclui uma avaliação **médica clássica**, uma **avaliação comportamental** e uma **avaliação cognitiva e académica** (5,6). Na consulta de hiperactividade do Hospital Pediátrico de Coimbra, esta avaliação é feita por uma equipa constituída por pediatra, psicólogo e professora, sem prejuízo de outros profissionais que venham a ser considerados úteis caso a caso (otorrinolaringologista, neurologista, oftalmologista, psiquiatra, etc.).

A **avaliação médica** deve incluir a história pessoal e familiar, factores de risco (pré, peri e pós-natais), exame físico, avaliação do neurodesenvolvimento, da visão e da audição. Apesar do exame neurológico ser geralmente normal numa percentagem elevada de crianças com SDAH, são frequentes os chamados "*sinais neurológicos minor*" (5,6) que traduzem disfunção neuromaturacional (quadro 3) (9). Apesar de inespecíficos tornam-se parti-

cularmente úteis na atribuição de uma causa neurológica ao SDAH e na desculpabilização da criança. A história deve questionar sobre as características e competências emocionais e sociais da criança, interesses extra-curriculares, ambiente familiar, métodos de disciplina e expectativas dos pais. Os exames complementares de diagnóstico só raramente têm indicação e devem ser ponderados caso a caso (5,6).

A avaliação comportamental deve orientar-se para os componentes do SDAH, nomeadamente a atenção, a actividade e os impulsos. A observação directa, particularmente durante a consulta, pode por vezes ser pouco esclarecedora e o comportamento da criança numa situação em que não se sente à vontade, não é frequentemente exemplificativo do que se passa em contextos mais regulares.

Os questionários, preenchidos pelas pessoas que melhor conhecem a criança, nomeadamente pais e professores e reportando-se a diferentes situações (casa e escola) são um instrumento valioso que permite sistematizar a recolha de informações sobre o comportamento (1,5,6,12). Na nossa consulta dispomos da versão portuguesa dos questionários de *Conner* (versão para pais e professores) e dos questionários de *Achenbach* (versão para pais, professores e auto-avaliação) (10,11).

A avaliação de crianças com SDAH deve incluir uma avaliação cognitiva e académica. O objectivo desta avaliação é estabelecer um perfil psicométrico e de desempenho académico. É particularmente útil na determinação das áreas fracas e na recolha de informações sobre aspectos específicos das capacidades atencionais, de aprendizagem e de inteligência que possam ser incorporadas no plano individual de intervenção (5).

saúde
infantil

1998; 20/3: 21-30

SINAIS	DESCRIÇÃO
Disdiadococinésia	Dificuldade em fazer movimentos rápidos alternados de pronação/supinação com braço flectido a 90°
Sincinésia	A oposição do polegar aos outros dedos numa mão gera movimentos em espelho na mão oposta
Movimentos coreiformes	Movimentos coreiformes nos dedos e língua quando a criança tenta manter posição de pés juntos, braços e dedos estendidos, olhos fechados e língua de fora
Impersistência motora	Incapacidade em manter postura anterior por mais de 30 segundos
Lateralidade confusa	Dificuldade na identificação de direito e esquerdo em si e no observador. Dificuldade em executar ordens cruzadas "toca com a mão esquerda na orelha direita".
Agnosia dos dedos	Dificuldade em discriminar quando tocado simultaneamente em 2 dedos

Quadro 3 — Exemplos de Sinais Neurológicos Menor.

Intervenção

O estabelecimento de um diagnóstico com base em critérios precisos, tal como o DSM-IV, uma caracterização comportamental da criança em diferentes contextos, como a resultante da análise de questionários, assim como uma descrição das áreas funcionais fortes e fracas da criança, são a condição básica para se iniciar um processo de intervenção (1,5,6,12).

O esclarecimento e aconselhamento adequados das pessoas-chave, nomeadamente criança, pais e professores, é provavelmente a mais importante etapa de todo o processo e aquela que melhor se correlaciona com uma evolução positiva (5,6). Antes de mais, é fundamental que todos vejam o SDAH, como um problema comportamental e de saúde da criança e não como um problema disciplinar. Não se pode mudar subitamente um comportamento resultante duma disfunção neurológica *minor*, mas pode mudar-se o ambiente de casa e da escola, assim como a atitude de pais e professores, no sentido de ajudar a criança a comportar-se adequadamente (6,12).

A intervenção deve ser feita em várias frentes (casa, escola, medicação e outras) e tem como objectivos principais: 1º - criar e manter uma estrutura adequada às características da criança; 2º - evitar a confrontação e reduzir o *stress* e 3º - melhorar a auto-estima (6). A criança ou adolescente deve ser um participante activo e informado do processo e não ver as diferentes intervenções, nomeadamente a medicação, como um castigo.

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 21-30

Intervenção em casa e na escola

Apesar da necessidade duma abordagem individualizada, esta abordagem deve seguir determinados princípios gerais. Quer em casa quer na escola é fundamental uma completa aceitação e compreensão do problema. Só assim se poderá mudar de atitude relativamente à criança. É fundamental que pais e educadores assumam uma atitude positiva, tentando valorizar e reforçar comportamentos adequados, evitando a crítica frequente e situações que levem previsivelmente ao insucesso (6).

É importante modificar as rotinas diárias de forma a uma melhor adaptação às características comportamentais e atencionais da criança, criando oportunidades para o uso frequente do reforço positivo. Relativamente à escola, algumas das alterações a fazer incluem: ajuste de expectativas, modificação da estrutura da sala de aulas com redução de estímulos entre o aluno e o professor e uma localização preferencial na primeira fila, redução de turma, apoio educativo individualizado ou eventualmente apoio da educação especial. Recomenda-se ainda o fraccionamento das actividades com adaptação ao tempo de concentração do aluno e aumento progressivo das tarefas, elogio e reconhecimento público de todas as pequenas aquisições e recurso frequente à participação do aluno nas diversas tarefas escolares (5,6).

Medicação

A eficácia dos psico-estimulantes na melhoria das capacidades atencionais, desempenho académico e na redução dos níveis de hiperactividade e impulsividade está bem estabelecida (3,5). De acordo com a nossa experiência essa eficácia verificou-se em cerca de 80% dos casos (8). Contudo, é importante referir que a medicação raramente está indicada como primeira linha de acção e nunca deve ser utilizada isoladamente mas sim em combinação com as medidas de modificação comportamental já referidas (5).

Os psico-estimulantes mais utilizados na nossa consulta são o Metilfenidato (Ritalin®), em cerca de 90-95% dos casos e a Pemoline (Cylert®), nos restantes. Não existem comercializados em Portugal pelo que o seu uso fica limitado ao meio hospitalar e implica o seguimento em consulta especializada. O Metilfenidato possui uma farmacocinética linear, inicia a sua acção cerca de 30 a 60 minutos após a administração, atingindo o máximo da sua concentração plasmática 2 a 3 horas depois ($T_{1/2} = 2,5$ h). Deve ser administrado numa dose de 0,3 a 0,6 mg/kg/dia, em duas tomas, ao pequeno-almoço e almoço. Tem portanto uma duração de acção curta, contrariamente à Pemoline ($T_{1/2} = 11-13$ h) que deve ser administrada numa dose única matinal de 0,5 a 3 mg/kg. Em ambos os casos o início do tratamento deve ser feito com doses crescentes progressivas (1,3,5).

São fármacos muito seguros com raros efeitos colaterais. Estes incluem anorexia, perda de peso, insónia, ansiedade, cefaleias, dor abdominal, tendência para chorar, depressão e irritabilidade. São geralmente transitórios e só excepcionalmente levam à interrupção da terapêutica.

Relativamente à Pemoline, há o risco de toxicidade hepática pelo que é conveniente monitorizar periodicamente os níveis das transaminases. Os psico-estimulantes devem ser utilizados de forma descontínua, com interrupções aos fins-de-semana, feriados e férias. A sua necessidade é reavaliada anualmente, de acordo com a informação dos pais e professores após um período inicial sem medicação.

Outras drogas utilizadas menos frequentemente incluem os antidepressivos tricíclicos, nomeadamente a Imipramina, indicada em crianças deprimidas (Tofranil®) e a Clonidina (Catrapessan®) indicada se não há resposta aos psico-estimulantes e em crianças com tiques ou agressividade.

Actividades extra-académicas

A criança hiperactiva está, pelas suas características comportamentais, exposta a um stress acrescido durante as suas tarefas escolares. Necessita por isso, de desenvolver actividades extra curriculares que sirvam de escape às tensões acumuladas (6). Estas actividades podem ser desportos, passatempos, passeios ou qualquer outra que seja do agrado da criança e lhe permita obter um sentimento de sucesso.

A nossa principal recomendação vai para a natação, mas o futebol, o ciclismo, o escutismo ou até as artes marciais são boas opções (6). A prática dum desporto permite não só gastar

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 21-30

o aparente excesso de energia, mas também criar um contexto óptimo para a aquisição de competências sociais, o cumprimento de regras, a melhoria da condição física e a ocupação de tempos livres.

Prognóstico

Dados recentes sugerem que os sintomas do SDAH, particularmente a dificuldade de concentração e a impulsividade persistem em cerca de 50-60% na idade adulta (13,14). São geralmente adultos pouco organizados, com dificuldade na planificação das suas actividades, impacientes, com memória pobre e dificuldades na leitura e na escrita (6). Contudo, a maioria dos estudos revela que mais de 70% dos adultos são normais, embora em média, com nível académico mais baixo, mais queixas psiquiátricas e menor estabilidade no emprego (14,15). Cerca de 23% dos adultos referidos num dos estudos de follow-up apresentavam critérios diagnósticos de personalidade anti-social (15).

Os indicadores prognósticos de evolução menos favorável incluem QI baixo, insucesso académico, características comportamentais de perturbação da conduta e de oposição, psicopatológica familiar e baixo nível socio-económico (6,13,14).

Parece assim, que a evolução não é necessariamente má mas também não é sistematicamente boa. Os grandes objectivos da intervenção devem ser a melhoria da aprendizagem e rendimento escolar, a aquisição de competências sociais e o desenvolvimento de mecanismos compensatórios que permitam ao adolescente e futuro adulto "funcionar" com as suas próprias capacidades e características (6).

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 21-30

SDAH – Alguns casos a reter (1-7, 9-15)

- O SDAH é um problema real que afecta entre 3 a 20% de todas as crianças, particularmente rapazes.
- É causado por uma disfunção cerebral minor e a evidência aponta para uma base genética.
- Apresenta-se como um problema crónico, capaz de afectar significativamente o comportamento, o desempenho académico e o ajuste social e emocional.
- O diagnóstico é feito com base em critérios comportamentais e apoiado pela análise das respostas a questionários que descrevem o comportamento da criança em diferentes situações.
- A avaliação deve ser abrangente, incluindo avaliação médica, psicológica e educativa. Não existem testes ou exames complementares capazes de dar um diagnóstico de SDAH.
- As crianças com SDAH geram grande stress à sua volta. Os objectivos da intervenção são: reduzir o stress e a confrontação, criar uma estrutura adequada, melhorar o comportamento em casa e na escola, promover o sucesso e reforçar a auto-estima.

- Os psico-estimulantes são bastante eficazes na melhoria do comportamento e da aprendizagem. Não devem ser utilizados isoladamente ou como 1ª linha de tratamento.
- A inexistência de psico-estimulantes no mercado português condiciona o seguimento destas crianças em consultas especializadas, com acesso à importação hospitalar.
- A evolução é geralmente boa, contudo em 60% das crianças com SDAH uma boa parte dos problemas, persiste na vida adulta.

BIBLIOGRAFIA

1. Shaywitz BA, Fletcher JM, Shaywitz SE. Attention Deficit / Hyperactivity Disorder. In: Advances in Pediatrics. St Louis: Mosby – Year Book, Inc. 1997; 44: 331-367.
2. Blum NJ, Mercugliano M. Attention Deficit / Hyperactivity Disorder. In: Children with disabilities. Baltimore: Paul H. Brookes, 1997: 449-470.
3. Waschbusch DA, Kipp HL, Pelham WE. Generalization of Behavioral and Psychostimulant treatment of Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD): Discussion and examples. Behavior Research and Therapy, 1998, 36: 675-694.
4. Shaywitz BA, Shaywitz SE. Comorbidity: A Critical Issue in Attention Deficit Disorder. J Child Neurol 1991; 6: 513-522.
5. Kelly DP, Aylward GP. Attention Deficits in School-aged Children and Adolescents. Current Issues and Practice. Pediatr Clin N Am, 1992; 39: 487-512.
6. Green Christopher, Chee Kit. Understanding Attention Deficit Disorder. London: Vermilion, 1995.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.). Washington, DC: Author, 1994.
8. Carvalho A, Pereira M, Santos D, Oliveira G, Boavida J, Borges L. Défice de Atenção e Hiperactividade – Estudo Prospectivo, 1993: Trabalho não publicado.
9. Cratty BJ. Clumsy Child Syndromes – Descriptions, Evaluation and Remediation. Los Angeles: Harwood Academic Publishers, 1994.
10. Fonseca AC, Simões A, Rebelo JÁ, Ferreira JÁ, Cardoso F. Um Inventário de Competências Sociais e de Problemas do Comportamento em Crianças e Adolescentes. Psychologia 1994; 12:55-78.
11. Fonseca AC, Simões A, Rebelo JI, Ferreira JÁ, Cardoso F. O Inventário de Comportamentos da Criança para Professores. Revista Portuguesa de Pedagogia, 1995, 29: 81-102.
12. Voeller KKS. Clinical Management of Attention Deficit / Hyperactivity Disorder. J Child Neurol 1991; 6: 551-565.
13. Gillberg C. Clinical Child Neuropsychiatry. Cambrige: Cambridge University Press, 1995.
14. Yitzchak F. Attention Deficit / Hyperactivity Disorder. In: Yitzchak F, ed. Pediatric Behavioral Neurology. New York: CRC Press, 1996: 179-202.
15. Denckla MB. Attention Deficit Hyperactivity Disorder – Residual Type. J Child Neurol 1991; 6: 544-566.

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 21-30

A V I S O

Lactente com 3 meses, primeiro filho dum casal jovem, saudável. Gravidez vigiada, sem intercorrências. Parto às 38 s de IG, PN 3400. Fórceps e reanimação neonatal por provável depressão após analgésicos administrados à mãe. Bom crescimento e desenvolvimento seguido pelo médico de família e pelo pediatra. Só tomou vitaminas e AeroOm. Leite materno exclusivo. Em casa ninguém fuma.

Há dois dias que não mama como habitualmente, chorando ao peito embora pareça ter fome. Dormiu mal de noite por agitação em casa e de manhã por ruídos de obras. Mas



quando acordado esteve activo, sorridente, falando *como nos melhores dias*. Às 12 horas mamou bem e vomitou — o que não sucedia habitualmente. Adormeceu na *Maxicose* e não acordou no transporte de carro para casa de uns amigos, nem quando o carro parou. No quarto dos amigos deitaram-no sobre a cama (colchão duro mas roupa de cama e edredão volumoso com um lençol adicional sobre toda esta roupa). Como estava muito frio não tiraram o fato

de neve que trazia, além de um *body* interior térmico excelente, fralda, calças, meias e botas. Foi colocado em decúbito ventral com cabeça rodada para um lado. Dormia profundamente. Ficou sozinho durante algum tempo: puseram a mesa, comeram e falaram um pouco (terão passado 30 a 45 minutos). Não ouviram nenhum ruído, mas conversavam animadamente. Foi o pai quem primeiro entrou no quarto. Não se via a cara do bebé. O capuz caíra sobre a nuca e sobre os lados da cara. A face estava ao centro, voltada para baixo. O pai disse “Está roxo!”, embora não o visse. “Por estupidez”, explica. Depois aproximou-se, virou-o e viu-o profundamente cianosado. Disse “Já está!”, e estava hipotónico, a fronte roxa, não respondeu às manobras de reanimação.

L.J.

saúde
infantil

1998; 20/3: 32

CELULITE DA REGIÃO ORBITÁRIA

Célia Madalena¹, Miguel Costa², Teresa Oliva²,
Margarida Guedes³, Tojal Monteiro⁴

RESUMO

No Serviço de Pediatria do Hospital Geral de Santo António (HGSA), verificou-se, nos últimos anos, um aumento do número de internamentos por celulite da região orbitária (CRO). A gravidade das potenciais complicações torna o seu diagnóstico e tratamento precoces fundamentais.

Com o objectivo de identificar a patologia mais frequentemente associada à CRO foi feita a revisão dos processos clínicos das crianças internadas no Serviço de Pediatria do HGSA, de 1/1/88 a 31/12/96, com o diagnóstico de celulite periorbitária ou orbitária.

Das 62 crianças internadas naquele período, 11 tinham celulite orbitária, das quais 4 tinham abscesso subperiósseo. A patologia associada mais frequente foi a sinusite, observada em 92 % das crianças com celulite periorbitária e em 100 % na celulite orbitária. O diagnóstico foi confirmado por Tomografia Axial Computorizada (TAC) na quase totalidade dos casos. A evolução clínica foi favorável em todos os doentes. Os autores defendem que um diagnóstico clínico rigoroso permite a dispensa da realização da TAC na maioria dos casos e propõem protocolo de abordagem da CRO.

Palavras-chave: celulite periorbitária, celulite orbitária.

SUMMARY

The number of children hospitalised with cellulitis in the orbital region (CRO) has dramatically increased in the Pediatrics Service of the Santo Antonio General Hospital in the past few years. Due to the possible complications involved, an early diagnosis and treatment are fundamental.

With the purpose to identify the most common cause of the CRO, the authors performed a retrospective review of cases admitted with this diagnosis, between January 1988 and December of 1996.

This study involved 62 children; of these 11 with orbital cellulitis (4 with periosteal

1. Interna Complementar de Pediatria 2. Assistente Hospitalar Eventual de Pediatria 3. Assistente Hospitalar de Pediatria
4. Chefe de Serviço de Pediatria — Hospital Geral de Santo António.

abscess) and 51 with periorbital cellulitis. The most common pathology to be found was sinusitis, with 92 % in periorbital cellulitis and 100 % in the orbital cellulitis. The diagnosis was confirmed by CT-scans in most of the cases. The clinical evolution was favourable in all patients.

The authors argue that, in most cases, a rigorous clinical diagnosis waives the need for CT-scans, while suggesting the protocol of the management of the CRO.

Keywords: periorbital cellulitis, orbital cellulitis.

Introdução

A celulite da região orbitária (CRO), antigamente considerada pouco frequente na população pediátrica, tem motivado um aumento significativo de internamentos, nos últimos anos, no Serviço de Pediatria do Hospital Geral de Santo António (HGSA). A gravidade das potenciais complicações reforça a importância do seu diagnóstico e tratamento precoces.

A infecção pode ter origem em traumatismos locais, extensão de infecção adjacente (conjuntiva, glândulas lacrimais, cutânea, seios perinasais, abscesso dentário) ou ser secundária a bacteriemia (raramente) (1,2,3,5,6,7). Cerca de 75-90% dos casos de celulite orbitária (CO) e 13-27% de celulite periorbitária (CPO) associam-se a sinusite. A extensão do processo infeccioso é facilitada pela fina espessura da parede óssea da órbita, especialmente a lâmina papirácea do etmóide e pela profusa anastomose venosa avalvulada entre os seios perinasais e a órbita (1-9).

Os agentes etiopatogénicos mais frequentemente implicados na CPO associada a infecção respiratória alta são o *Haemophilus influenzae* tipo B e o *Streptococcus pneumoniae*. O *Streptococcus pyogenes* (grupo A) e *Staphylococcus aureus* são os agentes mais prováveis quando existe lesão cutânea local. Na CO, para além daqueles agentes estão frequentemente implicados anaeróbios e a *Moraxella catarrhalis* (1-11).

Em 1937 Hubert propôs a classificação da CRO com ponto de partida na sinusite aguda em cinco estádios, estabelecendo uma relação anatomoclínica. Esta foi posteriormente modificada por Chandler e colaboradores, em 1970, passando a aplicar-se a todas as causas de CRO (quadro 1) (4-9). Globalmente a CRO divide-se em duas entidades distintas: celulite periorbitária ou pré-septal (CPO) - estádio I, situada anteriormente ao septo orbitário e celulite orbitária ou pós-septal (CO) - estádios II-V, quando o processo infeccioso se localiza posteriormente ao septo (9).

A CPO é a mais frequente e tem geralmente um prognóstico favorável com o tratamento médico, já a CO, mais rara, pode levar a sérias complicações como cegueira e morte (1-9).

Os sinais clínicos de gravidade sugestivos de CO são: proptose, alterações da motilidade ocular, dor com os movimentos oculares, diminuição da acuidade visual (1-9,11).

As indicações para realização da Tomografia Axial Computorizada (TAC) referidas na literatura são: a presença de sinais clínicos de gravidade, a existência de dúvidas no exame oftal-

saúde
infantil

1998; 20/3: 33-41

mológico, suspeita de corpo estranho intraorbitário, e sempre que a evolução clínica não é favorável com antibioterapia parentérica (1,2,4,5,8).

As complicações mais frequentes são as infecções do sistema nervoso central (meningite, abscesso epidural, empiema subdural, abscesso cerebral, trombose do seio cavernoso), seguidas das complicações oculares (abscesso orbitário, abscesso subperiósseo). As primeiras são a principal causa de morte (70 %), sendo a mais frequente a meningite, com uma prevalência de 1-1,2 % (1,2,3,12). A mortalidade referida na literatura actual é de 2% na CO e 0,2% na CPO (1,2,7).

O principal objectivo deste trabalho foi identificar a patologia mais frequentemente associada à CRO. Pretendeu-se também avaliar a actuação que tem sido seguida, no sentido de elaborar um protocolo de abordagem da CRO.

LOCALIZAÇÃO ANATÓMICA		CLÍNICA
Estadio I	Celulite periorbitária	Edema inflamatório periorbitário
Estadio II	Celulite orbitária	Quemose, exoftalmia
Estadio III	Abscesso subperiósseo	↓ acuidade visual. ↓ movimentos oculares
Estadio IV	Abscesso orbitário	Oftalmoplegia completa. ↓↓ acuidade visual
Estadio V	Trombose do seio cavernoso	Cegueira. Atingimento ocular contralateral. Síndrome meníngeo

Quadro 1 — Classificação anatomoclínica de Chandler.

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 33-41

Material e métodos

Realizou-se um estudo retrospectivo, abrangendo os processos clínicos das crianças internadas no Serviço de Pediatria do HGSA, de 1 de Janeiro de 1988 a 31 de Dezembro de 1996, com o diagnóstico de celulite periorbitária ou orbitária.

Os parâmetros analisados foram: idade e sexo, distribuição anual e sazonal, sinais e sintomas registados à entrada, exames realizados, tratamento e evolução.

Resultados

Neste período de 9 anos estiveram internadas 62 crianças com o diagnóstico de CRO (51 CPO e 11 CO). Verificou-se um aumento do número de internamentos por CRO nos últimos 5 anos (figura 1). A maioria (64,5 %) ocorreu no Outono e Inverno (figura 2).

Cerca de 63 % das crianças eram do sexo masculino.

A idade variou entre 1 mês e 6 dias e 11 anos, sendo a mediana de 31 meses (figura 3). A maioria dos casos de CPO ocorreram antes dos 3 anos de idade (68,6 %). A CO observou-se em 5 crianças com menos de 3 anos (3 com idade \leq 1 ano) e 6 com mais de 3 anos (54,5 %).

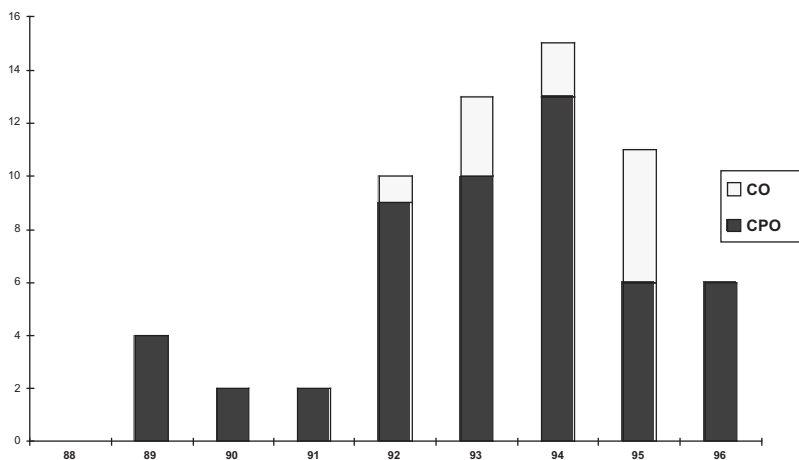


Figura 1 — Distribuição anual (n = 62).

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 33-41

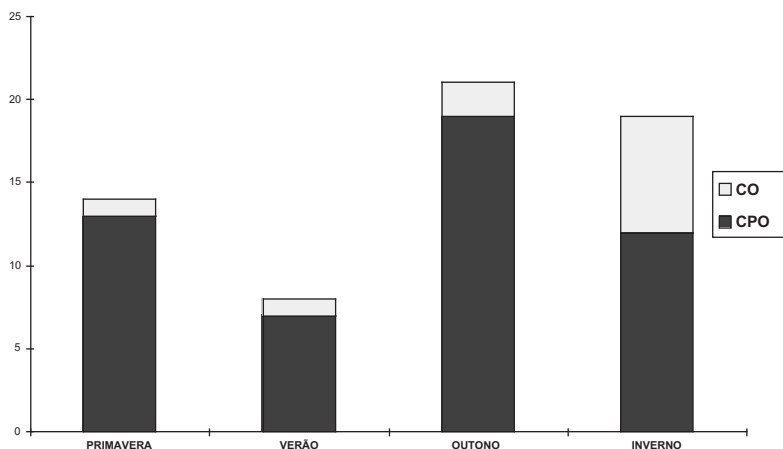


Figura 2 — Distribuição sazonal (n = 62).

Ao exame objectivo todas as crianças apresentavam edema e rubor periorbitários. Este era unilateral em cerca de 95 % dos casos (n = 59), com predomínio do lado esquerdo (n = 34). Duas crianças apresentavam lesão traumática periorbitária. Os outros achados clínicos à entrada no Serviço de Urgência encontram-se discriminados na figura 4. A presença de febre ($T \geq 38^\circ\text{C}$) foi constatada em 31 crianças com CPO (61 %) e 9 crianças com CO (82 %). Mais de metade apresentavam rinorreia (53 % na CPO e 55 % na CO). Em 7 crianças foi observada otite média (6 casos de CPO e um de CO). Nove crianças com CPO apresentavam conjuntivite purulenta e a hiperemia conjuntival foi referida em 3 crianças com CPO e 1 com CO. Os sinais clínicos de CO foram registados em 3 crianças (proptose nas 3 e dor com os movimentos oculares em 2). Sete crianças referiam cefaleias, das quais 3 tinham CO.

Exceptuando uma criança, todas (n =61) realizaram TAC à entrada no Serviço de Urgência. A celulite era pré-septal (ou periorbitária) em 50 crianças e pós-septal (ou orbitária) em 11.

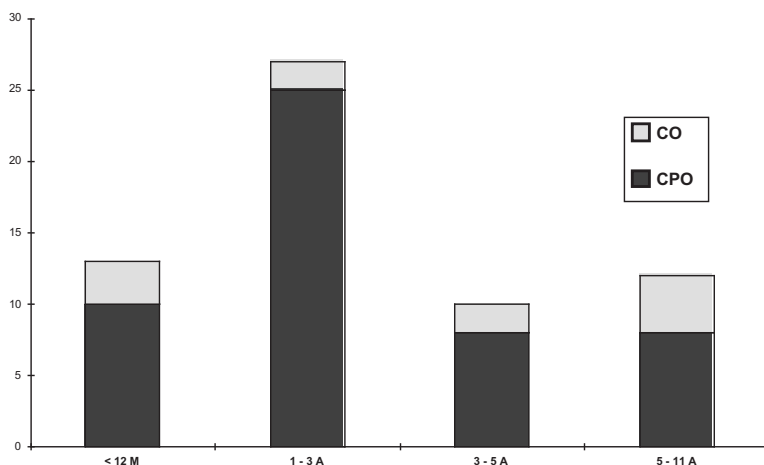


Figura 3 — Distribuição por idades (n = 62).

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 33-41

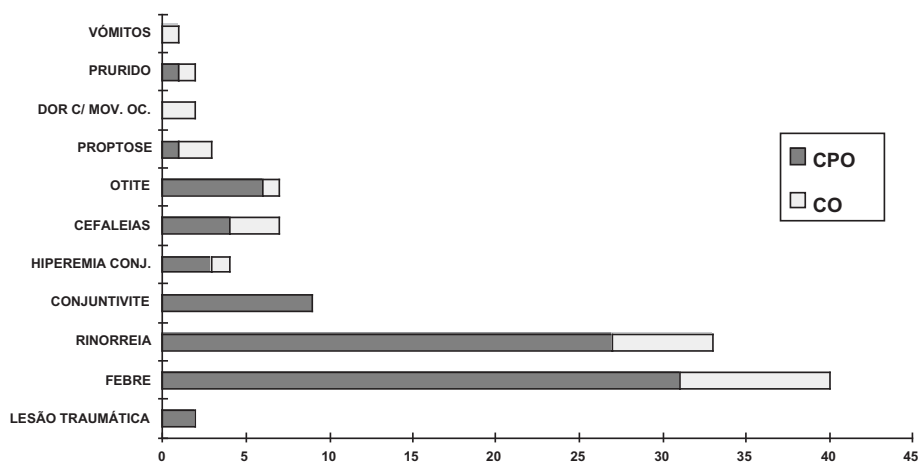


Figura 4 — Quadro clínico à entrada no Serviço de Urgência (n = 62).

Destas, 4 apresentavam abscesso subperiósseo. A sinusite estava presente em 47 crianças com CPO (92 %) e nas 11 com CO (100%), sendo a etmoido-maxilar a mais frequente (19 na CPO e 5 na CO), seguida da pansinusite (15 na CPO e 4 na CO), como se pode ver na figura 5. Foi pedida radiografia dos seios perinasais a uma criança de 21 meses, que revelou hipotransparência das células etmoidais posteriores, tendo a TAC confirmado a presença de sinusite etmoidal.

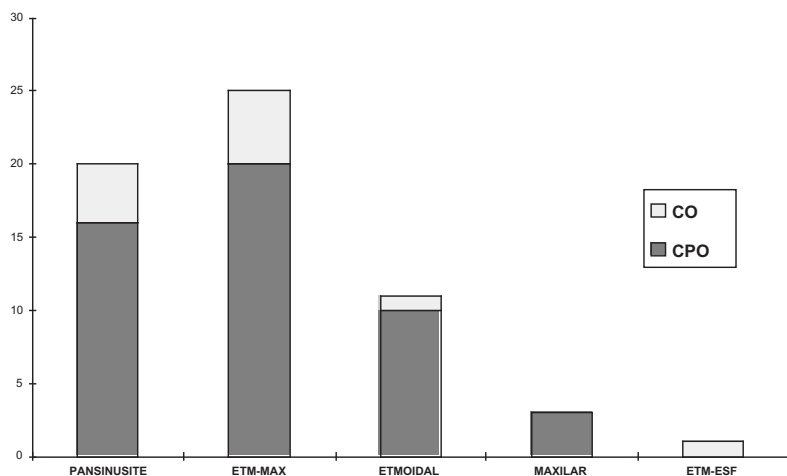


Figura 5 — Tipo de sinusite (n = 58).

O leucograma, realizado em 48 crianças com CPO e 10 com CO, revelou leucocitose com neutrofilia em 31,2% das crianças com CPO (n = 15) e em 50 % (n = 5) das com CO. A hemocultura, realizada em 38 crianças (61%), não permitiu o isolamento do agente em nenhum caso. Em 2 casos foi realizado exame bacteriológico do exsudado ocular, tendo sido isolado o staphylococo spp num deles. O estudo imunológico humoral foi realizado em 20 crianças com CPO (39,2%) e 5 com CO (45,5 %), tendo alterações em 5 casos de CPO e 1 de CO (quadro 2).

ESTUDO IMUNOLÓGICO COM ALERAÇÕES	CPO (N = 20) 5 (25 %)	CO (N = 5) 1 (20 %)
Défice de IgG2	1	-
Défice de IgG3	-	1
↑ IgE	4	-

Quadro 2 — Alterações no estudo imunológico (n = 25).

Quatro crianças tinham feito antibioterapia oral prévia, com duração variável de 1 a 5 dias. Os antibióticos administrados foram azitromicina, cotrimoxazol, cefadroxil, desconhecido num caso.

Durante o internamento todas as crianças fizeram tratamento antibiótico por via parentérica. Os esquemas terapêuticos utilizados foram diversos, tendo sido as cefalosporinas de 3ª geração o fármaco mais utilizado, seguido da amoxicilina com ácido clavulânico (quadro 3). Nove crianças (4 com CO e 5 com pansinusite) foram submetidas a corticoterapia de curta duração (3-6 dias), com prednisolona (n = 6) ou dexametasona (n = 3).

Todas as crianças, após a alta, foram medicadas com antibiótico oral até completar 2-3 semanas de tratamento.

A duração média do tratamento por via parentérica foi de 8,5 dias na CPO e 9,5 dias na CO correspondendo a uma duração média de internamento de 8 dias na CPO e 9,5 dias na CO.

Em 4 doentes a CO teve como complicação abscesso subperiósseo. A evolução clínica foi favorável em todas as crianças.

Após a alta foram orientadas para a Consulta Externa 51 crianças (82,2 %).

TRATAMENTO EV	CPO (N = 51)	CO (N = 11)
Amoxic./Ác. Clavulânico	12	1
Cef. 2ª ger.	3	-
Cef. 3ª ger.	26	4
Cef.2ª ger. + Flucloxacilina	-	1
Cef.3ª ger. + Flucloxacilina	7	5
Penicil. + Flucloxacilina	1	-
Penicil. + Aminoglicosídeo	2	-

Quadro 3 — Esquemas terapêuticos (n = 62).

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 33-41

Comentários

O aumento do número de internamentos por CRO nos últimos anos, observado neste estudo, tem sido igualmente referido por outros autores (1,2,3,4,6). Este facto poderá traduzir apenas uma maior preocupação no tratamento desta infecção por via parentérica e em meio hospitalar ou associar-se ao aumento da patologia das vias respiratórias, provavelmente relacionado com alterações ambientais, nomeadamente o aumento da poluição (1,2,3,6).

A maior frequência de infecções respiratórias altas provavelmente justifica o predomínio de internamentos nos meses frios (Outono e Inverno), como constatado neste trabalho (8).

A maioria dos doentes era do sexo masculino, o que é habitual nas doenças infecciosas (3).

Conforme descrito na literatura, a CPO foi mais frequente em crianças com menos de 3 anos (68,6 %). A CO atingiu todas as idades, não tendo sido evidente o predomínio em crianças mais velhas, habitualmente referido (1,2,3,6,7,8,9).

Todas as crianças apresentavam edema e rubor periorbitários, o que é obrigatório para o diagnóstico. Em 95 % dos casos a CRO era unilateral e mais frequente do lado esquerdo, o que é concordante com o referido na literatura (1,2,3,5,7).

As queixas respiratórias altas estavam presentes na maioria das crianças, o que deverá levar a suspeitar da possibilidade de existência de sinusite.

Em 14,5 % existia conjuntivite purulenta, como descrito por outros autores (1-8).

Os sinais clínicos de gravidade foram descritos em apenas 3 crianças, o que está em desacordo com os achados da TAC e o descrito na literatura. Pensamos que este achado é devido ao

facto de o registo do exame oftalmológico realizado por Oftalmologia ser feito, muitas vezes, apenas no boletim da urgência, ao qual não tivemos acesso. As cefaleias, apontadas por alguns autores como sugestivas de CO (1,2), estavam presentes em 4 crianças com CPO (7,8%) e 3 com CO (27,3%).

Os resultados do leucograma não se revelaram, nesta amostra, um indicador da gravidade clínica.

A realização sistemática da TAC verificada neste trabalho poderá traduzir a preocupação com o diagnóstico etiológico e com a exclusão da CO. É de realçar a elevada incidência de CO (cerca de 18 %) em relação à referida noutros trabalhos (6,7,8), apesar de não terem sido incluídos, neste estudo, os casos de CPO tratados em ambulatório.

A associação com sinusite foi superior à referida na literatura, quer na CPO (92%) quer na CO (100%) (1-9). Este resultado poderá dever-se ao diagnóstico de um maior número de casos por TAC.

Apenas 3 crianças das 61 que realizaram TAC não apresentavam sinusite: as duas com lesão cutânea traumática e um lactente de 1 mês e 6 dias. Neste a causa provável da CPO foi a bacteriemia.

O isolamento do agente etiológico é referido na literatura em 21 a 33% dos casos, na maioria das vezes a partir da hemocultura (1,2,3,5,7). No entanto, 70 a 80% das bacteriemias eram por *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib). Com o uso universal da vacina contra o Hib, apenas um pequeno número de crianças com CRO apresentará bacteriemia, e o *Streptococo pneumoniae* será o agente mais vezes isolado (5). Neste estudo apenas 61% (n = 38) das crianças realizaram hemocultura, não se tendo isolado o agente em nenhum caso. Sabendo-se que uma criança que tenha recebido duas doses de vacina anti-Hib até uma semana antes do aparecimento da CRO tem uma probabilidade muito pequena de ter doença por Hib (5), e que a vacina está a ser amplamente utilizada no nosso país desde 1992, ficamos por saber até que ponto este facto influenciou aquele resultado. A cultura do exsudado ocular não tem interesse pela frequente contaminação (5-8). O exame de material purulento de lesões vizinhas e do aspirado dos seios perinasais pode permitir o isolamento do microrganismo (1,2).

As alterações encontradas no estudo imunológico foram na sua maioria aumento da IgE, em crianças com sinusite, o que é habitual nestes doentes. Um doente apresentava défice de IgG2, e portanto maior predisposição para infecções, nomeadamente por *S. pneumoniae* e *H. influenzae*. Numa criança com CO detectou-se défice isolado de IgG3, por si só não significativo. Estes resultados parecem permitir concluir que a CRO, por si só, não é indicação para investigar um défice imunológico associado.

Todos os doentes foram tratados com antibióticos por via endovenosa durante o internamento. O uso de corticoterapia é controverso. Há autores que defendem o uso precoce de um ciclo curto de prednisolona (3 a 5 dias), sempre que se suspeite de CO, com o objectivo de reduzir o processo inflamatório responsável pela nevrite óptica e compressão vascular, que pode levar à cegueira (6). Não existem estudos controlados sobre o uso de corticoterapia sistémica na sinusite (11).

Quatro doentes com CO tiveram complicações oculares (abcesso subperiósseo), que são as mais frequentes após as complicações do sistema nervoso central. A evolução foi favorável em todos os doentes com o tratamento médico.

Neste trabalho, todas as crianças com suspeita de CO beneficiaram da observação por Oftalmologia e Otorrinolaringologia.

Neste estudo a patologia mais frequentemente associada à CRO foi a sinusite aguda, cujo diagnóstico é clínico, dispensando a realização sistemática da TAC. Os autores apresentam a sua proposta de abordagem da CRO.

BIBLIOGRAFIA

1. Fernandes A, Marques JG. Celulite da órbita na criança. *Acta Pediatr. ort.*, 1997; 28 (4): 325-30.
2. Marques J, Fernandes A. Abordagem prática da celulite da órbita na criança. Monografia Beecham-A Pediatria Prática e a Prática de Pediatria, 1996; 31-37.
3. Abrantes M, Fonseca H, Pedro E, et al. Celulite da órbita. *Rev. Port. Pediatr.*, 1991; 22: 115-120.
4. Bicho A, Brito M. Celulite da órbita. Monografia Beecham-Infecologia Pediátrica, 1993; 261-264.
5. Powell KR. Orbital and periorbital cellulitis. *Pediatr in Review*, 1995; 16 (5): 163-167.
6. Fernandes A, Faria D, Rocha G, et al. Celulite da região orbitária. *Rev Port D infec*, 1996; 19 (3-4): 201-208.
7. Israele V, Nelson JD. Periorbital and orbital cellulitis. *Pediatr Infect Dis J*, 1987; 6: 404-10.
8. Jones D, Steinkuller P. Microbial preseptal and orbital cellulitis. In Tasman W., Jaeger E.A., eds. *Duane's Clinical Ophthalmology*. Philadelphia, JB lippincottco. 1996, 4(25): 1-23.
9. Aidan P, François M, Prunel M, et al. Cellulite de la région orbitaire chez l'enfant. *Arch Pédiatr*, 1994; 1: 879-885.
10. Wald E. Sinusitis. *Pediatr review*, 1993; 14 (9): 345-350.
11. Isaacson G. Sinusitis in childhood. *Pediatr Clin North Am*, 1996: 1297-1317.
12. Ciarallo L, Rowe P. Lumbar puncture in children with periorbital and orbital cellulitis. *J Pediatr*, 1993, 122: 355-359.

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 33-41

Correspondência: Célia Madalena
Serviço de Pediatria
Hospital Geral de Santo António
Largo Prof. Abel Salazar
4000 Porto

COMPLICAÇÕES NEUROLÓGICAS DA VARICELA

Fátima Santos¹, Paula Fonseca¹, M. Gomes Costa²,
J. Dias Sousa², Teresa Temudo³

RESUMO

Na criança a varicela é geralmente considerada uma doença benigna. As complicações envolvendo o Sistema Nervoso Central (S.N.C.) manifestam-se habitualmente sob duas formas clínicas *major*: a ataxia cerebelosa e a encefalite cerebral difusa.

Com o objectivo de avaliar o tipo de complicações neurológicas, tratamentos efectuados e evolução clínica, os autores fizeram a revisão dos casos clínicos internados nos Serviços de Pediatria e de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos do Hospital Geral de Stº António, entre Janeiro de 1992 e Dezembro de 1997.

Estiveram internadas cinco crianças: três por ataxia cerebelosa e duas por meningo-encefalite.

Todas as cerebelites evoluíram para a cura, sem sequelas. Uma meningo-encefalite teve evolução fatal.

O aciclovir não parece ter influenciado o curso da doença nos dois casos em que foi utilizado.

O meio mais eficaz de prevenir estas complicações, será a inclusão da vacina da varicela no calendário nacional de vacinação.

Palavras-chave: varicela, ataxia, meningo-encefalite, criança.

SUMMARY

Chickenpox has long been considered a benign disease of childhood. However, the central nervous system (CNS) can be affected leading to either cerebellar ataxia or diffuse cerebral encephalitis, among other neurological syndroms.

A revision of the clinical files of children admitted with chickenpox to the Pediatric Service and Pediatric and Neonatal Intensive Care Service of Hospital Stº António, Oporto, between January 1992 and December 1997 was done, to evaluate the type of CNS complications, incidence, treatment and follow-up.

1. Interna Complementar de Pediatria
Hospitalar de Pediatria e Neuropediatria

2. Assistente Hospitalar Graduado de Pediatria
Hospital Geral Stº António-Porto

3. Assistente

Five children were admitted with neurological symptoms after chickenpox: three of those had cerebellar ataxia and two had meningoencephalitis.

All the children with cerebellitis and one with meningoencephalitis recovered completely. The other child with meningoencephalitis died.

No apparent relationship seemed to exist between the acyclovir treatment and the course of the disease.

We strongly believe that universal varicella vaccine is the effective way to protect children against these complications.

Keywords: chickenpox, ataxia, meningoencephalitis, child.

Introdução

A varicela pode ter múltiplas complicações, sendo a infecção bacteriana secundária das lesões cutâneas a mais frequente (2). Podem também ocorrer pneumonia, glomerulonefrite, artrite (por invasão directa do vírus ou por mecanismo imunológico), miocardite, hepatite e trombocitopenia (...) As complicações neurológicas são o segundo tipo mais comum de complicações.

O envolvimento do SNC manifesta-se por duas formas clínicas principais. A encefalite com sinais cerebelosos predominantes — ataxia cerebelosa — é a complicação neurológica mais comum e ocorre em cerca de 2% das crianças com varicela. É um quadro rapidamente progressivo que se caracteriza por nistagmo, discurso lentificado e ataxia da marcha. Podem também ocorrer irritabilidade, vômitos e rigidez da nuca (3). Apresenta habitualmente um curso benigno e autolimitado (2,4). A encefalite com sinais e sintomas cerebrais é uma situação mais dramática, embora mais rara, sendo a sua frequência inferior a 1%. Surge habitualmente nas crianças e é independente da gravidade e extensão das lesões cutâneas. Embora possa evoluir favoravelmente, pode deixar sequelas ou até ter um curso fatal (5). Ambos os quadros se iniciam dentro de dez dias após o aparecimento do exantema, embora ocasionalmente o possam preceder (2, 3).

Outras complicações neurológicas ainda mais raras são a meningite asséptica, Síndrome de Reye, mielite transversa, Síndrome de Guillain Barré, nevrite periférica e nevrite óptica (2, 5).

Pretendeu-se com o presente trabalho avaliar a clínica, tratamento efectuado e evolução das crianças internadas por complicações neurológicas da varicela nos últimos anos.

Material e métodos

Foi efectuada a revisão de todas as crianças internadas por varicela no Departamento de Pediatria do H.G.S.A., de Janeiro de 1992 a Dezembro de 1997. Analisaram-se os seguintes parâmetros: idade, sexo, antecedentes patológicos, manifestações clínicas e sua relação temporal com o exantema, exames auxiliares de diagnóstico, tratamento, tempo de hospitalização e evolução clínica.

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 43-48

Resultados

Neste período (5 anos) estiveram internadas por complicações neurológicas da varicela, cinco crianças: três por ataxia cerebelosa aguda e duas por meningo-encefalite. As crianças tinham idades compreendidas entre os doze meses e os nove anos; quatro eram do sexo feminino. Todas eram previamente saudáveis. O quadro neurológico iniciou-se 3 a 7 dias após o início do exantema (Quadro I). Para além da febre e vômitos, todos os casos de cerebelite apresentaram uma marcha atáxica de início súbito e máxima no início, à qual se associaram outros sinais, abaixo descritos (Quadro II). Relativamente às meningo-encefalites, uma das crianças apresentou como manifestações clínicas principais, a sonolência e a desorientação, traduzindo o envolvimento do córtex cerebral. A outra , para além da febre e vômitos, apresentou uma irritabilidade marcada e rigidez terminal da nuca. Cerca de 24 horas depois, iniciou convulsões tónico-clónicas generalizadas, tendo-se instalado de seguida um coma apneico não reactivo, acabando por falecer dois dias mais tarde (Quadro II).

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Clínica	Cerebelite	Cerebelite	Cerebelite	Meningo-encefalite	Meningo-encefalite
Idade	6A	9A	12M	7A	21M
Sexo	F	M	F	F	F
Início sint. neurol. pós-exantema (d)	7	5	3	5	7

Quadro I — Idade, sexo e início do quadro neurológico.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Sinais e sintomas	Cerebelite	Cerebelite	Cerebelite	Meningo encefalite	Meningo encefalite
Gerais:					
vômitos+	+		+	+	
febre		+	+	+	+
exantema (crosta)	+	+	+	+	+
Neurológicos:					
marcha atáxica	+	+	+	+	
nistagmo	+			+	
dismetria	+			+	
disc.lentificado		+			
letargia				+	
irritabilidade			+		+
desorientação				+	
cefaleias				+	
rigidez nuca					+/-
convulsões					+
sonolência				+	
coma					+

Quadro II — Clínica neurológica.

saúde infantil

1998; 20/3: 43-48

Relativamente aos exames efectuados (Quadro III), o exame do líquido demonstrou uma celularidade aumentada em todos os casos, proteinorráquia e glicorráquia dentro dos limites normais e exame microbiológico estéril. A pesquisa de anticorpos antivaricela-zoster no líquido foi efectuada em dois casos de cerebelite e num dos casos de encefalite e revelou-se positiva. O caso nº 5 apresentou no sangue IgM e IgG positivas para o vírus da varicela zoster, com outras serologias negativas, nomeadamente para o vírus *Herpes simplex*.

O electroencefalograma foi realizado apenas na meningoencefalite com evolução desfavorável, demonstrando uma alteração cerebral corticocerebral difusa com ondas lentas delta, traduzindo um processo de encefalite. Nesta, a TAC cerebral efectuada ao segundo dia de internamento, apresentava-se normal.

LCR	Cerebelite	Meningo-encefalite
Células (c/mm ³)	10-66 (60%-92%MN)	22-124(6,5%-50%MN)
Proteínas (g/L)	0,18-0,36	0,24-0,36
Glicose (g/L)	0,55-0,68	0,55-0,78
Ex.Microb.	Estéril	Estéril
Serologia(Ac anti v-z)	Ig G + (2 casos)	Ig G + (1 caso)
EEG		Mening. Necrohem. "...ondas delta difusas..."
TAC CEREBRAL	2 casos Normal	Mening. Necrohem. Normal

Quadro III — Exames auxiliares de diagnóstico.

O tempo de hospitalização variou de 3 a 10 dias, tendo os dois casos de encefalite efectuado tratamento com aciclovir endovenoso, durante 5 dias na dose de 10 mg/Kg/dose de 8/8 horas.

Todos os casos de cerebelite e um dos casos de meningoencefalite evoluíram para a cura, sem sequelas. O segundo caso de encefalite faleceu ao 5º dia de internamento. Foi efectuada punção transfontanelar post mortem, tendo sido retirado um material gelatinoso róseo, purulento, que não permitiu a contagem de células no exame citoquímico e que se revelou estéril ao exame microbiológico. Concluimos tratar-se de meningoencefalite necrohemorrágica pós varicela, embora a autópsia fosse recusada pelos pais.

Não foram encontradas outras complicações neurológicas da varicela.

Conclusões e discussão

A ataxia e a encefalite pós varicela são considerados processos para-infecciosos, resultantes provavelmente de um mecanismo imunológico desencadeado pela presença dos vírus,

levando a uma desmielinização perivascular, e não da invasão directa dos neurónios pelos vírus (2, 3, 4, 6).

A variabilidade de sinais e sintomas indica que mais de uma área do cérebro pode estar envolvida simultaneamente. No caso clínico nº 4 atrás apresentado, para além do atingimento do córtex cerebral, a criança apresentava também uma clínica compatível com atingimento cerebeloso e meníngeo, traduzindo uma meningoencefalocerebelite.

A separação nos dois tipos *major* de complicações facilita inferir sobre o prognóstico.

A cerebelite é uma doença autolimitada, sem necessidade de tratamento e geralmente com um bom prognóstico (4). O início é abrupto, sendo a ataxia máxima no início, variando de uma leve instabilidade até à completa incapacidade de ficar de pé ou caminhar. Em contraste com a instalação do quadro, a recuperação da ataxia cerebelosa é habitualmente prolongada, levando a recuperação completa em semanas a meses. Embora habitualmente benigna, a persistência dos sintomas por mais de seis meses e a presença de nistagmo marcado, disartria, tremores da cabeça e tronco ou irritabilidade moderada, têm um risco aumentado de sequelas neurológicas permanentes (3, 4).

O diagnóstico de cerebelite pós infecciosa aguda é de exclusão. Contudo, numa criança na qual a ataxia se desenvolve durante uma infecção por varicela, dado a associação entre as duas estar bem estabelecida, não está indicado recorrer a exames de neuroimagem sempre que o quadro clínico apresentar uma evolução favorável (3). O método de eleição para demonstrar a presença de desmielinização é a ressonância nuclear magnética (2, 10).

A encefalite pode apresentar uma evolução benigna e não deixar sequelas. Mais raramente pode ter um curso fatal, sendo referido em algumas séries taxas de mortalidade de 35%(5). O quadro clínico é em tudo semelhante ao das encefalites por outros agentes, com febre, convulsões e sinais focais. Ao contrário das encefalites pelo *Herpes simplex*, o aciclovir parece não influenciar o curso da encefalite pelo vírus da varicela, provavelmente pelo mecanismo etiopatogénico envolvido ser distinto, havendo autores que aconselham um tratamento com corticoterapia (10).

Dado a varicela ser uma doença altamente contagiosa, com complicações que, embora pouco frequentes, podem ser fatais, e não estar demonstrado um efeito significativo na redução da taxa de complicações com o uso do aciclovir, tem sido proposto a inclusão desta vacina contra o vírus Herpes-zoster no calendário nacional de vacinação, dado a vacina de vírus vivos atenuados ter-se mostrado segura e eficaz (1, 7, 8, 9).

Finalmente, como no caso da vacinação da parotidite, as crianças normais beneficiariam da vacinação da varicela, não só pela eventual severidade da doença, mas também pelo seu inevitável aparecimento e consequentes custos sociais (absentismo escolar e laboral).

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 43-48

BIBLIOGRAFIA

1. Varicella-Zoster Infections/Report of the Comittee on Infections Diseases. American Academy of Pediatrics. Red Book, 1997; 573-583.
2. Valente P, Groz Dias P, Pinheiro M, et al. Doenças com erupção pápulo vesicular. In:Groz Dias P. Temas de infecciologia Pediátrica.Lisboa. Litomarco. 1993:51-70.
3. Mac Donald GP. Ataxia of Childhood. In: Berg BO. Child Neurology:A Clinical Manual. Philadelphia. Lippincott Company. 1994:287-305.
4. Fenichel GM. Ataxia. In: Wonsiewicz M. Clinical Pediatric Neurology: A signs and symptoms approach. Philadelphia: WB Saunders. 1988:233-247.
5. Ross J, Milbourn PE. Central Nervous System manifestations of chickenpox. C.M.A.Journal 1970;102:831-834.
6. Lobo Antunes N. Encefalites. In: Groz Dias P. Temas de Infecciologia Pediátrica. Lisboa. Litomarco. 1993:243-254.
7. Reuman PD, Rathore MH, Ayoub EM.Developments in Childhood Immunization. Current Problems in Pediatrics 1996;26:107-137.
8. Holmes SJ, Reef S, Hadler SC, Williams WW, Wharton M. Prevention of Varicella-Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. MMWR 1996; 45;NºRR-11:1-27.
9. Averbhoff FM, Williams WW, Hadler SC: Imunization of A dolescents- American Academy of Pediatrics, The American Academy of Family Physicians,and The American Medical Association.MMWR 1996;45 NºRR-13:1-13.
10. Sebag O, Mas JC, Bebin B,Ferracci JP, Sebag F. Leucoencéphalite avec hémiplegie au cours d'une varicelle. Arch Pédiatr 1997;4:1100-1102.

Correspondência: Maria de Fátima Oliveira dos Santos Poças
 Serviço de Pediatria
 Hospital Geral de Santo António
 Largo Prof. Abel Salazar
 4050 Porto Tel: (02) 20 19 700

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 43-48

CRIANÇAS EM RISCO ?

Consumo de álcool, tabaco e droga nos alunos de uma escola do primeiro ciclo do ensino básico

Nuno Pereira², Carlos Prior², Cristina Antunes¹, Helena Baía³, Teresa Lopes³

RESUMO

Integrado no Programa "Viva a Escola", o Centro de Saúde tem colaborado em acções de Educação para a Saúde, de parceria com outras instituições da comunidade, numa escola do primeiro ciclo do ensino básico situada numa zona habitacional considerada de risco social.

Na sequência das acções desenvolvidas, procedeu-se à realização de um estudo de observação descritivo e transversal através da aplicação de um questionário aos alunos do 3º e 4º anos dessa escola.

Foram objectivos do estudo conhecer: condutas de risco e nível de conhecimento em relação a álcool, tabaco e droga; hábitos de consumo nos conviventes.

Dos resultados obtidos salienta-se: 50,0% das crianças referem ter contacto com bebidas alcoólicas; 13,6% dizem já ter fumado; 29,5% já viram droga, embora todos neguem ter consumido.

A maioria das crianças tem informação sobre os malefícios das condutas de risco analisadas.

Palavras-chave: crianças, tabaco, álcool, drogas.

SUMMARY

Fernão de Magalhães' Health Centre has collaborated in health education actions in a school which is in a high social risk area.

After the developed actions, the authors made a descriptive and transversal study with the application of a small questionnaire to the pupils of the third and the fourth years of that school.

1 Interno do Internato Complementar de Clínica Geral 2 Assistente de Clínica Geral 3 Assistente Graduado de Clínica Geral
Centro de Saúde Fernão de Magalhães, Coimbra.

The study aimed at checking the pupils' habits and knowledge about alcohol, tobacco and drugs, as well as the consumption habits among their families and friends.

From the results we want to stress: 50,0% of the children refereed contact with alcoholic drinks; 13,6% refereed that they had already smoked; 29,5% said that they had seen drugs, in spite of all of them had said that they had never consumed them.

The majority of the children were informed about the malefic of those risk conducts submitted to analysis.

Keywords: children, alcohol, tobacco, drugs.

Introdução

A direcção de uma escola situada numa zona habitacional de risco social convidou o Centro de Saúde a integrar uma equipa multidisciplinar com o objectivo de dinamizar actividades de educação para a saúde. Foram efectuadas várias reuniões com alunos, professores, pais e encarregados de educação, versando temas escolhidos pela escola de acordo com as necessidades expressas. A escola está situada numa zona urbana. O nível sócio-económico da população residente é predominantemente baixo.

Os estilos de vida estão inteiramente ligados aos valores, às prioridades e às possibilidades ou condicionamentos práticos de situações culturais, sociais e económicas determinadas (1).

Poderemos modificar este imperativo quando os estilos de vida não são saudáveis?

O álcool e o tabaco são substâncias cujo consumo tem vindo a aumentar em idade escolar.

Os efeitos devastadores que acompanham a toxicodependência e a baixa percentagem de êxito na recuperação e reinserção social tornam urgente a prevenção primária (2).

Entende-se por prevenção primária das toxicodependências "o conjunto de acções que visam informar, sensibilizar e formar os indivíduos que integram uma determinada comunidade, de modo a evitar a ocorrência de situações de risco que levem à toxicodependência" (3).

Podemos estender este conceito a outras toxicodependências como o álcool e o tabaco, também nocivas à saúde das crianças.

Modificar opiniões, educar para prevenir, deverá ser feito a partir da escola, com a interacção dos professores, pais e comunidade. O álcool é a droga mais consumida na população em geral e escolar em particular, observando-se um aumento do seu consumo. O hábito de fumar é a causa mais importante de doença e morte precoce, estando a enraizar-se o seu consumo entre os adolescentes.

É indispensável repensar as práticas de saúde e educação, encontrando vias que permitam às crianças e jovens agir como sujeitos activos do seu próprio desenvolvimento e assumir protagonismo na promoção da saúde das suas famílias e da comunidade onde vivem (4).

Assim, a saúde escolar deverá ser um processo participativo, voltado para o desenvolvimento de todos os intervenientes - educadores, alunos e comunidade. Um dos objectivos

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 49-57

será o de melhorar o bem estar dos indivíduos e dos grupos, o que exige considerá-los como um dos principais recursos em saúde, autónomos e responsáveis.

O médico de família tem um papel fundamental em toda esta dinâmica, conhecedor dos problemas individuais, familiares e da comunidade em que está inserido.

Foram objectivos deste trabalho identificar consumos e avaliar conhecimentos em relação a álcool, tabaco e drogas e conhecer hábitos de consumo nos conviventes.

Metodologia

Procedeu-se à realização de um estudo de observação, descritivo e transversal com aplicação de um questionário anónimo a alunos de uma escola que frequentavam o 3º e 4º anos do ensino básico, em Junho de 1997.

As variáveis analisadas foram: idade, conhecimento acerca de bebidas alcoólicas, tabaco, drogas e doenças associadas ao consumo; avaliação dos consumos nas crianças e conviventes.

Para avaliação da variável conhecimento acerca de drogas e doenças associadas foram utilizadas no questionário perguntas abertas.

O registo de dados foi efectuado numa ficha elaborada para o efeito onde foram anotados os valores das diferentes variáveis. Os dados foram processados informaticamente em Dbase IV.

Procedeu-se ao estudo descritivo das variáveis em análise, nomeadamente à sua distribuição de frequência.

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 49-57

Resultados

Responderam ao questionário as 44 crianças presentes (91,7%) das 48 inscritas na escola. As idades variavam entre os 8 e os 12 anos (média 9,5 anos).

22 (50,0%) não bebem bebidas alcoólicas. Das restantes 22, metade bebe habitualmente à refeição (11) e a outra metade também consome fora dela, principalmente cerveja.

Segundo as crianças, 33 (75,0%) pais bebem à refeição. Destes, 18 (54,5%) consomem bebidas alcoólicas também fora da refeição.

Bebem regularmente à refeição 11 mães (25,0%), nenhuma consumindo fora dela.

De todas as crianças, apenas 2 (4,5%) referem que o vinho / cerveja dá força e não provoca doença. As restantes apontam como doenças principais, provocadas pelo consumo de bebidas alcoólicas, os transtornos de "cabeça", do estômago e do fígado (fig. 1).

O vinho/cerveja provocam doenças? Quais?

N=44

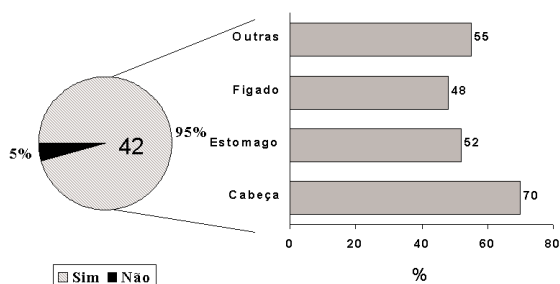


Figura 1 — Relação do tabaco e álcool com doença.

Seis crianças (13,6%) referem ter fumado alguma vez, sendo todas filhas de pais fumadores. 35 (79,5%) pais e 7 (15,9%) mães fumam regularmente. Catorze crianças (31,8%) referem conviver com amigos fumadores.

Apenas uma criança responde que o tabaco não faz mal à saúde. As restantes apontam como doenças principais o cancro, as doenças pulmonares e do coração (fig.2).

O tabaco faz mal? Que doenças provoca?

N=44

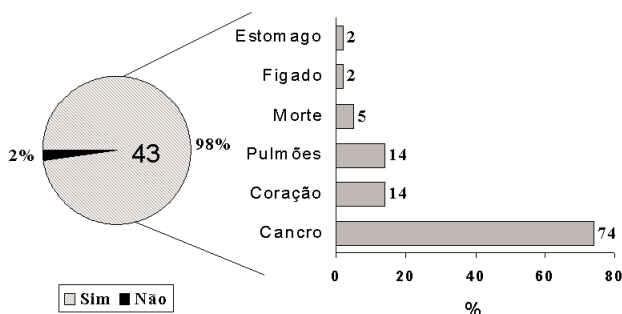


Figura 2 — Efeitos do tabaco e álcool.

Das 44 crianças 13 (29,5%) referem já terem visto droga, contudo nenhuma terá experimentado. Duas (4,5%) referem que já lhes foi oferecida e 3 (6,8%) têm amigos que já consumiram alguma vez.

Todos conhecem nomes de drogas, sendo as mais referenciadas a cocaína e o haxixe (fig.3).

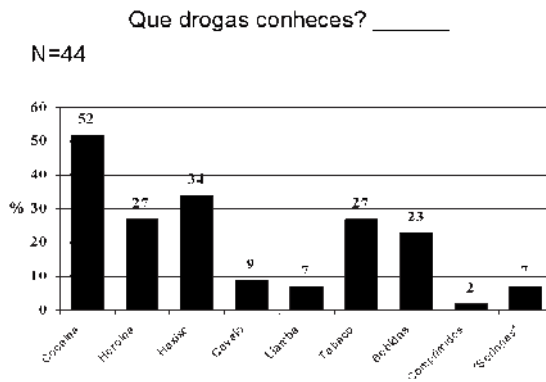


Figura 3 — Tipo de drogas conhecidas.

As doenças relacionadas com o consumo de droga são muito variadas, segundo a opinião das crianças. Contudo a morte é a situação mais vezes mencionada (fig.4).

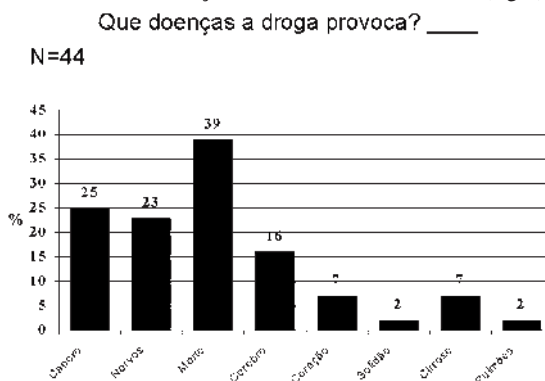


Figura 4 — Doenças relacionadas com o consumo de drogas.

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 49-57

Em resposta à pergunta "O que deve fazer o governo para acabar com a droga", a solução mais vezes apontada é a prisão dos vendedores (fig.5).

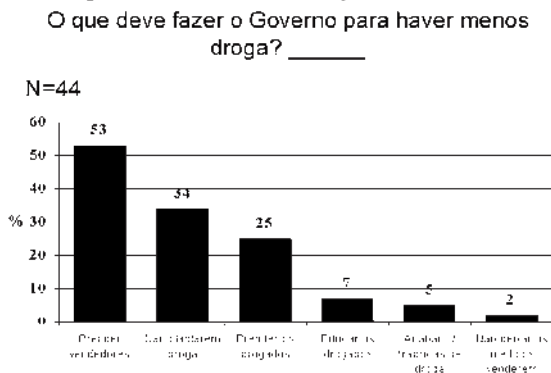


Figura 5 — Atitudes que deveriam ser tomadas.

Discussão e conclusões

A Saúde Escolar e a Educação para a Saúde são actividades inerentes ao perfil do médico de Medicina Geral e Familiar.

O papel do médico de família é muito importante em virtude da sua proximidade e do conhecimento que possui da criança, da escola, da família e da comunidade envolvente.

A intervenção, no sentido de incentivar a adopção de estilos de vida saudáveis, prevenindo comportamentos prejudiciais para a saúde, tem que ser baseada em estratégias aceites pela comunidade e deve começar o mais cedo possível.

A aplicação de questionários muito simples e a divulgação dos resultados constituem estratégias que contribuem para o envolvimento das crianças na sua aprendizagem e leva os adultos a tomar consciência das oportunidades perdidas pelos seus filhos.

É neste contexto que o presente estudo deve ser interpretado. As limitações inerentes à constituição da amostra não nos permitem extrapolar os resultados para a restante comunidade escolar. No entanto podemos tirar algumas ilações que poderão ser muito úteis em futuras acções de intervenção na comunidade.

No presente estudo constata-se que as crianças assimilaram os conhecimentos que adquiriram na escola e nas acções efectuadas pelo Centro de Saúde, tendo conhecimento dos malefícios de hábitos nocivos como o álcool, o tabaco ou a droga. Contudo, a comunidade em que estão inseridos e os hábitos da própria família, levam ao seu consumo precoce. Para conseguir a mudança de comportamentos e atitudes é necessário um trabalho árduo e paciente sempre em consonância com os valores dominantes e respeitando a cultura da comunidade envolvente.

Num estudo realizado no norte de Portugal, os autores verificaram que uma percentagem elevada de crianças dos 6-8 anos consumiam bebidas alcoólicas regularmente, sobretudo vinho (45% em Chaves e 74% em Braga) e que a ingestão de cerveja é esporádica e atinge todos os grupos (5).

A ingestão de bebidas alcoólicas é sempre prejudicial às crianças e o seu consumo regular, mesmo em pequenas quantidades, envolve riscos consideráveis e preocupantes.

As manifestações clínicas de intoxicação crónica pelo álcool podem atingir diversos órgãos e os sintomas podem traduzir-se em deterioração mental, malabsorção e alterações neurológicas, entre outras.

No Hospital Pediátrico de Coimbra, num estudo levado a efeito na Consulta Externa, os autores concluíram que os problemas apresentados por um grupo de crianças com ingestão regular de bebidas alcoólicas, nesse caso o vinho, foram vários, desde insucesso escolar, atraso de desenvolvimento, alterações de comportamento, distúrbios neurológicos e enurese, frequentemente associados a factores emocionais. Em 25% dessas crianças o pai era alcoólico (6).

No presente estudo, 50% das crianças têm contacto regular com álcool e 32% têm idades acima de 11 anos, com insucesso escolar evidente, o que vem de encontro às conclusões de alguns estudos realizados no nosso país acerca desta temática.

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 49-57

Outros estudos, com metodologia diversa, chegaram a conclusões semelhantes. Em 1988, um grupo de médicos estudou a população escolar do concelho de Vila Nova de Paiva e concluiu que existia uma percentagem elevada de crianças em idade escolar com hábitos alcoólicos, sendo o número mais significativo nos alunos do Ensino Primário, sem haver discriminação por sexo, facto este que se alia a hábitos idênticos no meio familiar. Verificava-se uma diminuição no Ensino Preparatório, aumentando depois no Ensino Secundário principalmente, nos indivíduos do sexo masculino (7). Também em Murcia - Espanha, num estudo efectuado em populações escolares, os autores constataram que 83% dos inquiridos ingeriram álcool pelo menos uma vez, 2,5% consomem diariamente e 14% iniciaram o consumo antes dos 10 anos, não se encontrando diferença entre os sexos. 91% da população estudada acredita que o álcool prejudica a saúde, contudo 11% pensa que não cria dependência (8).

O Médico de Família tem um papel fundamental a desempenhar na detecção e supressão do consumo de álcool por crianças e adolescentes, sobretudo na sua prevenção, quer nas consultas de vigilância pré-natal, quer nas de saúde infantil e juvenil, aproveitando todas as oportunidades para esclarecer os pais e as próprias sobre os efeitos nocivos do álcool e de outras substâncias.

Prevenir, educar e intervir é, muitas vezes, tão somente proporcionar ou incentivar o emergir de ideias, projectos ou o aproveitamento de recursos. Cabe a todos nós, cada um a seu nível (Saúde, Escola, Comunidade), com os seus saberes específicos, contribuir para a adopção de hábitos que conduzam a uma melhor qualidade de vida.

Sabe-se que a toxicodependência, nos dias actuais, quase epidemia social, se impõe perante nós, técnicos ou apenas cidadãos. Contudo as saídas encontradas raramente são adequadas (9).

As crianças que usufruíram da intervenção do Centro de Saúde têm conhecimento do mundo da droga, lidando de perto com o seu consumo e com as consequências que daí advém. Elas têm noção dos perigos a que estão sujeitos, mas saberão resistir-lhe? Só com uma política de desenvolvimento integrado, que possibilite uma melhoria real das condições de vida das suas famílias será possível uma prevenção com eficácia.

Outro problema detectado foi o consumo de tabaco. 13,6% das crianças já fumaram alguma vez, sendo todos filhos de pais fumadores.

Segundo Daniel Silva o fumador experimenta numerosas satisfações imediatas em fumar, enquanto que os elementos que poderiam dissuadi-lo lhe parecem longínquos. Os jovens são saudáveis e não conseguem identificar-se com a ideia de morrer duma doença longínqua, daí os perigos do tabagismo não interferirem no iniciar nem no continuar deste vício (10).

Os estudos realizados no mundo ocidental mostram-nos que é na adolescência que a grande maioria dos fumadores experimenta ou consome tabaco, de forma mais regular, pelo que deverá ser nesta fase da vida que a investigação e as medidas de educação preventiva deverão incidir.

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 49-57

Num trabalho realizado em Viseu os autores constataram que 19% dos adolescentes tiveram o seu primeiro contacto com o tabaco antes dos 12 anos¹¹. Goulão e Medeiros encontraram a idade de início de 11 anos para os rapazes e 13 para as raparigas (12).

Contudo, a idade de início do contacto com o tabaco não indica que o adolescente se torna de imediato fumador regular, embora tenha grande probabilidade de se manter a vida inteira.

Se o problema da redução da prevalência é importante, o da incidência não é menor e continua a ser um desafio importante para todos os que se interessam pela saúde. A família, a escola, a comunidade e o poder político têm de juntar esforços na sua prevenção.

Mas a prevenção não pode basear-se só na introdução de conteúdos educativos, já que boa parte da aprendizagem se realiza de maneira informal, mesmo na escola. Um dos eixos para prevenção do tabagismo entre os adolescentes passa por transmitir a percepção de que fumar não é um comportamento normal. Para isso será importante estabelecer o não fumar como norma na escola, promovendo a imagem dos adultos e amigos não fumadores, como modelo de imitação e envolver todos os profissionais da escola na mesma tentativa (11,13).

Em relação ao papel do médico de família, para além de todas as acções em que possa participar na comunidade, consideramos que, no âmbito da equipa de Cuidados de Saúde Primários a via a seguir quanto à prevenção do tabagismo e das outras dependências será a da intervenção oportuna, a qual deverá fazer parte integrante de todas as consultas.

Na sequência do nosso estudo, foi possível concluir:

Metade das crianças referem contacto precoce e continuado com bebidas alcoólicas.

A maioria dos pais é consumidor regular de tabaco e de bebidas alcoólicas.

Um número apreciável (13,6%) de crianças refere já ter fumado.

Há um conhecimento e uma proximidade de drogas.

Quando interrogadas acerca das soluções que preconizavam para solucionar o problema, a maioria das crianças defendem medidas repressivas.

O meio em que estão inseridas e a idade condicionam as suas opiniões.

É essencial levar as populações a tomar consciência do seu papel activo na saúde, proporcionando-lhes meios para o concretizarem, corresponsabilizando-as, assim, pela garantia de uma vida com qualidade.

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 49-57

BIBLIOGRAFIA

1. Giraldes MR. Estilos de vida e nível socio-económico: o exemplo do consumo de tabaco em Portugal. Revista Portuguesa de Saúde Pública 1996 ; 14(2) ; 69-72
2. Costa TD, Lasa N. Adolescentes e toxicodependência- uma experiência de prevenção primária. Rev Port Clin Geral 1991; 8 (3): 99-101.
3. Boletim Divulgação. Lisboa, Gabinete de Planeamento e Coordenação do combate à droga, 1987-1988;1,2 e 3.
4. Ciclo de Estudos Especiais em Saúde Escolar. Que futuro para a Saúde Escolar? Rev Port de Saúde Pública 1993; 11(3): 33-6.
5. Cidrais JC, Araujo MF, Cidrais F, Rocha MG, Rodrigues CC. Hábitos de bebida das crianças do norte de Portugal. Saúde Infantil 1998; 20/2: 129-35.
6. Julia E, Gonçalves C, Negrão F, Fonseca N. Crianças que ingerem bebidas alcoólicas. Rev Por Clin Geral 1987; 22: 32-7.
7. Silva BS, Roxo PC, Macedo C. Hábitos alcoólicos na população escolar do Concelho de Vila Nova de Paiva. Rev Port Clin. Geral 1998: 41: 13-8.
8. Quevedo JC, Vicente FB, Rives LV, Navarro MG, Garcia FM, Gómez MJ. Consumo de álcool entre escolares de sétimo de EGB. Aten Primaria 1994; 13(9): 495-97.
9. Frasquilho MA, Marques AP. O papel da comunidade na prevenção primária das toxicodependências. Rev Port de Saúde Pública 1992; 10 (4) : 47-54.
10. Silva DM, Silva EMVB. O adolescente e o tabaco. Saúde Infantil 1997; 19/2: 17-22.
11. Silva D, Silva EB. Tabaco: a primeira vez. Saúde Infantil 1997; 19/2: 23-30.
12. Goulão JMC, Medeiros JAS. Inquérito aos hábitos tabágicos em jovens escolares do ensino secundário. Coimbra Médica 1981; 2(2): 129-133.
13. Bellestin M, Janregui O, Ribera S, Villalbi JR. El tabaco en las escuelas primárias. Aten Primaria 1992; 10(6): 834-6.

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 49-57

PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO NOS PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA

Luísa Martins Rocha¹, António Gomes¹

RESUMO

O aleitamento materno é a melhor forma de alimentação desde o nascimento, mas a sua prevalência tem sido muito variável ao longo dos tempos, tendo atingido valores muito reduzidos nas décadas de 60-70.

Com o objectivo de determinar a prevalência do aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida na população da área de influência do Hospital Garcia de Orta, efectuou-se um inquérito a 250 puérperas no dia da alta da maternidade, as quais foram novamente contactadas ao fim de 1, 3, e 6 meses.

Verificou-se que a taxa de aleitamento materno nessas datas foi de 99,2%, 85,6%, 54,5% e 30,4%. Analisando a taxa de abandono, constata-se que a prevalência da amamentação é gradualmente decrescente ao longo destes seis meses, não se identificando nenhum período preferencial de abandono.

Discutem-se os resultados e sugerem-se algumas estratégias de intervenção no sentido de melhorar estes valores.

Palavras-chave: aleitamento materno, prevalência.

SUMMARY

Breastfeeding is the best for all babies since birth, but its prevalence has changed a lot with extremely low rates in the 1960's and 1970's.

To quantify the prevalence of breastfeeding during the first six months of life, within the population served by the Hospital Garcia de Orta, an inquiry was applied to 250 mothers, at discharge and at the end of the 1st, 3rd and 6th month of life.

The results show that the rate of breastfeeding was 99.2%, 85.6%, 54.5% and 30.4%, at the above mentioned dates. The prevalence is gradually decreasing, without any abrupt decrease at any period of time.

We discuss the results and suggest some measures in order to improve those values.

Keywords: breastfeeding, prevalence.

1. Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta.

Introdução

A prevalência do Aleitamento Materno (AM) tem sofrido muitas oscilações ao longo dos tempos. Nas décadas que se seguiram à Segunda Guerra Mundial, assistiu-se a uma grande diminuição intimamente relacionada com a modificação profunda de vários factores de ordem socio-económica, cultural e sobretudo comportamental. Nos últimos anos tem-se verificado, nalguns países, uma inflexão nesta descida(1,2,5,7,8,13,14), tendo Portugal acompanhado esta tendência graças ao esforço colectivo de várias entidades, nomeadamente da Organização Mundial de Saúde e estruturas governamentais, junto dos profissionais de Saúde, em especial os relacionados com a Saúde Materno Infantil, sensibilizando-os para a promoção do AM e para a sua manutenção, durante os primeiros seis meses de vida (1,3,8,9,14).

A informação transmitida directamente à população através dos órgãos de comunicação social, embora insuficientemente utilizada, é igualmente um bom meio de divulgação.

Os benefícios para a mãe e para o bebé são universalmente conhecidos e, à medida que aumentam os conhecimentos neste campo, maior é o número de razões que nos levam a querer implementar esta prática (1,5,6,11,14).

A promoção do AM foi considerada, desde o início do funcionamento dos serviços de Pediatria e Obstetrícia do Hospital Garcia de Orta (HGO), como objectivo importante e fundamental, incentivando-se a amamentação precoce e praticando-se o alojamento conjunto dos recém-nascidos (RN) e suas mães, desde o nascimento.

No entanto, vários estudos documentam que, mesmo nos hospitais em que isto se verifica, a taxa de abandono é elevada durante os primeiros meses, ficando muito aquém dos valores que seriam desejáveis, o que revela que muito ainda há a fazer nesta área (1,2,3,7,8,10,14,15,16).

No nosso país tem-se partilhado desta preocupação mundial, tendo sido recentemente criada, uma Comissão Nacional, inserida na Iniciativa de âmbito Internacional "Hospitais Amigos dos Bebés" por forma a planear, desenvolver e centralizar todos os esforços relacionados com este tema(8,9).

Com o intuito de melhor conhecer esta realidade na população da área de influência do HGO, os autores realizaram um trabalho cujo objectivo foi determinar a prevalência do AM à saída da maternidade e no fim do 1º, 3º e 6º meses de vida.

Material e métodos

A amostra foi constituída por 250 RN da maternidade do HGO, correspondentes a 23,7% do total de RN durante esse período, nesta Unidade de Saúde, escolhidos de uma forma aleatória, durante o período de 1 de Julho a 30 de Setembro de 1994.

Constituíram critérios de inclusão residirem na área de influência do Hospital e terem permanecido sempre junto da mãe, não tendo, portanto, necessitado de internamento nos

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 59-66

Cuidados Intensivos ou Especiais Neonatais. Foram incluídas diariamente no estudo 5/6 RN, escolhidos ao acaso, sem outros critérios de selecção além dos acima referidos.

Foi elaborado um questionário e aplicado por entrevista directa à mãe no dia da alta da maternidade. Todas as entrevistas foram realizadas por um único entrevistador (LMR). Posteriormente, as mães foram contactadas pelo mesmo entrevistador ao fim do 1º, 3º e 6º meses, em que eram inquiridas sobre a data em que tinham deixado de dar de mamar, a fim de determinar a prevalência do AM ao longo dos primeiros seis meses de vida..

O questionário incluía além dos dados demográficos como a idade da mãe e o nível socio-económico, as seguintes variáveis : vigilância da gravidez (a), tipo de parto, sexo do RN, duração do internamento, administração de Leite Artificial (LA) durante a permanência na maternidade e qual a alimentação à saída b.

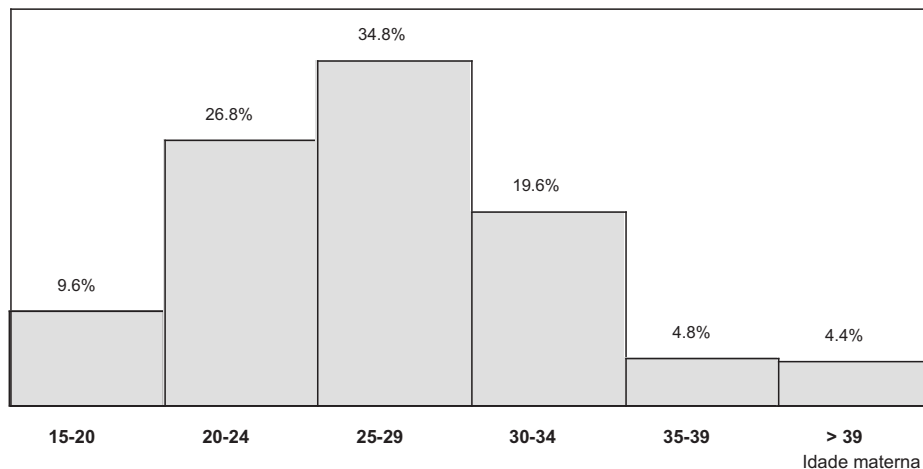
- a) Definiu-se gravidez vigiada como aquela em que o número de consultas foi igual ou superior a 4.
- b) Tipo de leite administrado nas últimas 24 horas antes da alta.

Resultados

A análise dos elementos colhidos da amostra revelou que 203 (81%) das mães tinham idades compreendidas entre os 20 e os 35 anos (Figura nº1).

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 59-66



Legenda: Idade Materna.

Relativamente ao nível socio-económico, para o qual foi utilizado uma adaptação da Escala de Graffard, predominaram as Classes III e IV: 181 (72,4%) do total distribuídos equitativamente, 33 (13,2%) pertenciam à Classe I, 24 (9,6%) à Classe II e 12 (4,8%) à Classe V (Figura n.º 2).

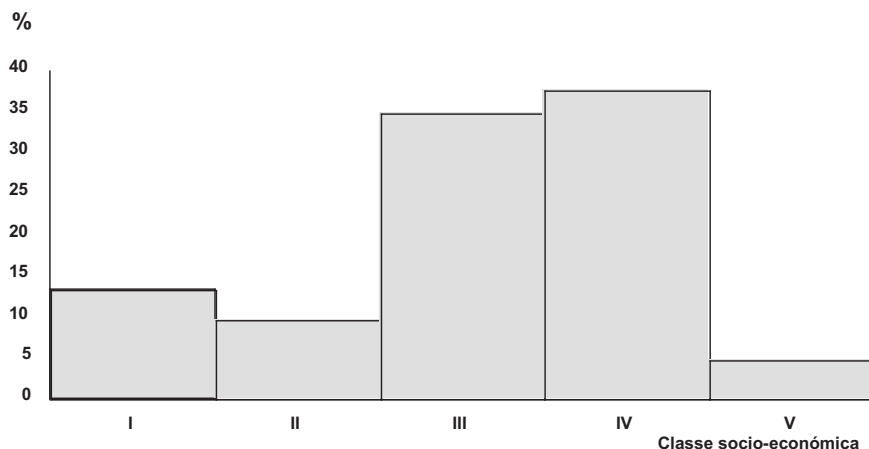


Figura 2 — Classe socio-económica.

Em 231 casos, correspondente a 92,4%, as grávidas tiveram gravidezes consideradas vigiadas.

No que diz respeito ao tipo de parto, 158 (63%) foram eutócicos, 51 (20%) fórceps e cesariana em 41 (16%) casos.

A duração do internamento na maternidade, função do tipo de parto referido atrás é, respectivamente, 2, 3 e 5 dias, o que se traduziu, na nossa amostra, numa média de 3 dias e mediana de 2 dias. Deste modo, 132 RN (52,8%) estiveram dois dias na maternidade e só 51 (20,4%) permaneceram mais de quatro dias.

Eram do sexo masculino 138 (55,2%) RN.

Durante a permanência no Hospital, 137 RN (55%) foram alimentados com Leite Materno (LM), enquanto 112 receberam também Leite Artificial (LA), pelo menos uma vez (a maioria no período nocturno).

Sabendo que a probabilidade dos RN nascidos por cesariana receberem LA é maior, fomos analisar a distribuição destes 112 em relação ao tipo de parto e constatámos que 36 tinham, de facto, nascido por cesariana, mas em 53 o parto foi eutócico e 23 por fórceps. Globalmente, 88% do total de RN nascidos por cesariana, 45% por fórceps e 33,5% de parto eutócico, receberam LA durante a sua permanência no Hospital, pelo menos uma vez.

No que se refere à alimentação à saída, constatámos que 220 (88%) dos RN estavam a ser amamentados exclusivamente, 28 (11,2%) faziam Aleitamento Misto (AMx) e só 2 (0,8%) recebiam unicamente LA. Deste modo 99,2% dos RN estavam com LM à saída da maternidade. Os dois casos de aleitamento artificial foram por opção materna e não por razões médicas.

Através das entrevistas efectuadas posteriormente verificámos que no fim do primeiro mês 170 RN (68%), permaneciam com LM exclusivo; 44 RN (17,6%) estavam com AMx e 36

(14,4%) apenas com LA. Deste modo, a prevalência do Aleitamento Materno na nossa amostra, foi de 85,6% ao 1º mês.

No fim do 3º mês só foi possível contactar 244 das 250 mães que iniciaram o estudo. Destas, 102 (41,8%) amamentavam em exclusivo os seus bebés, 31 (12,7%) faziam AMx e 111 (45,5%) estavam só com LA. A prevalência do Aleitamento Materno ao 3º mês é, assim, de 54,5%.

Ao 6º mês de vida, das 243 contactadas, 54 (22,2%) faziam LM exclusivo, estando já 170 (69,9%) com LA; 19 (7,8%) estavam com AMx. Estes valores determinam uma prevalência do AM ao 6º mês de vida de 30,4% (Figura n.º 3).

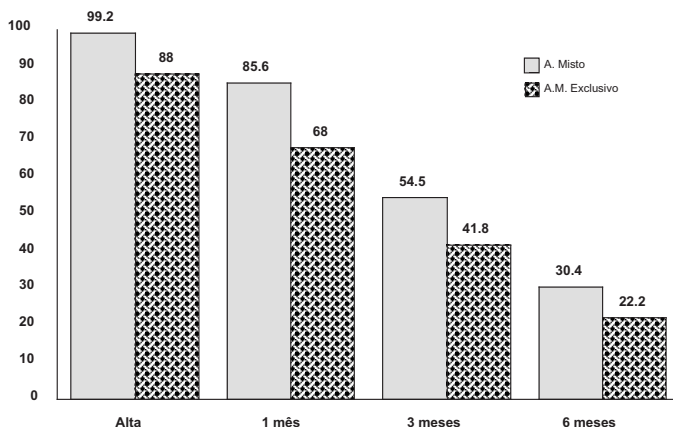


Figura 3 — Prevalência do aleitamento nos primeiros 6 meses

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 59-66

A distribuição desta prevalência por semanas de vida, mostra uma curva progressivamente descendente, função da unidade de tempo, traduzindo uma taxa de abandono de 14,4%, 45,5% e 69,6% respectivamente ao 1º, 3º e 6º meses (Figura n.º 4).

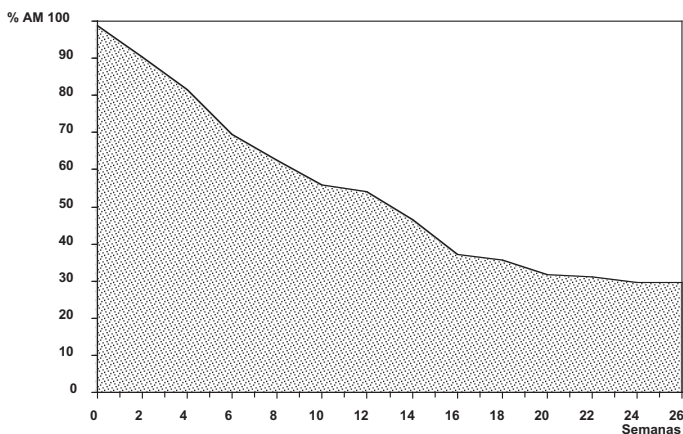


Figura 4 — Prevalência do aleitamento nos primeiros 6 meses (por semanas).

Discussão

Com o objectivo de determinar a prevalência do Aleitamento Materno na população da área de influência do HGO durante os primeiros seis meses de vida, realizou-se um inquérito cujos resultados, no que respeita às variáveis socio-económicas, vigilância da gravidez e tipo de parto, se revelaram concordantes com o esperado em função da população servida por este hospital.

Apesar da quase totalidade dos RN estar a ser alimentada com LM quando saiu da maternidade, constatámos que a 45% tinha sido dado LA, pelo menos uma vez, durante a sua permanência no hospital. Verificámos ainda que, em 71,4% dos casos, esta administração tinha ocorrido durante a noite, isto é, no período entre as 23h e as 8h. Estes factos constituíram uma surpresa atendendo aos objectivos do Serviço em relação à promoção do Aleitamento Materno. Pensamos que oportunamente será necessário uma análise cuidadosa dos motivos que levaram à administração de LA, sobretudo por ter ocorrido em RN independentemente do tipo de parto, sem prescrição médica e sem razão óbvia aparente, de modo a que se utilizem de futuro estratégias que permitam reduzir este valor.

Não obstante, os valores encontrados para a prevalência do AM à saída da Maternidade, foram encorajados: 99,2% dos RN estavam com LM, embora só 88% tivessem recebido LM exclusivo durante as últimas 24 horas. Dos 250 RN que constituíram a amostra, só dois faziam LA, o que é, de facto, um número muito reduzido.

Estes valores apresentam-se, inclusive, ligeiramente superiores aos encontrados noutros estudos efectuados em diferentes zonas do País, assim como em estudos anteriores respeitantes ao mesmo distrito (1,3,4,10,12,15-22).

Pensamos que estes dados suportam a ideia prévia de que o conhecimento dos nossos profissionais de Saúde relativamente à importância do AM é cada vez maior, sendo crescente o seu empenho no incentivo à amamentação, em particular a amamentação precoce. Não obstante o importante trabalho já realizado, teremos de continuar de forma persistente, se quisermos melhorar estes números.

No entanto, e tal como prevíamos, a taxa de abandono é elevada, verificando-se que a prevalência do AM desce para 85,6%, 54,5% e 30,4% no final do 1º, 3º e 6º mês, respectivamente, o que corresponde a uma taxa de abandono de 14,4%, 45,5% e 69,6%.

Quando analisamos a curva de abandono verificamos que este ocorre, sobretudo, durante o primeiro mês (período de tempo com maior inclinação da curva), sendo em seguida progressivamente decrescente, com outro ligeiro pico no fim do terceiro mês; após esta data, é relativamente estável. Como acabamos de referir, o período em que maior número de mães deixam de amamentar ocorre durante o primeiro mês. Trata-se de um período particularmente vulnerável, em que o AM não está ainda perfeitamente estabelecido e, portanto, é fácil surgirem dúvidas e receios, os quais, se não forem pronta e correctamente esclarecidos e firmemente restabelecida a confiança, resultam frequentemente em abandono. Parece-nos que esta é uma altura privilegiada para uma intervenção potencialmente eficaz, criando estruturas de apoio que possam estar permanentemente disponíveis para as mães quando deixam a maternidade.

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 59-66

Para a descida verificada no fim do terceiro mês, é frequente apontar como principal razão o facto das mães regressarem nesse momento ao trabalho (1,14). No entanto, o perfil da curva, ao longo dos seis meses, indica-nos que as mães deixam progressivamente de dar de mamar.

Deste modo, pensamos que os motivos de abandono não podem ser vistos nesta perspectiva simplista e sim numa forma mais complexa e multifactorial em que intervêm factores médicos, socio-culturais, familiares, económicos e até pessoais (2,7,8,14). Por tudo isto, os profissionais de saúde devem, mais do que nunca, implicar-se e estar empenhados (8,9,11).

A formação de Grupos de Mães, em que estas podem partilhar experiências, receios e dificuldades sob orientação de um técnico com formação adequada, poderia ser um caminho a desenvolver. Noutros países, particularmente na Escandinávia, onde a diminuição do AM foi bastante acentuada nas décadas de 60-70, foram postas em prática experiências deste tipo, com resultados bastante encorajadores (2,7,8,13).

Outra forma de contribuir para a diminuição da taxa de abandono, poderia ser a criação de uma linha telefónica, disponível de preferência 24 horas/dia (dado que é sobretudo durante o período nocturno que as dificuldades surgem com maior frequência). Essa linha seria objecto de divulgação a todas as grávidas, no decurso das consultas de vigilância durante a gravidez e, posteriormente, aquando da sua permanência na maternidade. O facto das mães saberem que poderiam a qualquer momento esclarecer uma dúvida, torná-las-ia certamente mais confiantes e, por outro lado, resultaria numa uniformização da informação dada, obviando a "conselhos" avulso, tantas vezes contraditórios e mesmo errados.

Qualquer uma destas vias, implicaria, necessariamente, o desenvolvimento de um grupo de pessoas com formação adequada, pelo que esta teria, obrigatoriamente, de ser uma área na qual investir. O regime de voluntariado poderia ser uma boa forma de se começar.

Para finalizar, apenas a certeza de que ainda há muito a fazer para se conseguirem os objectivos da OMS e das directrizes da Saúde Materno-Infantil: Aleitamento Materno durante os primeiros seis meses de vida para todas as crianças (8,9).

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 59-66

BIBLIOGRAFIA

1. Levy L. A Alimentação no Primeiro Ano de Vida. Rev Port Pediatr 1994; 25: 191-204.
2. Pardal MS. Epidemiologia e promoção do aleitamento materno. Nutrição em Pediatria. Lisboa: Direcção Geral de Saúde 1983: 47-54.
3. Torrado da Silva A, Januário L, Correia AJ et al. Alimentação do lactente no distrito de Coimbra. Prémio Nestlé 1984.
4. Fernandes L, Melo e Sousa A, Guimarães H et al. Incidência do aleitamento na Maternidade do H. de S. João. J Médico 1987; 2224: 1028-33.
5. Cunningham AS, Jelliffe DB, Jelliffe EFP. Breastfeeding and health in the 1980s: a global epidemiologic review. J Pediatr 1991; 118: 659-66.
6. Hanson LA, Bergstrom S. The link between mortality and birth rates – The importance of breastfeeding as a common factor. Acta Paediatr Scand 1990; 79: 481-9.

7. Heiberg EE, Helsing E. Changes in breastfeeding practices in Norwegian maternity wards: national surveys 1973, 1982 and 1991. *Acta Paediatr Scand* 1995; 84: 719-24.
8. WHO. Protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno: O papel especial dos serviços materno-infantis. Uma declaração conjunta OMS/UNICEF. Genebra: WHO, 1989.
9. WHO/UNICEF. Baby Friendly Hospital Initiative, Hospital Level Implementation, WHO/UNICEF Guidelines. Geneva and New York: WHO and UNICEF, 1992.
10. Albuquerque M, Oliveira G, Abrantes M, Cunha A, Oliveira B. Aleitamento materno. A prática hospitalar e o sucesso do aleitamento até aos 6 meses de vida. *Nascer e crescer* 1996; 5: 107-11.
11. Cordeiro M, Carvalho MCA. Alimentação da criança saudável, alguns aspectos. Lisboa: Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, 1990.
12. Aires AL, Duarte A, Sousa C. Inquérito sobre aleitamento materno — Distrito de Setúbal — 1993. Sub-Região de Saúde de Setúbal (R.S. Lisboa e Vale do Tejo).
13. Vital AS. Breast is Best (about mother's milk, breastfeeding and early contact with the newborn). Health-INFO, Video. Oslo- Norway.
14. Alves AMN, Almeida MDV. Aleitamento materno - Breve perspectiva histórica. *Rev. Port. de Nutrição* 1992; 4 (2): 8-33.
15. Cordeiro M, Carvalho MCA. Aleitamento materno: estudo da prevalência em seis distritos do Continente. Lisboa: Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, 1990.
16. Miranda AC. Aleitamento materno – o abismo entre o conhecimento e a prática. *Saúde em Números* 1988; 3: 27-29.
17. Miranda AC. Determinantes do aleitamento materno. *Saúde em Números* 1988; 3: 37-39.
18. Vale LMLF, Manso JJA, Cunha OR. Breve inquérito epidemiológico sobre alimentação materna. *Saúde Infantil* 1982; 4: 241-44.
19. Vasconcelos R, Gonçalves C, Martins V, Jardim A. Incidência do aleitamento materno numa Maternidade Central de Coimbra. *Saúde Infantil* 1984; 6: 109-113.
20. Vasconcelos R, Gonçalves C, Martins V, Jardim A. Aleitamento materno – Trabalho realizado na Maternidade Daniel de Matos de Coimbra. *Saúde Infantil* 1985; 7: 15-19.
21. Santos GN, Areias MA. Aleitamento materno – Estudo realizado numa população de puerperas da Maternidade Júlio Dinis. *J Médico* 1990; 2352: 394-97.
22. Gomes A, Caria V. Alimentação no 1º ano de vida. Estudo retrospectivo. *J Médico* 1991; 130: 91-93.

Correspondência: Luísa Martins Rocha
 Serviço de Pediatria
 Hospital Garcia de Orta
 Pragal
 2800 Almada

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 59-66

O CIÚME ENTRE IRMÃOS

Joana Lopes¹

RESUMO

A autora faz uma breve análise do ciúme e do conflito nas relações entre irmãos. Referem-se as diferenças etárias na aceitação do nascimento de um irmão, os tipos de comportamento pelos quais a criança exterioriza o ciúme e a atitude do irmão mais novo em relação ao mais velho. É também abordado o caso especial dos gémeos monozigóticos. São apresentadas algumas sugestões para os pais, intervenientes-chave em todo o processo do estabelecimento de uma boa relação entre os irmãos. Para finalizar, faz-se referência à contribuição das relações com os irmãos para o bom desenvolvimento da criança.

Palavras-chave: rivalidade fraterna.

SUMMARY

The author analyses jealousy and conflict among siblings. She analyses the age differences in the acceptance of a younger brother's birth, the various reactions caused by jealousy and the attitudes of the younger brother towards the older one. The special case of monozygotic twins is also focused. Some suggestions are presented for the parents, a very important factor in the development of a good relationship between siblings. Finally, it deals with the importance of the siblings for the child's development.

Keywords: siblings rivalry.

1 Aluna do 5º ano de Medicina da Faculdade de Medicina — Universidade de Coimbra.

Introdução

O ciúme e, no sentido mais lato, o conflito na relação entre irmãos, é universal. O exemplo de Caim e Abel é citado por muitos autores para exemplificar como desde sempre as relações entre irmãos foram consideradas inerentemente conflituosas. Freud escreveu em 1920: "Não há provavelmente nenhuma casa sem conflitos violentos entre os seus habitantes mais pequenos, seja pela rivalidade pelo amor dos pais, competição por objectos comuns, ou mesmo pelo espaço físico do lugar que ocupam." (1)

Entre os 2 e os 6 anos, as relações com os irmãos formam, mais do que em qualquer outra idade, a parte mais importante do meio social da criança (2). É nestas idades que ocorre geralmente o nascimento de um irmão, um acontecimento-chave na vida da criança e que vai alterar todo o seu pequeno universo. O ciúme é uma reacção normal, e facilmente compreensível, ao afastamento provocado pela chegada inexplicável de um "intruso" que vai passar a partilhar com a criança o amor e a atenção dos pais.

Diferenças etárias

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 67-70

Conforme a idade, assim a reacção da criança. Entre os 18 e os 24 meses, a criança tem grande dificuldade em compreender e aceitar a chegada de um irmão, já que à sua imaturidade psicológica e pouca consciência da realidade, se alia o facto de estar a viver uma fase em que descobre o medo da separação da mãe, e, mais tarde, a crise da oposição e do negativismo sistemático (3).

A idade dos 3 anos é igualmente difícil para a adaptação ao novo irmão, pois pode coincidir com a entrada no jardim infantil - muitas reacções negativas à chegada do irmão podem ser confundidas com a má adaptação à escola (3). A partir dos 4-5 anos é mais fácil para a criança compreender o que se está a passar, pois está menos ligada à mãe e é capaz de tomar melhor conta de si. Crianças mais velhas (maiores de 6 anos) reagem mais frequentemente de forma positiva, reforçando o seu estatuto de mais velhos.

Um estudo feito em 1963 (4) mostrava que as reacções negativas em primogénitos ao nascimento de um irmão, eram de 89% em menores de 3 anos e apenas de 11% em maiores de 6 anos, o que levou os autores a defender que o melhor espaçamento entre dois irmãos deve ser maior que quatro anos.

Tipos de comportamento

Os tipos de comportamento pelos quais a criança exterioriza o ciúme são muito variados, dependendo da idade, da criança e das reacções dos pais. A regressão é a forma mais comum (3), com a retoma de comportamentos que já tinham sido abandonados (falar à bebé, voltar a querer biberão, enurese nocturna, ...). As alterações do comportamento são

também frequentes, e pode haver exigência constante de atenção, ou, pelo contrário, mau comportamento sistemático para chamar a si as atenções. A criança pode até ter atitudes de hostilidade dirigidas ao irmão ou à mãe (as atitudes e gestos podem ser agressivos e potencialmente perigosos, necessitando de vigilância). Uma outra forma de reagir é a atenção e preocupação constantes com o irmão, rodeando a mãe e o bebê de cuidados excessivos, com desejo de agradar e recuperar o "amor perdido" da mãe. Também são frequentes nesta fase as doenças psicossomáticas (3).

O irmão mais novo

O ciúme entre irmãos é geralmente do mais velho pelo mais novo, já que é o irmão mais velho o único que sabe o que perdeu com a chegada, pois conheceu uma altura em que o outro não estava lá. O irmão mais novo não sabe o que é a vida sem a presença do mais velho, e o ciúme é raro, pois não vê as prerrogativas do irmão como privilégios; geralmente os seus sentimentos são positivos tendo-o como objecto de imitação e mentalmente identificando-se com ele (3). Um estudo feito em 40 famílias inglesas em 1982 (2) mostrou que os irmãos mais velhos começavam por imitar os mais novos até estes atingirem um ano de idade (com comportamentos de regressão) e, a partir daí, ocorria o contrário, com os irmãos mais novos procurando imitar os mais velhos.

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 67-70

O caso dos gémeos

O caso dos gémeos monozigóticos é especial, pois apresentam grandes diferenças em relação aos outros irmãos - como nascem ao mesmo tempo não conhecem a vida sem o outro; como têm o mesmo desenvolvimento, nenhum tem vantagem de força física, mental ou experiência adquirida, aquilo que não conseguem aprender sozinhos não podem aprender um com o outro - formam sempre um casal, uma aliança, agindo juntos de forma a resistir ao controlo externo (5). O ciúme não existe em regra, pois os pais tendem a adoptar, em relação a ambos, comportamentos semelhantes.

O papel dos pais

O factor dominante nas relações das crianças com os seus irmãos é a ambivalência, com a existência em proporções semelhantes de comportamentos positivos (suporte, ajuda, partilha de experiências...) e negativos (conflitos, ameaças, insultos, disputas pela atenção dos pais...) (2). Vários estudos não encontraram variações significativas de idade ou sexo nas relações conflituosas entre irmãos, e pensa-se que as variações (predomínio de comportamento de ajuda ou de comportamento conflituoso) estejam relacionadas com o modo como

os pais tratam cada filho — quanto mais diferenças houver na sua atitude para com cada um (mais complacência para com os mais novos, mais exigência para com os mais velhos...), mais rivalidade e hostilidade haverá entre os irmãos. Na base de toda a rivalidade entre irmãos está o sentimento da criança de não ter o amor dos pais (3).

À medida que o irmão mais novo cresce, a criança aprende a superar o ciúme inicial e a assumir o papel de "mais velho". A atitude dos pais é fundamental para uma boa adaptação. Se não há compreensão e se os pais reagem com atitudes negativas pode criar-se um ciclo vicioso, traumatizante para a criança. É necessário que os pais identifiquem precocemente o problema e actuem de forma a dar à criança a segurança afectiva que necessita (6). Uma boa preparação da criança para o nascimento, e a sua associação aos preparativos e cuidados ao recém-nascido são igualmente essenciais (3).

Apesar de o conflito aberto e as discussões tenderem a diminuir com a idade, os sentimentos de competição e rivalidade podem continuar, especialmente se os irmãos se virem um ao outro como modelos pelos quais medem o seu próprio sucesso (1).

Comentário final

Para finalizar, e porque foi focado apenas o aspecto negativo - o ciúme - que representa para uma criança o nascimento de um irmão, não se pode deixar de referir como esse irmão é importante para o desenvolvimento da criança. Na verdade, um irmão é um factor essencial para o bom desenvolvimento cognitivo, moral e emocional da criança, particularmente nas idades escolar e pré-escolar. A relação com um irmão é mais rica que com um amigo, pelo tempo de duração, profundidade, identificação e até pelo confronto de opiniões. Ao contrário do que ocorre com outras relações, a profundidade da relação entre irmãos faz com que esta não seja afectada pela presença de comportamentos de oposição e confronto de pontos de vista (7).

Agradecimento: ao Assistente da Cadeira de Pediatria I pelo desafio e apoio prestados.

BIBLIOGRAFIA

1. Shants CU, Hobart CJ. Social conflict and development – peers and siblings. In: Berndt T, Ladd GW, ed. Peer relationships in child development. New York : Wiley 1989:80-6.
2. Bee H. The growing child. New York: Harper Collins Publishers, 1995.
3. Toesca Y. L'enfant de 2 à 10 ans - ESF, 1975.
4. Wagner ME, Schubert HJP, Schubert DSP. Sibling spacing effects on family interactions. In: Reese H. Advances in child development and behavior. Academic Press 1985;19:171-9.
5. Toman, W. Constellations fraternelles et structures familiales. ESF, 1987.
6. Mucchielli, R. A personalidade da criança. Clássica Editora, 1963.
7. Lourenço, O. Crianças para o amanhã. Porto Editora, 1993.

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 67-70

A Ciência Médica há 100 Anos

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



Lapinhos

Bicarbonato de soda - - - - 10 gr.
água destill. - - - - - 100 "
Esfregar com panno molhado
na solução; e depois molhar
com ella sem esfregar.

saúde
infantil

1998; 20(3): 72

TEXTOS DE APOIO DA CONSULTA DE PEDIATRIA GERAL



Obesidade na criança

A obesidade é **definida** como aumento do peso corporal, por excesso de massa gorda. A sua incidência tem vindo a aumentar nos últimos anos, em parte como resultado dum progressivo maior sedentarismo e da maior ingesta calórica.

Tanto nos países desenvolvidos como em Portugal a **incidência** de excesso de peso/obesidade, no global das idades pediátricas, já é superior a 30%, sendo ainda maior nos grupos etários pré-escolar e escolar.

Os **critérios de diagnóstico** da situação de excesso de peso/obesidade em crianças e adolescentes, não são consensuais. Poderão utilizar-se vários métodos, mas os mais utilizados são:

- a) relação peso/estatura > percentil 95 (tabela dos BSIJ)
- b) a relação entre peso em Kg e o quadrado da estatura em metros (índice de Massa Corporal - IMC) (tabela): IMC > percentil 90 = excesso de peso;
IMC > percentil 97 = obesidade
- c) relação peso real/peso ideal para a estatura: obesidade > 1,2;
excesso de peso: > 1,1 < 1,2

O peso ideal calcula-se do seguinte modo: usando as curvas de percentis (P), verifica-se qual a idade em que a estatura da criança corresponde ao P50 (idade estatural); o peso ideal será o correspondente ao P50 para a idade estatural.

Estes métodos têm a vantagem de ser facilmente realizáveis e não dependerem da experiência individual.

O IMC é a medida mais adaptada ao estudo do excesso de peso/obesidade em estudos populacionais.

	1º ano	2º ano	3º ao 9º anos	10º ao 16º anos
Percentil 97	20,5	19,5	17,5 - 19 idade em	anos +10
Percentil 90	19,5	18	17 - 18,5	idade em anos +8
Percentil 50	17,5	17	15 - 16	16 + 0,6 X (idade em anos-9)

Tabela — valores dos IMC em percentis para a idade (ambos os sexos)

A **obesidade extrínseca**, resultante dum excesso de aporte para as necessidades individuais, representa 99% do total de crianças obesas. O excesso de nutrientes condiciona igualmente acelerações do crescimento estatural (em regra situando-se em percentis superiores ao P50), da idade óssea e da maturação sexual.

As **obesidades secundárias ou endógenas** representam apenas 1% das obesidades e surgem como manifestação de afecções endócrinas de doenças genéticas ou secundárias a fármacos.

As doenças endócrinas responsáveis por obesidade são: o *hipotireoidismo*, o *défice de hormona de crescimento*, o *síndrome de Cushing* — que cursam com baixa estatura (sempre inferior aos percentis 10-25 e, em regra, inferior ao percentil 5), baixa velocidade de crescimento (inferior a 5 cm/ano) e atraso na idade óssea, *síndrome de Stein-Leventhal* (início após a puberdade, ovários poliquísticos, hirsutismo, *Acantose nigricans*, hiperinsulinismo), *Síndrome de Mauriac* (uma aplicação da *diabetes mellitus* não controlada), *hiperinsulinismo primário* (em regra complicado de frequentes convulsões em jejum).

As **doenças genéticas** que cursam com obesidade são os *síndrome de Prader-Willi* (hipotonia no primeiro ano de vida, face de lua cheia, olhos pequenos “em amêndoa”, mãos e pés pequenos, ligeiro atraso no desenvolvimento psicomotor (ADPM), o *síndrome de Laurence-Moon-Bledl* (polidactilia, ADPM, hipercinésia), o *síndrome de Cohen* (dentes incisivos centrais superiores grandes e com má oclusão, dedos compridos e afiados, ligeiro ADMP) e o *pseudo-hipoparatiroidismo* (face redonda, mãos pequenas, encurtamento (braquidactilia) dos metacarpos e metatarsos — sobretudo do 4º, nódulos cutâneos secundários e calcificações metafísicas, história familiar).

Entre outros, são responsáveis por obesidade na criança os seguintes **fármacos**: corticóides orais ou inalados, valproato de sódio, cetotifeno, fenotiazidas, antidepressivos tricíclicos.

Assim, *com base apenas na anamnese, no exame físico cuidadoso, nas avaliações da estatura (>P50) e da velocidade de crescimento (VC) (> 5 cm/ano) e do desenvolvimento psicomotor, do comportamento, das relações com os pais e a sociedade é possível identificar praticamente todas as obesidades secundárias*. Só as raras situações endócrinas deverão ser encaminhadas para uma consulta de endocrinologia pediátrica. As doenças genéticas merecerão a referência às consultas de genética e de desenvolvimento depois duma avaliação global na consulta de pediatria geral.

Numa obesidade com baixa estatura deverão evocar-se as doenças endócrinas atrás referidas. Contudo se a VC é normal e os pais têm uma baixa estatura familiar (BEF), o mais provável será tratar-se duma obesidade extrínseca numa criança com BEF.

São variadas as **complicações** duma obesidade extrínseca e que, caso a caso, se justifica despistar: *hipertensão arterial (HTA)*, *dislipidemia* (risco duas vezes maior de hipercolesterolemia e de hipertrigliceridemia), *diabetes não-insulinodependente (DNID)* (em obesidades muito acentuadas, história familiar de DNID, diabetes gestacional na mãe, presença de *acantose nigricans*, pertencer a grupos étnicos de risco), *problemas ortopédicos* (*genu valgum*, maior risco epifisiólise da cabeça do fémur), *irregularidades menstruais e síndrome do ovário poliquístico*, *acantose nigricans*, *síndrome de apneia obstrutiva do sono* e *repercussões psicossociais*.

A *acantose nigricans* consiste de lesões de cor castanho-escuro, aveludadas e localizadas ao pescoço e zonas de fricção, exemplo cotovelos, no contexto de obesidade, são um sinal cutâneo de resistência periférica à insulina e de risco de DNID.

saúde
infantil

1998; 20/3: 73-75

Um motivo frequente de consulta nos rapazes obesos é o micropénis. Na larga maioria dos casos tratam-se de *falsos micropénis*. Quando rebatida a gordura pré-sínfise púbica, constata-se em regra que as dimensões dos mesmos são superiores aos 2,5 a 3,0 cm considerando normal para idades pré-puberes.

Terão obesidade na vida adulta 80% dos adolescentes obesos. Como **tratamento** duma obesidade não bastará a indicação de dietas hipocalóricas. Estas, isoladamente, levarão sobretudo à diminuição da massa muscular e não da massa gorda. O fundamental será uma modificação do comportamento alimentar, associado ao aumento do consumo energético, por aumento do exercício físico. O objectivo final será a lentificação do ganho ponderal ou manutenção do peso, associado a normal crescimento estatural.

Mesmo nos casos complicados de dislipidémia e de DNID o tratamento baseia-se igualmente na redução da massa gorda. Daí que em regra não se justifiquem investigações exaustivas na avaliação duma obesidade na criança e, portanto, a maioria dos casos poderá ser orientada em cuidados primários.

Luísa Macieira
Consulta Externa de Medicina do HP

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 73-75



CHOQUE ANAFILÁCTICO

Joana Mesquita¹, Luís Lemos²

RESUMO

Descreve-se o caso clínico de choque anafilático numa criança de dois anos. Trata-se de dois episódios agudos espaçados de vinte dias de intervalo tendo, no primeiro, sido feito o diagnóstico de choque séptico que foi posteriormente reformulado para choque anafilático na altura da segunda admissão visto ter-se encontrado o mesmo factor causal. A evolução de ambos foi favorável.

Com este caso pretendemos realçar a importância da anamnese e da necessidade de um tratamento precoce correctamente instituído face a uma suspeita de reacção alérgica grave/choque anafilático.

Palavras-chave: choque, anafilaxia medicamentosa.

SUMMARY

We describe a case of anaphylactic shock in a two years old child.

He was admitted the first time with an acute shock few hours after taking some medicine prescribed to profilaxis of acute otitis media. A septic shock has been suspected, although not proved.

Anaphylactic shock was diagnosed when he came for the second time, twenty days later, with exantema and pre-shock.

Keywords: shock, medicamentous anaphylaxis.

1 Int. Compl. Pediatria
Hospital Pediátrico de Coimbra

2 Chefe de Serviço

Caso clínico

Criança de dois anos de idade, sexo masculino, caucasiana, que recorreu ao Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra em Julho de 1998 por vómitos e sonolência excessiva.

O menino tinha como antecedentes pessoais otites médias agudas de repetição e como antecedentes familiares a mãe e o irmão com "alergias" (*Prurigos estrófulos?*).

Tinha sido medicado com Bactrim®, em Março deste ano, por Otite Média Aguda.

A criança apresentava bom crescimento estado ponderal e calendário vacinal cumprido de acordo com o Programa Nacional de Vacinação.

Doença actual

Criança previamente saudável até três dias antes de recorrer ao Serviço de Urgência altura em que iniciou dejeções moles, abundantes e fétidas três a quatro vezes por dia mantendo sempre bom estado geral. No dia em que recorreu ao Serviço de Urgência tinha iniciado, cerca das oito horas, um tratamento prescrito pelo médico Otorrinolaringologista assistente para profilaxia de otites de repetição: Actifed®, Maxilase®, Biopental® e Bactrim®. No infantário, cerca de duas horas depois, teve três vómitos e iniciou uma sonolência excessiva rapidamente valorizada pela educadora que o enviou para o Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico. Não apresentava outra sintomatologia nomeadamente febre.

Observação no Serviço de Urgência (11 horas): à entrada apresentava-se sonolento, péssima perfusão periférica, com cianose labial, tempo de recoloração > 3 segundos, pulsos débeis com taquicardia (180 a 190 ppm), tensões arteriais não mensuráveis e saturação de oxigénio de 98%. Sem sinais meníngeos. Auscultação pulmonar e abdómen normais. Apresentava também uma pequena sufusão hemorrágica na região inguinal direita.

Fez dois bólus de soro fisiológico (20 ml/Kg), albumina, iniciou dopamina até 15 mg/Kg/min e, por suspeita de choque séptico, iniciou ceftriaxone.

Para melhor esclarecimento da situação realizaram-se os seguintes exames complementares de diagnóstico: hemocultura; coprocultura:

- Hemograma - Hb 11,5 g /dl ; Leuc. 6.700 x 10³/ml com 64% de neutrófilos; plaquetas 272 x 10³/ml.
- Pesquisa de leucócitos nas fezes negativa.
- Pesquisa de antígenos bacterianos urinários negativos; Proteína C Reactiva negativa; Gasometria venosa : Ph 7,357, HCO₃- 16,7, BE-6,8; Tempos de coagulação e bioquímica normais; Ecografia cardíaca após início da terapêutica com boa função.

Para estabilização hemodinâmica e esclarecimento da situação o doente foi transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos.

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 77-79

No decurso do internamento na UCI (três dias) teve uma evolução clínica boa tendo tido dois picos febris. O exame do líquido cefalorraquídeo foi normal e a cultura negativa. Foi transferido para o Serviço de Medicina clinicamente bem, com o diagnóstico de choque séptico.

No Serviço de Medicina manteve tratamento com ceftriaxone im. 1g id até ao dia da alta (6 dias após a admissão). As hemocultura e coprocultura colhidas na admissão foram negativas.

Teve alta clinicamente bem com exame objectivo normal .

Em casa apresentou-se sempre clinicamente bem sem nenhuma intercorrência.

Vinte dias depois o menino surge com uma otorreia purulenta e fétida do ouvido esquerdo e uma temperatura de 39°. Por este motivo a mãe resolve reiniciar o tratamento previamente prescrito pelo otorrinolaringologista assistente. Tomou então às 23 h desse dia uma toma de Actifed®, Maxilase®, Biopental® e Bactrim® (nas doses terapêuticas anteriormente administradas).

Cerca de meia hora depois inicia náuseas e uma sudorese intensa seguidas de vômitos e duas dejecções mais líquidas. A mãe deu-lhe então um supositório de Benuron®. Durante a noite a mãe refere ligeira melhoria da sintomatologia tendo dormido mas com um sono que é descrito como muito agitado. Na madrugada há o surgimento progressivo de congestão ocular e exantema em toalha róseo avermelhado na face, membros, mãos, palmas e plantas. É descrita uma sede excessiva, sudorese intensa mas com diurese mantida. Por esse motivo é trazido ao Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico tendo chegado às 8.30 horas.

À entrada apresentava-se bem disposto com exantema pruriginoso bem patente da face, orelhas, membros, palmas e plantas e congestão ocular. O restante exame físico era normal à excepção de uma otorreia à esquerda. Foram colocados os diagnósticos diferenciais de D1 Otitis supurada; D2 Doença de Kawasaki?; D3 Reacção alérgica a algum dos fármacos tomados?; D4 Síndrome do choque tóxico? Foi realizado um hemograma que revelou $18.45 \times 10^9/\text{ml}$ leucócitos com 84,5% de neutrófilos; Hbg de 12,7 g/dl; plaquetas de $299 \times 10^9/\text{ml}$ com descrição de desvio à esquerda e linfócitos activados. Proteína C Reactiva de 42,0 mg/ml e hemocultura negativa. Ficou em UICD para vigilância tendo sido colocado um soro 210 às necessidades.

Cerca das 12 horas há um episódio de cianose labial e das extremidades com tempo de recoloração cutânea de mais de três segundos; TA de 106/29 mmHg; saturação de oxigénio de 92% e frequência cardíaca de 133ppm. Às hipóteses de diagnóstico já colocadas associou-se a hipótese de sépsis motivo pelo qual iniciou tratamento com ceftriaxone 1,3g ev id. além do preenchimento vascular com soro fisiológico 5ml/Kg. Após ter havido acesso ao processo clínico do episódio anterior a hipótese de reacção alérgica a fármaco tomado tornou-se mais provável, tendo por isso iniciado tratamento com adrenalina, clemastina e prednisolona tendo havido com isto uma regressão importante do exantema. A evolução ao longo do dia foi muito favorável.

Teve alta no dia seguinte com excelente estado geral, sem exantemas. Ficou com o diagnóstico de choque anafilático a fármaco ficando medicado com clemastina por mais 48 horas e com consulta marcada de Alergologia.

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 77-79

Discussão

Trata-se de uma criança previamente saudável que apresenta dois episódios agudos distanciados de vinte dias. No primeiro episódio o diagnóstico de choque séptico terá sido colocado face ao aparecimento de um quadro de choque numa criança com sintomas sugestivos de gastroenterite aguda. É, no entanto, importante referir que no decurso da doença a criança apenas apresentou dois picos febris e que os exames de pesquisa bacteriológica no sangue, fezes e urina foram negativos. No segundo episódio após termos acesso ao processo clínico do doente verificou-se que, em ambos, os sintomas eram desencadeados pela toma do mesmo conjunto de medicamentos nas mesmas doses. Acrescenta-se também o facto de ter havido uma excelente resposta aos medicamentos prescritos para uma eventual reacção alérgica. Por estas razões acreditamos que as duas hospitalizações (UCI e UICD) foram devidas a reacção anafiláctica grave (com choque na primeira admissão) a uma das substancias que estão referenciadas (1).

O facto de no segundo episódio a sintomatologia mais aparatosa se ter manifestado em dois tempos em relação à toma dos fármacos, sugere-nos que esta situação se possa enquadrar nas reacções anafiláticas prolongadas ou bifásicas (2). Assim consideramos uma primeira reacção cerca de trinta minutos após a toma dos medicamentos caracterizada por sudorese intensa, náuseas, vómitos e dejecções líquidas e uma reacção tardia onde surge o exantema e o pré-choque.

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 77-79

Em relação aos fármacos em causa somos da opinião de que será provavelmente o cotrimoxazol o responsável pela anafilaxia. Do conjunto de medicamentos tomados este é o que mais frequentemente é referido na literatura como indutor de reacções anafiláticas.

Realizaram-se em Dezembro de 1998 testes cutâneos (Prick) para Bactrim®, Actifed® e Maxilase® que foram negativos. Face à idade da criança este facto não pode, no entanto, excluir uma alergia sistémica.

Está prevista a realização de um teste de transformação linfoblástica (TTL) para o sulfametoxazol e eventualmente submeter a criança a protocolos de provocação com Actifed® e Maxilase® visto que consideramos que estes farmacos não estão envolvidos na anafilaxia.

No entanto, e até obtermos o diagnóstico definitivo mantemos a recomendação de evicção dos quatro medicamentos.

Correspondência: Joana Mesquita
Hospital Pediátrico de Coimbra
3000 Coimbra

BIBLIOGRAFIA

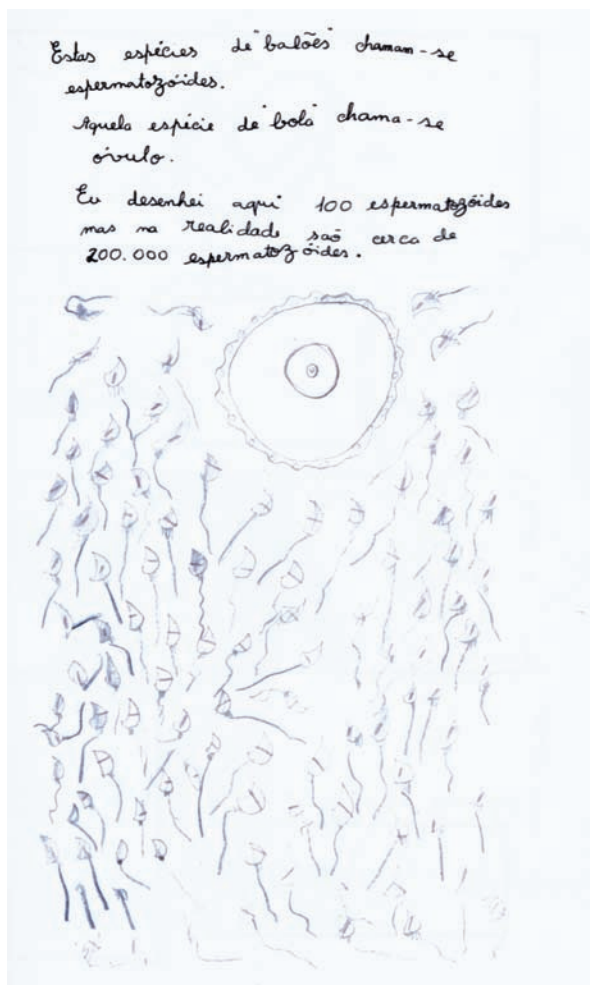
1. Roitt I, Brostoff J, Male D. Immunology 4th Ed. Mosbi Editors, London 1996.
2. Martindale. The Extra Pharmacopoeia, 31st Ed., Royal Pharmaceutical Society, London 1996.

COMO AS CRIANÇAS FALAM SOBRE A REPRODUÇÃO HUMANA

Filomena Teixeira/M^a Luísa Veiga (Coord.)

Instituto Politécnico de Coimbra/Escola Superior de Educação 1998

É o título do trabalho em que participaram todas as crianças de uma turma do 3º ano de escolaridade da Escola nº 10 de Coimbra, com idades entre os 8 e os 9 anos. Este livro é o resultado do que aprenderam numa série de aulas dinamizadas por três professores estagiários, orientados e acompanhados por uma professora da Área de Ciências Exactas e da Natureza da ESE de Coimbra.



É um livro divertidíssimo, cientificamente correcto (CC), feito "com gentileza" e desenhos fabulosos: (homens e mulheres que gostam muito uns dos outros; beijam-se, acariciam-se e namoram, e mais tarde podem querer um bebé); os corpos que se modificam – maminhas e pênis de dimensões convenientes; espermatozoides fascinantes; mulheres sorridentes em período expulsivo. Não falta uma bibliografia elementar que denotou ter sido útil às 20 crianças que assinam a publicação e que vivamente se recomenda aos políticos que, ao traduzirem as directivas da "maioria moral" norte-americana vieram – nos últimos anos do século XX – pôr em causa a informação sobre a sexualidade nas escolas.

saúde infantil

1998; 20/3: 89

O p i n i ã o

UM OLHAR EUROPEU SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE PORTUGUESES

O recente relatório da OCDE (1) assinala a baixa produtividade dos serviços de saúde portugueses, atribuída a má gestão dos recursos, falta de autonomia e de responsabilização.

As dotações orçamentais, fundamentadas em critérios históricos e onde apenas 10% é função de critérios de eficácia (GDH, p. ex.), tende a perpetuar a situação actual.

Outros factores identificados são a remuneração por salário fixo, sem incentivos à melhoria, bem como a distribuição assimétrica dos médicos, tanto geograficamente como por especialidades — de 1987 a 1995, o número de médicos hospitalares aumentou mais de 50% enquanto o dos clínicos gerais diminui. Actualmente há 2 clínicos gerais para 5 hospitalares [o MS refere um valor diferente (2 para 3)] (2), distorção que se irá acentuar nos próximos anos.

Não há país europeu com um maior número de especialistas “per capita” que Portugal (66%) (salvo dentistas).

Enquanto os preços na actividade privada são muito (30%) superiores aos europeus, as remunerações no SNS a são muito (60%) inferiores; não admira que metade dos médicos do SNS acumule.

A densidade médica em Portugal (3 médicos por mil habitantes), só é superada pela da Espanha, Grécia e Alemanha. Há 3 enfermeiras por cada 2 camas hospitalares, um valor só superado pelo Reino Unido, EUA, Eire e Grécia.

A taxa de hospitalização da população portuguesa é mais baixa que a dos países europeus (11,5%); só a Espanha tem um valor inferior (10%). A duração média de hospitalização é de 9.5 dias; só os EUA, Grécia e Eire têm valores inferiores.

Os gastos em saúde são relativamente modestos (1076\$ US “per capita” em 1996) — só a Irlanda e a Grécia gastam menos. Mas, em função do PIB, só os EUA, Alemanha, França e Holanda nos ultrapassam.

Gastamos relativamente pouco mas demasiado para as nossas posses?

Os portugueses gastam muito em medicamentos. “Per capita”, só os EUA, a Alemanha e a França gastam mais (também aqui estamos no pelotão da frente); relativamente ao PIB, não há país que gaste mais — um paraíso para as multinacionais farmacêuticas... pena ser tão pequeno.

O número de consultas médicas em Portugal (3.2 “per capita” em 1995) é mais baixo que o dos países de referência 5.3 a 12.8), mas o número de prescrições por consulta é alto (6.2, só ultrapassado pela França).

Quanto menos consultas se fazem, mais medicamentos se prescrevem. Quanto menos diálogo, mais droga?

Entre outros factores, há que considerar o número de representantes da indústria farmacêutica — 1 para cada 7 médicos do SNS — uma exorbitante força de pressão consumista.

Os medicamentos representam 1/7 dos gastos públicos mas 1/4 dos gastos privados.

Os peritos da OCDE propõem, entre outras recomendações:

- a) Mais e melhores resultados para o mesmo orçamento
- b) Melhor coordenação entre os Serviços (Hospitais e Centros de Saúde)
- c) Remuneração dos médicos que estimula a eficiência
- d) Utilização racional dos serviços de saúde pelos utentes

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 81-82

H. Carmona da Mota

BIBLIOGRAFIA

1. OECD Economic Surveys, Portugal 1998
2. Saúde em Portugal. Uma estratégia para o virar do século. Orientações para 1998. Ministério da Saúde

Um caso inesquecível



Má progressão ponderal e irritabilidade num recém-nascido

Uma recém-nascida (RN) de 26 dias é trazida à consulta por má progressão ponderal (MPP). Com 13 dias de vida, em controlo de rotina, e por pesar "apenas" mais 100 gramas que o peso de nascimento (3.210 gramas) e por choro frequente, foi-lhe prescrito um suplemento leite de fórmula (LF) para lactentes.

A mãe, de 24 anos, operária fabril, com o sexto ano de escolaridade, oferecia-lhe alternadamente primeiro o LF ou leite materno. Apesar do suplemento, a criança agravou a sua irritabilidade, motivando vários controlos tanto no Centro de Saúde quanto numa consulta pediátrica privada. Apesar das diversas recomendações propostas – "dar só LF", "dar LF a intervalos mais curtos", "mudar de marca de LF" – a RN mantinha a irritabilidade e a balança, teimosamente, marcava o mesmo peso ou inclusive menos.

Com 26 dias, a mãe decidiu consultar novo médico. Enquanto esperou para ser atendida, a RN chorou insistentemente. "Por indicação dos médicos e das senhoras enfermeiras" desde há uma semana que fazia exclusivamente leite de fórmula, "por o seu leite (materno) ser muito aguado", referiu a mãe.

Esta oferecia o biberão à filha mais ou menos de três em três horas. Perante a evidente fome da criança, quando o médico lhe disse para dar leite à menina, respondeu "ainda não estava na hora da mamada".

Ao exame objectivo, a RN não mostrou qualquer alteração para além de sinais de desnutrição, com atrofia marcada das massas musculares. Tinha um peso de 3.100 (menos 110 gramas que o peso de nascimento), estava desperta e aparentava estar com fome.

Surpreendente foi a frase seguinte da mãe, quando o clínico lhe perguntou quanto é que a menina mamava: "...60 ml de leite e ainda sobra".

Esta referência ("... ainda sobra") recordou ao médico um caso semelhante vivido e relatado por uma colega no hospital. Então pediu à mãe para esta preparar o biberão à sua frente.

Espantoso! Não há uma sem duas ... e provavelmente não haverá duas sem três, nem três... A "cena" repetia-se, exactamente como a ouvira contar: em seis onças de água (e não em 60 ml), o correspondente a cerca de 180 ml (uma onça = 29,6 ml), a mãe dissolveu duas medidas de LF, constituindo um leite com uma diluição de 4,5%.

Após o devido esclarecimento, a mãe reagiu com grossas lágrimas, num sentimento misto de culpabilidade e pena da filha. E dadas tantas angústias ("em vão e por tão pouco"), não resistiu a um comentário de censura a todos nós profissionais de saúde.

Dez dias depois pesava 4.250. Com 16 meses estava nos percentis 75 do peso e no 25 da estatura.

Comentários

Poderá parecer incrível que situações destas sucedam. Isto comprova da necessidade de estarmos atentos à falta de informação das mães para pormenores aparentemente tão insignificantes como o de referir às mães que alguns biberões têm duas escalas diferentes.

Também a excessiva facilidade com que se introduzem LF é um dos factores responsáveis por situações como esta. Na realidade, a recuperação ponderal já ocorrera aos 13 dias, pelo que não parece claro o motivo da introdução do LF.

Também o horário rígido aconselhado à mãe (ou culturalmente praticado), merece um comentário. A muitos lactentes são indevidamente impostos horários de mamada, não respeitando o momento da fome, antes numa escrava dependência do relógio. Só que neste caso, o cumprimento daquela recomendação até foi benéfica. De outro modo, a livre ingestão dum leite excessivamente diluído, poderia ter condicionado uma grave intoxicação por água, eventualmente complicada de convulsões, coma, apneia, insuficiência respiratória e até a morte (1).

Realmente há males (a rigidez do horário) que vêm por bem. Meio bem neste caso.

Manuel Salgado

BIBLIOGRAFIA

1. Keating JP, Schears GJ, Dodge PR. Oral water intoxication in infants. Am J Dis Child 1991;145:985-90

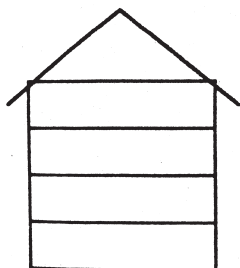
*saúde
infantil*

1998; 20/3: 83-84

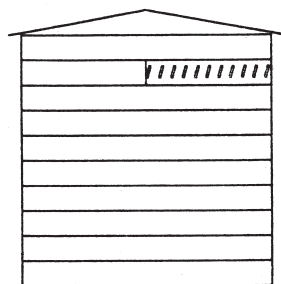
O Hospital Materno e Infantil

*saúde
infantil*

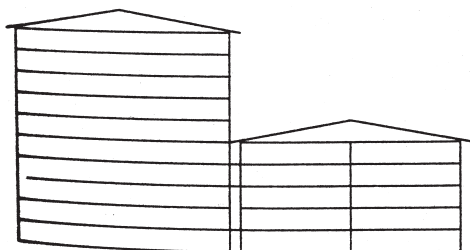
1998; 20/3: 86



1. O Hospital Pediátrico em
edifício isolado - HDE 1875?
H.Maria Pia 1890?
H.Pediátrico de Coimbra
1979



2. O Serviço ou
Departamento de
Pediatria integrado num
Hospital Geral.

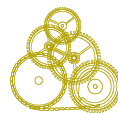


3. O Hospital Materno e Infantil com
fácil ligação ao edifício do Hospital
Central e neste integrados.

António Torrado da Silva

A criança, os direitos, a humanização dos serviços...
ed. I.A.C., Novembro de 1998

Protocolo



CHOQUE ANAFILÁCTICO

Libertação de substâncias vasodilatadoras, saída brusca de plasma do espaço vascular (\downarrow T.A., angioedema/edema da glote, urticária) e broncoconstrição.

1). Posição horizontal, membros inferiores elevados

2). Oxigénio

3). **Adrenalina**

Solução 1/1.000 (1mg = 1 ml)

crianças: 0.01 ml/kg i.m.*

ou (dose total aproximada)

idade (anos)	ml
< 1	0.05
1	0.1
2	0.2
3 - 4	0.3
5	0.4
6 - 12	0.5

adultos: 0.5 - 1 ml i.m.*

* A perfusão é, nestes casos, sempre melhor a nível muscular. A via s.c. deve ser reservada para auto-medicação. A injeção deve ser repetida cada 10/15 min., até valores aceitáveis de T.A. e pulso.

Solução 1/10.000 (1mg = 10ml)

(a preparar na ocasião, em caso de não-resposta às medidas terapêuticas iniciais = choque persistente).

crianças: 0.1 ml/Kg i.v. (administrar em vários minutos)

adultos: 5 ml i.v. (ritmo de 1 ml/min)

Nota: A hipotensão grave persistente implica também a utilização da Noradrenalina

4.) **Anti-histamínico**

Clemastina (TAVIST)® 1 mg = 1 ml

0.025 ml/Kg i.m.

administração a prosseguir 1 - 2 dias, 6/6 ou 8/8 h, i.m. (depois *per os*), para evitar recaídas.

5.) **Perfusão** (para reposição rápida das perdas líquidas, quando as medidas 1) a 4) não revertem o choque)
Soro 141/Soro fisiológico
ritmo inicial: 10-20 ml/Kg (bolus) até reposição dos valores da T.A.

6.) **Prednisona** *

1-2 mg/Kg i.v. (a repetir a intervalos variáveis)

ou

Hidrocortisona *

100 - 300 mg i.v.

* Sem acção imediata, mas importante nas horas seguintes.

Manter a terapêutica 2-3 dias (após as primeiras horas, por via oral)

7.) Adrenalina (aerossol)

- em casos de edema da glote que não reagem à adrenalina por via sistémica

8.) Salbutamol ou aminofilina i.v.

- em caso de broncoespasmo que não cede à adrenalina sistémica

9.) Em caso de picada de insecto numa extremidade, pode ser útil garrotar o membro

10.) Pode ser necessária intubação endotraqueal e ventilação assistida

11.) Sempre que possível:

- identificar o factor desencadeante e registá-lo com muito relevo no B.S.I.
- informar detalhadamente os pais sobre as medidas que possam ser tomadas para prevenção primária.

O diagnóstico de Alergia Grave a... deve ser bem identificado no B.S.I. e em outros sistemas de identificação pessoal (braceletes, etc.)

Os pais/as próprias crianças mais velhas, devem ser informados sobre as medidas terapêuticas, em caso de novo episódio, antes da chegada a um serviço de saúde.

BIBLIOGRAFIA

1. British National Formulary, British Medical Association and Royal Pharm.Society of Great Britain, 1997
2. Martindale, The extra Pharmacopoeia. 31th Ed 1996 London

L. Lemos / 1998

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 87-88

Revisões Bibliográficas



Doxiciclina e lesões do esmalte dentário

Foram estudados, de modo particularmente cuidadoso – caso/controlo, tendo em conta a prévia administração de flúor e idade, observação por estomatologistas em condições de total neutralidade – 10 crianças sujeitas a tratamento prévio e de curta duração, com Doxiciclina, por ricketsiose.

A idade média das crianças era de 13 anos e a idade média em que receberam o antibiótico foi de 5 anos.

As poucas lesões do esmalte dentário observadas nas 10 crianças não se distinguiram das evidenciadas no grupo controlo.

O pequeno número de casos limita, obviamente, as conclusões.

Nos EUA estes estudos são difíceis de levar à prática visto que a utilização da Doxiciclina antes dos 8 anos é desaconselhada.

Segundo os autores o estudo sugere que a utilização da Doxiciclina em tratamentos de curta duração (como é o caso para a Febre escaro-nodular) não causa descoloração dentária significativa.

Lochary ME, Lockart PB, Williams WT. Doxycycline and staining of permanent teeth. *Ped Infect Dis J* 1998; 17:429-430.

"Chá" ... tomou o seu pesticidazinho?

Duas professoras da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra interessaram-se — e ainda bem — por um problema aparentemente ainda não estudado em Portugal: existem resíduos de pesticidas em plantas medicinais actualmente à venda?

A sofisticada análise insidiu sobre os organoclorados, tendo sido investigados 14 resíduos (D.D.T., Dieldrina, Heptacloro...).

As plantas estudadas referem-se a 78 amostras de venda em farmácias, sendo 56 de marcas nacionais e 22 importadas. Nalguns casos as plantas são vendidas isoladas mas também foram analisadas amostras de misturas.

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 90-91

De entre os exemplares estudados há nomes bem conhecidos: hipericão, camomila, tília, malva, pés de cereja, barbas de milho, cidreira, limonete, macela...

Pelo menos os limites máximos de um dos resíduos (L.M.R.) foi excedido em 18 das 26 amostras de plantas isoladas (em 2 casos tratou-se de D.D.T., um produto interdito na Europa desde os anos 70).

Das 52 misturas de plantas, verificou-se que em 28 os L.M.R. foram excedidos (o D.D.T. foi identificado num caso).

No conjunto, 49% das amostras nacionais e 50% das importadas excediam os L.M.R. para diferentes resíduos organoclorados.

Para mais detalhes,

Lino C, Silveira M. Estudo de resíduos de pesticidas organoclorados em plantas medicinais. Bol Lab Estudos Farmacêuticos (A.N.F.) 1998; 16:9-16.

“Food hypersensitivity or allergy (adverse reactions believed to be secondary to immunologic mechanisms) accounts for the vast majority of documented reactions to foods”.

Burks AW. The spectrum of food hypersensitivity: where does it end. J. Pediatr 1998; 133:175-6.

“Adverse food reactions may be secondary to food allergy... or food allergic reaction is the result of an abnormal immunologic response, whereas a food intolerance is the result of a non immunologic mechanism. Food intolerance accounts for the majority of adverse food reactions”.

Leung ACK. Food allergy: A clinical approach. Adv. in Pediatr 1998; 45: 145-177.

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 90-91

Índice anual

ARTIGOS	ANO	VOL.	Nº	PÁG.
O logotipo — editorial	1998	20	1	3
Readmissões não-previstas no Serviço de Urgência...	1998	20	1	5
Febre sem foco em lactentes	1998	20	1	19
Distúrbios mentais maternos do pós-parto	1998	20	1	29
Exames radiológicos em Pediatria	1998	20	1	43
Obstipação na criança: abordagem dietética	1998	20	1	55
Diarreia — a ciência médica há 100 anos	1998	20	1	66
Primeira consulta de desenvolvimento	1998	20	1	69
A ferro e fogo	1998	20	1	79
Avaliação do perímetro craniano — textos de apoio	1998	20	1	84
Esofagite cáustica de diagnóstico tardio — caso clínico	1998	20	1	85
Microcefalia na baixa estatura — carta ao editor	1998	20	1	91
Um caso de <i>status epilepticus</i> — um caso inesquecível	1998	20	1	94
Associação de Saúde Infantil de Coimbra — editorial	1998	20	2	3
Prevalência do ressonar em crianças da escola primária	1998	20	2	5
Tabagismo: proteger a criança e tratar os pais	1998	20	2	17
Vacinação	1998	20	2	33
A vigilância de Saúde Infantil das crianças seguidas em consultas hospitalares	1998	20	2	37
Ténia — a medicina há 100 anos	1998	20	2	45
Pais e luto	1998	20	2	47
Estatística em tribunal	1998	20	2	55
SOS; violência infantil	1998	20	2	61
Fontes alimentares de cálcio — textos de apoio	1998	20	2	65
Intoxicação por paraquat	1998	20	2	67
Fibrose quística; formas atípicas	1998	20	2	73
Letargia e crises de palidez num pequeno lactente	1998	20	2	79
Os talibans amamentam — opinião	1998	20	2	83
Crise de asma — protocolo	1998	20	2	85
Más informantes — editorial	1998	20	3	3
Terapêutica antibiótica em situações agudas	1998	20	3	5
Excesso ponderal e obesidade em jovens	1998	20	3	13
A criança hiperactiva	1998	20	3	21
Celulite da região orbitária	1998	20	3	33
Complicações neurológicas da varicela	1998	20	3	43
Crianças em risco?	1998	20	3	49
Prevalência do aleitamento materno	1998	20	3	59
O ciúme entre irmãos	1998	20	3	67
Sapinhos — a medicina há 100 anos	1998	20	3	72
Obesidade na criança — textos de apoio	1998	20	3	73
Choque anafiláctico — caso clínico	1998	20	3	77
Um olhar europeu sobre os serviços de saúde portugueses — opinião	1998	20	3	81
Má progressão ponderal e irritabilidade num recém-nascido — um caso inesquecível	1998	20	3	83
Choque anafiláctico — protocolo	1998	20	3	87

saúde
infantil

1998; 20/3: 92-93

Índice anual

AUTORES	ANO	VOL.	Nº	PÁG.
H. Carmona da Mota	1998	20	1	3
Luís Lemos	1998	20	1	5
Lucília Martins, Luísa Mendes	1998	20	1	19
Olga Cordeiro, Teresa Sintra	1998	20	1	29
Maria da Luz Caetano, Carlos Alberto Ferrão	1998	20	1	43
Paula Garcia, Manuel Salgado	1998	20	1	55
Margarida Azevedo, Susana Nogueira, Helena Porfírio,				
Guimar Oliveira, Boavida Fernandes	1998	20	1	69
H. Carmona da Mota	1998	20	1	79
Alexandra Cabral, Manuel Salgado, Graça Ramalheiro,				
Isabel Gonçalves, Nicolau da Fonseca	1998	20	1	85
L. Pereira da Silva, J. Estrada, M.C. Vale, L. Gama	1998	20	1	91
Manuel Salgado	1998	20	1	94
Maria Helena Estevão	1998	20	2	3
A Ferreira, V. Clemente, H. César, C. Pissarra, I. Coelho,				
A Gomes, M.H. Pinto de Azevedo	1998	20	2	5
Lúcia Gomes, Tojal Monteiro	1998	20	2	17
Luís Manuel Batalha Cunha	1998	20	2	33
Fátima Couto, Matilde Correia	1998	20	2	37
Maria do Carmo Santos	1998	20	2	47
H. Carmona da Mota	1998	20	2	55
Paula Silva, Fátima Pinto	1998	20	2	61
Eugénia Capela, Maria Beorlegui, Farela Neves	1998	20	2	67
Fátima Pinto, Resende Martins, Conceição Fernandes	1998	20	2	73
Manuel Salgado	1998	20	2	79
H. Carmona da Mota	1998	20	2	83
José António Pinheiro	1998	20	2	85
Luís Januário	1998	20	3	3
Luís Lemos	1998	20	3	5
Luiz M. Santiago, Eugénia Mesquita, Isabel Carvalho, Mª da Graça Rocha	1998	20	3	13
José Eduardo Boavida, Helena Porfírio, Susana Nogueira, Luís Borges	1998	20	3	21
Célia Madalena, Miguel Costa, Teresa Oliva, Margarida Guedes, Tojal Monteiro	1998	20	3	33
Fátima Santos, Paula Fonseca, M. Gomes Costa, J. Dias Sousa, Teresa Temudo	1998	20	3	43
Nuno Pereira, Carlos Prior, Cristina Antunes, Helena Baía, Teresa Lopes	1998	20	3	49
Luísa Martins Rocha, António Gomes	1998	20	3	59
Joana Lopes	1998	20	3	67
Joana Mesquita, Luís Lemos	1998	20	3	77
H. Carmona da Mota	1998	20	3	81
Manuel Salgado	1998	20	3	83
Luís Lemos	1998	20	3	87

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 92-93



I n f o r m a ç ã o e s

8º Encontro de Pediatria do Hospital Pediátrico

— Novos conhecimentos atitudes e práticas —

5 e 6 de Fevereiro de 1999

Local: Auditório do Hospital dos Covões

Inscrição: até 22 de Janeiro — 12.500\$00 após 22 de Janeiro — 15.000\$00
sócios da ASIC “ — 10.000\$00 “ — 12.000\$00

*saúde
infantil*

1998; 20/3: 94-95

5 DE FEVEREIRO (SEXTA-FEIRA)

09h 00 — Abertura

09h 30 — “Pediatria de Ontem e de Hoje”

Nicolau da Fonseca

Presidente: J.A. Pinheiro

11h 00 — Mesa-redonda “Negligência e Abuso Sexual”

Jeni Canha

15h 00 — Cirurgia Endoscópica

Philippe Montupet

Presidente: Aurélio Reis

16h 30 — Mesa-redonda “Cirurgia Endoscópica

Experiência do Hospital Pediátrico”

Moderador: Philippe Montupet

“Cirurgia Toracoscópica”

A. Ochoa de Castro

“Cirurgia Laparoscópica”

Aurélio Reis

6 DE FEVEREIRO (SÁBADO)

09h 30 — “Imunodeficiências”

Presidente: M^a Lourdes Chieira

11h 00 — Mesa-redonda “Imunodeficiências”

Moderador: M^a Lourdes Chieira

“Imunodeficiências Primárias”

Emília Faria

Sida

Casos Clínicos

15h 00 — “Telemedicina”

Presidente: Rui Batista

16h 00 — “A Pediatria do Amanhã”

H. Carmona da Mota

Jorge Saraiva

ORGANIZAÇÃO
asic
associação de saúde infantil de coimbra

8º Curso de Radiologia Pediátrica

19, 20 de Março 1999

Local: Auditório do Hospital dos Covões

VI Seminário de Desenvolvimento

— A criança com hiperactividade e dificuldade de aprendizagem —

6 e 7 de Maio 1999

Local: Auditório da Reitoria da Universidade de Coimbra

XVI Curso de Pediatria Ambulatória

18 e 19 de Junho 1999

Local: Auditório da Reitoria da Universidade de Coimbra

*saúde
infantil*

1994; 17: 94-95

Todos os cursos são secretariados por: ASIC — Hospital Pediátrico
Av. Bissaya Barreto — 3000 Coimbra
Tel.(039) 480 335 Fax (039) 484 464

AOS NOSSOS LEITORES:

- para actualização de dados,
- para nova assinatura,
- para revalidar a sua assinatura,
- para liquidação de quotas,

agradecemos que preencha o cupão e o remeta à ASIC, **utilizando o envelope RSF.**

Atenção

- De preferência pague com cheque.
- Se tem pago por transferência bancária, lembre-se de que os preços da revista têm sido actualizados.
- Actualize a sua morada

*saúde
infantil*

Boletim de assinatura anual — 1999

Hospital Pediátrico de Coimbra

Nome _____

Morada _____

Código Postal Localidade _____ Telefone _____

Profissão/ Especialidade _____

Pretendo revalidar ☐ iniciar ☐ a assinatura de *saúde infantil*

☐ 3 000\$00 (Preço de assinatura)

☐ 2 500\$00 (Assinatura para sócios ASIC)

☐ 3 000\$00 (PALOPs)

☐ 3 500\$00 (Estrangeiro)

☐ Pretendo tornar-me sócio (1.000\$00
jóia + 2.000\$00 quota/99)

☐ Pretendo pagar quota (2.000\$00)

