

# saúde infantil

A B R I L 1 9 9 9

Atendimento nos Centros de Saúde de  
Coimbra

Situações agudas em cuidados  
primários

Acesso aos cuidados primários de  
saúde

Quando enviar uma criança a Ortopedia

Abandono do aleitamento materno

Abcesso cerebral

Vacinação contra o *Haemophilus*  
influenza tipo B

Casos clínicos

A chupeta

Carta à Ministra da Saúde - Texto de apoio  
— Um caso inesquecível — Protocolo —  
Revisões — Informações

*Hospital Pediátrico de Coimbra*

**DIRECTOR**

Luís Lemos

**EDITOR**

Luís Januário

**REDACÇÃO**

Manuel Salgado, Boavida Fernandes

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

e

**Neonatologia**

Conceição Ramos, Gabriela Mimoso

Mário Branco

António Marques

**Clínica Geral**

Maria José Hespanha

**Dermatologia**

Ana Moreno

**Estatística e Métodos**

Pedro Ferreira

**Propriedade:**

Associação de Saúde Infantil de Coimbra

**Secretariado**

Sandra Fonseca

ASIC — Hospital Pediátrico de Coimbra

3000-076 Coimbra

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

**Assinaturas 1999**

ANUAL	3.000\$00
Sócios da ASIC	2.500\$00
Estrangeiro	3 500\$00
PALOPs	3 000\$00
NÚMERO AVULSO	1 500\$00

Tiragem: 1100 exemplares

**Concepção Gráfica e Paginação Electrónica:**

RPM, Ideias e Comunicação, Lda

Rua Antero de Quental, 250 3000-031 COIMBRA

TEL.: (039) 85 29 40 - FAX: (039) 85 29 49

**Montagem e impressão:**

Norprint, Artes Gráficas S.A.

Depósito Legal nº 242/82

ISSN nº 0874-2820



Impresso em papel reciclado

**HOSPITAL PEDIÁTRICO DE COIMBRA**neste  
númerosaúde  
infantil

Nº 21/1 — ABRIL — 1999

**EDITORIAL**

ATENDIMENTO DE SITUAÇÕES AGUDAS BENIGNAS NOS CENTROS DE SAÚDE DA CIDADE DE COIMBRA ..... 3

Luís Lemos

ANA CRISTINA ..... 5

SITUAÇÕES AGUDAS PEDIÁTRICAS EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS. Reflexão sobre procedimentos, fármacos e equipamentos ... 9

Luís Lemos

ACESSO AOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE NO CONCELHO DE GONDOMAR ..... 23

Almeida Santos I, Fraga A, Lobo I, Cunha L, Fonseca V, Veiga T, Almeida Santos L

QUANDO ENVIAR UMA CRIANÇA A ORTOPEDIA? ..... 31

Paula Fonseca, Lúcia Gomes, Margarida Guedes, António Oliveira

ALEITAMENTO MATERNO NOS CONCELHOS DE CASCAIS, AMADORA E SINTRA. Porquê o abandono precoce? ..... 43

Ana Dias Alves, Sérgio Lamy, Graça Henriques, Daniel Virella, Helena Carreiro, Nuno Lynce, Maria do Céu Machado

CARTA À SENHORA MINISTRA DA SAÚDE SOBRE AS LISTAS DE ESPERA NOS SERVIÇOS DE CIRURGIA PEDIÁTRICA ..... 51

L.J.

A QUESTÃO DIAGNÓSTICA. Abscesso cerebral ..... 55

Miguel Félix, Alexandre Correia, Luís Januário

VACINAÇÃO CONTRA O *HAEMOPHYLUS INFLUENZA* TIPO B... 61

Fernanda Loureiro, Fernanda Castro, Cristina Pinto Carmona

TEXTOS DE APOIO DA CONSULTA DE PEDIATRIA GERAL DOR ABDOMINAL NA CRIANÇA ..... 69

**CASO CLÍNICO**

«NEM TUDO O QUE PARECE É» E «QUEM NÃO PROCURA, NÃO ENCONTRA» ..... 71

Luísa Macieira, José Eduardo Boavida, Luís Borges

A CHUPETA ..... 77

Ana Sofia Morgadinho Carvalho

**OPINIÃO**

DOÍ DOÍ? TRIM TRIM! ..... 83

**UM CASO INESQUECÍVEL**

E AQUELE SOM! ..... 89

**PROTOCOLO**

CELULITE DA REGIÃO ORBITÁRIA NA CRIANÇA ..... 91

REVISÕES BIBLIOGRÁFICAS ..... 93

INFORMAÇÕES ..... 95

# 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.

## ATENDIMENTO DE SITUAÇÕES AGUDAS BENIGNAS NOS CENTROS DE SAÚDE DA CIDADE DE COIMBRA

Por um bizarro e inexplicável privilégio obtido nos idos anos de 1982 ou 83 (ao que sabemos) os mais de cem colegas da carreira de Clínica Geral colocados nos Centros de Saúde de Coimbra nunca foram responsabilizados por assegurarem um atendimento organizado para as situações agudas benignas na idade pediátrica - a que nos interessa aqui. Nem aos dias de semana e muito menos aos feriados e fins-de-semana. Imperou, pois, uma curiosa concepção de acessibilidade...

O autêntico "massacre" da utilização excessiva e inadequada do nosso serviço de Urgência vem desde a sua abertura (o ano de 1980 foi o segundo pior, neste aspecto). Entre 60 e 90% dos utilizadores, segundo os anos, provêm do Concelho de Coimbra.

Desde meados dos anos 80 que a Direcção Clínica e a Direcção do Serviço de Urgência do H.P. têm procurado modificar a situação - tendo sempre esbarrado com a "melhor compreensão" e a total incapacidade ou vontade da parte das autoridades regionais da Saúde.

Um colega da carreira de Clínica Geral, em artigo publicado há anos num Boletim Sindical sobre este tema, esclarecia que os seus colegas "não tinham que resolver os problemas do Hospital Pediátrico".

Finalmente, em 1998, fez-se alguma luz ao fundo do túnel. Colegas da área da Clínica Geral - e com experiência de assistência efectiva de situações agudas pediátricas nos respectivos Centros de Saúde - agora responsáveis pela Sub-região de Saúde de Coimbra e mandatados pela A.R.S., disponibilizaram-se para um diálogo construtivo sobre o tema.

Como resultado foi possível perspectivar mudanças assistenciais na área urbana de Coimbra.

Em acções promovidas pelas responsáveis de Enfermagem da Sub-região, muitas enfermeiras dos Centros de Saúde vieram rotativamente ao nosso Serviço de Urgência, familiarizar-se com a patologia benigna que aqui ocorre, com aspectos funcionais e conhecer algum equipamento útil ou necessário na primeira linha destes cuidados.

Prontificámo-nos totalmente para receber e acompanhar pessoalmente os nossos colegas Clínicos Gerais que quisessem, in loco, esclarecer alguma dúvida ou trocar impressões sobre qualquer aspecto referente à patologia mais benigna que aqui ocorre.

Como corolário, a população da cidade foi finalmente informada, entre outras coisas e através de toda a comunicação social local e de milhares de folhetos editados pela Sub-região de Saúde de Coimbra e distribuídos no H.P., Centros de Saúde, Farmácias... que os seis Centros de Saúde da cidade se encontravam "abertos todos os dias úteis entre as 8 e as 20 horas, com equipas de profissionais disponíveis para o atender tanto na doença prolongada como na doença aguda", a partir de Julho de 1998.

Decidimos internamente que continuaríamos a observar no nosso Serviço todos os casos de febre em crianças no primeiro ano de vida, todas as crianças que necessitassem de algum exame complementar, as doenças crónicas já seguidas no H.P. e, claro, as verdadeiras urgências. Todos os outros casos provenientes de Coimbra, seriam encaminhados após a habitual triagem, para os Centros de Saúde locais.

Desde os primeiros dias e ao longo de quase 7 meses temos constatado com perplexidade, uma aparente determinação para o incumprimento pela quase totalidade dos Centros de Saúde da cidade, das medidas acordadas e publicitadas.

Esse incumprimento, noticiado no nosso Serviço de Urgência pelos familiares das crianças e sempre confirmado por telefonemas feitos por médicos de serviço, Chefes de Equipa ou pelo Director do Serviço, tem-se traduzido fundamentalmente no seguinte:

1. Jogava-se com a palavra "urgente" (quase sempre, mas não só, por parte do pessoal administrativo), dizendo-se aos pais que ali, no Centro de Saúde, não se atendiam urgências e que, para isso, tinham que se dirigir ao H.P.. Este aconselhamento foi feito por via telefónica ou in loco.
2. Informavam-se os familiares de que o atendimento dessas situações só era possível das 17 (ou 18, conforme os Centros) até às 20 horas.
3. Em dois Centros de Saúde a quem os pais se dirigiram cerca das 13-14 horas, foi-lhes dito que o Centro não funcionava na hora de almoço e que, por isso, não havia a essa hora médicos disponíveis.

A alguns de nós, após contactos directos ou telefónicos, foram-nos propostas longas "explicações" sobre as pretensas impossibilidades de concretizar o atendimento publicitado pela Sub-região de Saúde (que tutela os respectivos Centros de Saúde).

Um panorama kafkiano... e inaceitável para nós e para os doentes e famílias.

Em entrevista concedida há pouco mais de uma semana (meados de Fevereiro) a um diário local, a responsável pela Sub-região de Coimbra reforça as posições anteriores (nomeadamente o horário de atendimento contínuo, das 8 às 20 h) e na mesma página a responsável de um dos Centros de Saúde publicita horários descontínuos, diários, para a observação de situações agudas...

Enfim, é óbvio que a modificação da situação de privilégio vivida nos Centros de Saúde de Coimbra haveria de dar lugar a dificuldades. Mas, em relação ao problema actual, não é aceitável que as crianças e as famílias continuem a ser, nestes Centros de Saúde, vítimas de desinformação ou má informação, que não podem compreender e que prejudicam a própria imagem dessas instituições.

Muitos pediatras e elementos da Direcção da Sociedade Portuguesa de Pediatria vêm questionando a capacidade dos médicos de Clínica Geral prestarem assistência a crianças e jovens.

A nós interessa-nos (pelas crianças e familiares, e pela lógica do nosso Sistema de Saúde) uma Clínica Geral bem prestigiada, com quem pretendemos um diálogo regular e sem complexos.

Para isso, aqui em Coimbra e no âmbito abordado, a palavra "esperança" veio das profissionais da Sub-região de Saúde. Oxalá se lhes juntem os que olham para amanhã.

**Luís Lemos**

agem de Castelo Branco no mesmo ano, onseculente de se dedicar às crianças de . habitual a admissão de enfermeiros das do planifexia menor do alguns fo cedo no afreco bi que a Cristininha no. "As Mulheres não se medem aos fo fidamente adoptado pelas estas veta grupo em carneiras p ado mui e recol de complet aracterísticas ofidade in as fúria do index, a e umor del espírito, o aova na s ees, a cri actênistico nam algu



«... deixem-me ouvir o coração parar!» 2 Il cos Sendo os mais novos os alvos pr itações do bo disposição que ajudou uões de angústia e stress do dia a d itar laço da amizade e solidaried no mulheres gueta com uma excele 3 assente em sólidos princípios e V 2o do uma sensibilidade do muito est, equentemente a reflexão sobre a m ia sob a forma de uma escrita i ndivid as suas observações e inter de escrita a de uma ou no tipo

## Ana Cristina

Não anunciou, não se lamentou, não pediu, não ameaçou.  
Só decidiu que era tempo e concluiu.  
O querer, fez que fosse o que não era.  
Nada ficou como fora.

Henrique CM / (PAV)

A Cristina Caldeira chegou à UCI do HP a 2 de Novembro de 1980. Tinha concluído a sua formação inicial na Escola de Enfermagem de Castelo Branco no mesmo ano, devido a uma opção consciente de se dedicar às crianças doentes. Não era habitual a admissão de enfermeiras formadas nas escolas da periferia mercê de alguns preconceitos. Muito cedo me apercebi de que a Cristininha fazia jus ao provérbio “As mulheres não se medem aos palmos”. Foi rapidamente adoptada pelas então veteranas, integrando um grupo excepcional de enfermeiras que deixaram um legado muito prestigiante e reconhecidamente de grande competência.

A curiosidade intelectual que a caracterizava, a avidez de aprender, a empatia que lhe era intrínseca, a vivacidade de espírito, a inteligência e humor dos comentários e questões, a criatividade que colocava na sua forma de estar eram algumas das suas características pessoais.

Adorava brincadeiras e pregava partidas a todos os colegas e médicos sendo os mais novos os alvos preferidos, provocando situações de boa disposição que ajudavam a aligeirar os momentos de angústia e *stress* do dia-a-dia na UCI, e a fomentar laços de amizade e solidariedade na equipa.

Era uma mulher culta com uma excelente formação pessoal assente em sólidos princípios e valores e dotada de uma sensibilidade muito especial, levando-me frequentemente a reflectir sobre a minha atitude.

Traduzia sob a forma de uma escrita impecável e inconfundível as suas observações e intervenções. Possuía o dom da escrita e de jogar com as palavras.

Frequentemente me brindava com registos de ocorrências no serviço (lâmpadas fundidas, incubadoras e outro equipamento avariado, faltas de material diverso) em forma de charada ou enigma desafiando a minha imaginação e discernimento, o que a divertia.

A Cristininha salientava-se ainda pela comunicação natural e espontânea com as crianças cativando-as com a docilidade das suas palavras e gestos e a fértil imaginação que possuía. De facto era uma Enfermeira Pediatra de referência, não só pela facilidade em lidar com as crianças, mas ainda pela atenção aos pormenores, aos detalhes, captando facilmente a essência do trabalho com recém-nascidos.

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 5-7

A Cristininha grangeou muitos amigos em todos os serviços do HP, pela sua boa disposição, disponibilidade para com todos, espontaneidade, criando por isso um bom ambiente com o grupo e inspirando simultaneamente muita confiança e segurança nos enfermeiros mais jovens.

A sua carreira profissional foi brilhante e percorreu todos os graus da carreira por concurso obtendo sempre elevadas classificações:

Enfermeira Graduada em 05.12.86

Enfermeira Especialista em 24.08.88

Enfermeira Chefe em 01.09.97

No âmbito científico elaborou trabalhos relevantes, apresentou divesas comunicações em congressos de Enfermagem, de Medicina Intensiva e de Pediatria, dignificando sempre com a excelência dos mesmos a Enfermagem do HP.

Tinha sido convidada para integrar um órgão regional da Ordem dos Enfermeiros a sufragar no próximo dia 21 de Abril.

Da Cristininha guardo as melhores recordações. A sua memória não se apagará.

Maria Eugénia Oliveira

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 5-7

.....

Cristina,

Ao pertenceres ao nosso grupo pensaste nas vivas esperanças que as tuas novas funções te exigiam e nas limitações que os condicionalismos materiais e humanos te impunham. De barreira em barreira foste sempre capaz de vencer os diversos obstáculos, ao longo duma prova que sabias jamais ter fim.

Da tua passagem pelo nosso serviço ficam-nos as mais gratas recordações e uma profunda sensação de vazio, criada pela tua ausência.

A competência, a vontade de construir algo e a capacidade relacional a que nos habituaste são atributos que raramente coexistem equilibradamente na mesma pessoa e que tu tão bem sabias gerir.

Procuraste fazer sempre o que te parecia melhor e mais sensato. Ajudavas as pessoas. Era para ti uma horrível injustiça ficar confinada a contingências injustificadas!

O passado real esvai-se. Fica para sempre tudo aquilo que foste capaz de construir...

A U.C.I.N. da M.B.B.



# SITUAÇÕES AGUDAS PEDIÁTRICAS EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.

## REFLEXÃO SOBRE PROCEDIMENTOS, FÁRMACOS E EQUIPAMENTOS

Luís Lemos

### RESUMO

Ao longo da última década não tem havido, na nossa região, troca de informações estruturada entre os Cuidados de Saúde Primários — nomeadamente Serviços de Atendimento Permanente (S.A.P.) / Centros de Saúde — e os Serviços hospitalares na área de atendimento de situações agudas em idade pediátrica. E entretanto, obviamente, têm sido periodicamente modificadas e aperfeiçoadas as atitudes terapêuticas a nível dos Serviços de Urgência hospitalares. Estes serviços atendem muitas das situações que também são observadas nos S.A.P..

Com base na experiência pessoal e do Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra procuramos abordar alguns problemas de equipamentos, fármacos e procedimentos que poderão ser úteis em dez situações paradigmáticas: Convulsões febris e apiréticas, Asma/Dispneia expiratória, Febre, Infecções dos tecidos moles, Infecção urinária, Gastroenterites, Paragem cardio-respiratória, Intoxicações, Laringo-traqueíte viral e Alergia cutânea/Choque anafilático.

**Palavras-chave:** cuidados de saúde primários, situações agudas pediátricas.

### SUMMARY

During the last ten years we were not able to have, in our region, any regular professional contacts between Primary Health and Hospital Services, concerning attendance of acute pediatric situations. Of course, in that period, we have introduced significant changes in the therapeutical attitudes in our Emergency pediatric department, where we are continuously observing a lot of acute situations that might be cared at the Primary level.

Based on our experience we propose to discuss, with doctors and nurses from the Health Centers, some relevant problems concerning equipment, therapy and attitudes in ten acute pediatric situations: Seizures, Asthma, Fever, Skin infections, Urinary infections, Gastroenteritis, Cardio-respiratory resuscitation, Poisoning, Laringotracheitis viral, Skin allergy and Anaphylatic shock.

**Keywords:** primary health care, acute pediatric illness.

---

Chefe de Serviço — Hospital Pediátrico de Coimbra.

## Introdução

O atendimento de situações agudas, benignas, nos Serviços de Urgência dos Hospitais/Serviços de Pediatria, a nível Central ou Distrital, é ainda de regra no nosso país. A esmagadora maioria desta patologia poderia e deveria ser orientada por colegas que trabalham em Cuidados de Saúde Primários ( C.S.P.) (1-4).

Esta crónica distorção na utilização dos recursos da saúde tem conduzido — de forma marcada na nossa zona urbana — a que nos Centros de Saúde haja reduzida solicitação para atendimento daquelas situações e, como consequência, diminuição de experiência dos elementos da equipa de saúde, com deficiências de equipamento e de fármacos necessários para um atendimento de qualidade.

Por outro lado, a nível da maior parte dos Concelhos não urbanos, existem Serviços de Atendimento Permanente ou Prolongado (S.A.P.) e há uma real experiência de atendimento daquelas situações mas a gritante falta de comunicação entre os diversos níveis de cuidados tem contribuído para a não existência/utilização de equipamento e de fármacos, que consideramos essenciais.

Algumas carências locais têm sido bem objectivadas através de estudos realizados no nosso Hospital e onde têm sido registadas as orientações definidas nos S.A.P. e transmitidas nos documentos de admissão ao Serviço de Urgência (5). Outras têm sido detectadas através de troca de informações ocasionais com médicos/enfermeiros das estruturas de saúde locais ou até com familiares de doentes.

Com estes pressupostos e com base na nossa experiência pessoal e do Serviço, procurámos rever e actualizar conhecimentos e procedimentos em relação a algumas das situações agudas que, pela sua frequência e/ou potenciais consequências, justificam uma prioritária melhoria qualitativa de atendimento a nível dos Cuidados de Saúde extra-hospitalares.

## Situações agudas

### 1. Convulsões febris/apiréticas

Qualquer destas situações pode ocorrer de modo inesperado e justificar plenamente a admissão em qualquer Serviço de atendimento de situações agudas, em C.S.P. ou num Centro de Saúde (quadro 1).

Se não se trata de uma primeira convulsão febril é habitual e desejável que os pais tenham consigo o Diazepam rectal, para administração por eles próprios, no momento da convulsão. Pode, pois, isso já ter acontecido no domicílio. Não esquecer de retirar algum eventual excesso de roupa.

Em qualquer caso assegurar-se da permeabilidade das vias aéreas superiores e administrar O<sub>2</sub> (funil ou máscara à face), durante a convulsão.

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 9-21

Nalguns casos — imprevisíveis — haverá necessidade de repetir a dose de Diazepam, por persistência da convulsão. Nestas situações é prudente ter à mão um ressuscitador pediátrico com máscara adaptada à idade da criança e fonte de O<sub>2</sub> pois pode instalar-se uma depressão respiratória — habitualmente ligeira e transitória.

Tudo se complica se as convulsões não cedem, apesar dos primeiros cuidados. Se se justificar uma actuação agressiva — isto é, se excluirmos os casos de epilepsia já conhecida e de difícil controlo, que podem manifestar-se por múltiplas convulsões focais diárias e em relação às quais há que contrariar a tentação de querer pará-las a todo o custo — é indispensável:

- a) Manter vias aéreas permeáveis
- b) Administrar O<sub>2</sub>
- c) Evitar drogas que possam deprimir o centro respiratório (Fenobarbital ou doses repetidas de Benzodiazepinas)
- d) Administrar Fenitoína (15 - 20 mg/kg i.v., lenta) e transferir para meio hospitalar.

#### CONVULSÕES FEBRIS/APIRÉTICAS

**Equipamento:**

Ressuscitador manual

**Fármacos:**

**Diazepam** (Stesolid) ®

emb. instil. rectal — 5 e 10 mg

0,3-0,6 mg/Kg

ou

6M-3 Anos: 5 mg

> 3Anos: 10 mg

*Nota:* A administração deve ser feita no local (domicílio, se convulsões anteriores, no S.A.P. antes do envio ao Hospital).

A dose deve ser repetida após 15 min., se necessário. Atenção à possível depressão respiratória.

**Oxigénio**

**Antipirético** (Conv. febril)

#### Quadro 1

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 9-21

## 2. Asma/Dispneia expiratória

A frequência destas situações — quer se trate de casos de evolução aguda ou de agudizações de uma asma conhecida — implica a necessidade imperiosa de criar condições para uma actuação terapêutica, basicamente com broncodilatadores, o mais próximo possível do domicílio (6) (quadro 2).

**ASMA/DISPNEIA EXPIRATÓRIA**

**Equipamento:**

- Mini-nebulizador para administração de aerossóis)
- Fonte de Oxigénio com debitómetro

**Fármacos**

- **Procaterol** (Onsudil®), sol. respiratória  
0,3 ml (em 2 ml NaCl 0,9%)

**Nota:** A utilizar após os 4 anos de idade. A dose é independente do peso e pode administrar-se cada 12 h (ou, no máximo, cada 8 horas).

**ou**

**Salbutamol**, Ventilan®, sol. respiratória  
0,8 gotas/Kg/dose (dose máxima: 25 gotas)  
(em 2 ml de NaCl 0,9%)

**Nota:** Na fase aguda esta dose pode ser administrada cada 20 min., durante 1 ou 2 horas. Na fase de manutenção o intervalo habitual é de 4 a 6 horas.

**Oxigénio:** administrar se possível os aerossóis a um débito de 6 L/min).

**Prednisolona:** 0,5-1mg/Kg, per os, (se nec., periodicidade variável).

**Nota:** Pode utilizar-se por via oral o conteúdo de ampolas, caso a embalagem em gotas não seja acessível.

**Quadro 2**

O equipamento é simples e económico e muitas crianças poderão ser correctamente tratadas a nível local, evitando-se deslocações a Serviços hospitalares, por vezes onerosas e sempre incómodas.

Se após 1 ou 2 h de terapêutica bem orientada localmente, a situação não melhorou ou se houver critérios de gravidade em qualquer momento — nomeadamente sinais de dificuldade respiratória moderada ou grave — a criança deve ser dirigida a um Serviço hospitalar adequado, para internamento.

**3. Febre**

A terapêutica antipirética consiste fundamentalmente na boa hidratação (dar de beber regularmente!) e na administração de Paracetamol — o antipirético com menos efeitos secundários e muito eficaz (7) (quadro 3).

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 9-21

**FEBRE (temperatura igual ou superior a 38°)**

- 
- |                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>Fármacos:</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Paracetamol</b> (excelente tolerância e muito boa eficácia).<br/>Utilizar em doses terapêuticas!<br/>(10-15 mg/Kg/24h)</li> <li>• <b>Ibuprofeno:</b> de preferência não usar associado (intercalado) com o Paracetamol.</li> </ul>                               |
| <b>Procedimentos:</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retirar a roupa, se excesso!</li> <li>• Alertar para o risco de choque térmico (sobretudo na baixa idade).</li> <li>• Em caso de temperatura muito elevada, utilizar sempre em primeiro lugar o antipirético e só depois, se necessário, o banho tépido.</li> </ul> |

**Nota:** O objectivo destas medidas não é tornar a criança apirética mas sim baixar a febre para valores menos incómodos ou em relação aos quais seja menos provável o aparecimento de convulsões febris.

---

**Quadro 3**

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 9-21

Em casos de temperatura particularmente elevada ou quando há antecedentes de convulsão febril deve-se utilizar a dose máxima — 15 mg/kg — habitualmente de 6/6 horas.

Evitar o excesso de agasalhos.

Provavelmente, com esta administração, seria em muitos casos dispensável outro tipo de fármacos, com mais efeitos secundários que o Paracetamol.

#### **4. Impétigo/Feridas superficiais infectadas/Adenite aguda/ Celulite após ferida local infectada**

O germe em causa é, na esmagadora maioria dos casos o *Staphylococcus aureus*. Sendo infecções não hospitalares é de presumir que esta bactéria seja em 100% dos casos resistente à Penicilina mas bem sensível ainda às Penicilinas com actividade anti-penicilinase (8). A Flucloxacilina é eficaz e bem tolerada e, pelo seu reduzido espectro, afecta menos a flora fisiológica do organismo, que interessa preservar.

As celulites peri-orbitárias sem porta de entrada conhecida, podem ter origem em infecções sinusais e implicam outros cuidados e antibioterapia, sendo a hospitalização necessária até para excluir com rigor uma infecção sempre preocupante, a celulite orbitária (quadro 4).

**IMPÉTIGO/FERIDAS SUPERFICIAIS INFECTADAS/ADENITE AGUDA/ CELULITE\***

(*Staphylococcus aureus* — predominante  
*Streptococcus pyogenes*)

**Fármacos:** • **Flucloxacilina (Floxapen) ®\***

Nota: O *Staph. aureus* não hospitalar é ainda muito sensível a este antibiótico, com actividade anti-penicilinase.

O *Strep. pyogenes* não é resistente à penicilina.

Evitar a utilização de antibióticos de largo espectro.

\* Excepto nas celulites da região peri-orbitária, em que não haja porta de entrada (ferida) local. Nestes casos a origem pode ser uma infecção nos seios peri-nasais (com outros germes causais).

**Quadro 4****5. Infecção urinária**

Antes de mais é preciso pensar mais neste diagnóstico, na criança febril sem foco aparente — mesmo bem disposta, mesmo com apetite conservado.

Em caso de infecção urinária febril é provável que se trate de pielonefrite (9,10).

As "fitas" são muito úteis como avaliação inicial já que, se não houver mais que 8 leucócitos/campo nem nitritos nem eritrócitos, pode-se afastar o diagnóstico com toda a probabilidade (quadro 5).

saúde  
infantil

1999; 21/1: 9-21

**INFECÇÃO URINÁRIA****Material para despiste:**

• Pesquisa rápida de:

- leucócitos

- nitritos

- hemoglobina

(Combur 10) ®

(Multistix 8 SG) ®

(Aution sticks 10) ®

**Nota:** Se leucócitos e nitritos negativos, exclui praticamente o diagnóstico de infecção urinária (não será necessário pedir urocultura).

A colheita para urocultura deve ser feita, sempre que possível, no laboratório local (com lavagem de períneo e dos genitais).

Se for necessário colocar saco, este não deve ficar mais de 30 a 45 minutos.

Nos casos de infecção urinária com febre na criança de baixa idade ou com sintomas evocando infecção urinária alta, a criança deve ser hospitalizada.

Não esquecer a investigação uro-radiológica.

**Quadro 5**

As uroculturas devem ser feitas em todos os casos em que o sedimento é anormal e/ou os nitritos positivos. A colheita deve ser feita no laboratório, com as precauções conhecidas. Os médicos podem, questionando as mães, saber se as condições de colheita/transporte foram ou não correctas. A lavagem prévia do períneo e genitais, com água e sabão, é indispensável. Se fôr necessário colocar um saco colector, ele deve ser substituído, após nova lavagem, se não houver micção nos 30-45 minutos seguintes.

Resultados de uroculturas com mais do que um germe ou com bactérias não habituais, indiciam fortemente más condições de colheita ou transporte da amostra. Nestes casos é necessário um contacto com os responsáveis do laboratório para melhorar procedimentos!

Mesmo em caso de I.U. baixa (sem febre) em crianças sem antecedentes, parece-nos justificado pedir uma ecografia abdominal (renal).

As I.U. febris justificam, em regra, uma orientação hospitalar inicial e sempre a solicitação de exames uro-radiológicos (pelo menos a ecografia renal e a cistografia miccional).

## 6. Gastroenterite/Diarreia

A maioria dos casos pode-se resolver no domicílio, com cuidados dietéticos simples — dependendo da idade e do regime alimentar em que a criança já está (11-13).

É importante que a criança beba. Os vômitos muitas vezes desaparecem se se administrarem os líquidos em pequenas quantidades e com frequência.

Abaixo dos 2 anos de idade as crianças, em regra, toleram o Dioralyte — a solução hidro-electrolítica mais adequada existente no mercado (quadro 6).

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 9-21

### GASTROENTERITE/DIARREIA

#### Fármaco:

#### • Solução hidro-electrolítica (Dioralyte)®

**Nota:** Atenção à preparação e conservação (no frigorífico = 24 horas, à temperatura ambiente = 1 hora)

Volume depende da sede, não deve ser rigidamente imposto.

Se mais de 2 anos, em regra não toleram o sabor: administrar outros líquidos (água, iogurte, etc.).

Não é necessária pausa alimentar.

Regime alimentar com conselhos dietéticos tradicionais.

#### • Se vômitos persistentes/dejecções frequentes e/ou volumosas/sinais de desidratação: hospitalizar.

Quadro 6

Não são necessários outros fármacos — a não ser em casos excepcionais.

A persistência de vômitos impossibilita a orientação no domicílio. É preferível, então, enviar ao hospital do que utilizar anti-eméticos (que podem provocar reacções de hipersensibilidade/intoxicações aparatosas).

As crianças mais velhas podem apresentar perdas importantes de líquidos com sinais clínicos pouco aparentes. As diarreias muito frequentes/abundantes justificam, em qualquer idade, um envio ao hospital.

## 7. Paragem cardio-respiratória

Pode acontecer em qualquer momento, por múltiplas razões e a criança terá então necessidade absoluta de apoio da equipa de saúde (S.A.P. /C.Saúde). De entre as causas mais prováveis podemos enumerar algumas intoxicações e acidentes.

Há, por isso, que providenciar para que haja o material indispensável para todas as idades pediátricas: aspirador de secreções com as sondas respectivas, oxigénio, ressuscitadores e máscaras faciais (quadro 7).

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 9-21

PARAGEM CARDIO-RESPIRATÓRIA	
<b>Equipamento/Material:</b>	<b>Ressuscitadores</b> com câmaras enriquecedoras de O <sub>2</sub> <b>Aparelho/sistema de aspiração de secreções</b> Com sondas <b>Braçadeiras para medição de pressão arterial</b> nos diversos grupos etários <b>Oxigénio</b>
<b>Fármacos:</b>	(ver em cada Centro de Saúde)

Quadro 7

Uma vez adquirido o material é necessário que todos o saibam utilizar correctamente — o que implica formação regular nesta área.

A ventilação manual eficaz e a massagem cardíaca externa são provavelmente as atitudes possíveis mais avançadas nas actuais estruturas dos C.S.P. já que a intubação endotraqueal implica experiência regular que não parece ao alcance da maioria dos médicos que ali trabalham.

## 8. Intoxicações

As intoxicações — com ou sem identificação imediata do agente causal — e sobretudo as involuntárias, que acontecem nos primeiros anos de vida, são com alguma frequência causa de admissão em estruturas de C.S.P. (14-16).



É importante conhecer a clínica, as possíveis complicações e as medidas terapêuticas das intoxicações mais frequentes/graves. A orientação para outros níveis de cuidados é, por vezes, essencial mas o prognóstico final pode depender fundamentalmente das medidas tomadas localmente e para o transporte (quadro 8).

### INTOXICAÇÕES

#### Fármacos:

**Xarope de Ipeca** (com frascos individuais)

15 ml/dose (dos 1-5 anos).

**Nota:** A utilização do xarope de Ipeca implica que não haja contra-indicações (ver protocolo).

É o melhor e menos traumatizante método de remoção do conteúdo gástrico. A criança deve beber um copo de água após a ingestão. A dose inicial pode ser repetida 1 x, após 10-15m, se não houver resposta.

Atropina (ampolas, frascos)

(intoxicação c/organofosforados/carbonatos — ver protocolo). Administração via i.v.

Soros para administração i.v.

(glicosado para intoxicações alcoólicas).

**Material:** Sondas naso-gástricas n.ºs 10-12

**Nota:** A sonda nasogástrica é ineficaz (ou pouco eficaz) na remoção:

1 — do conteúdo gástrico após a refeição com resíduos sólidos ou

2 — de comprimidos recentemente ingeridos.

Em certas intoxicações e em caso de depressão respiratória, a sonda nasogástrica não deve ser utilizada (ver protocolo).

#### Material

**de diagnóstico:** **Dextrostix®** (intox. alcoólicas)

### Quadro 8

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 9-21

Na idade pediátrica é necessário conhecer bem as intoxicações alcoólicas, por benzodiazepinas, anti-histamínicos, hidrocarbonetos, cáusticos, insecticidas inibidores das colinesterases e antidepressivos tricíclicos.

Nalguns casos é possível conhecer desde o início o tóxico em causa e actuar localmente com muito mais eficácia.

A remoção do tóxico ingerido deve ser tentada sempre que possível e não haja contra-indicações. O produto de eleição é o xarope de Ipeca — mas deve ser de qualidade garantida. A sua administração deve ser seguida de ingestão de líquidos.

Nalguns casos haverá vantagem (ou será indispensável) em colocar uma perfusão antes da transferência para meio hospitalar.

Sempre que se trate de intoxicação com organofosforados deve ser iniciada e continuada no transporte a administração de atropina i.v.

O registo e transmissão da informação médica/enfermagem é fundamental, nomeadamente a evolução da clínica e as administrações de fármacos (doses, horas). A orientação durante o transporte deve ser preferencialmente acordada com o serviço que vai receber a criança.

## 9. Laringo-traqueíte (viral)

A tosse estridulosa, no contexto de uma infecção respiratória superior, é a característica desta situação. Pode haver febre, em regra não muito elevada e o estado geral está bem conservado (quadro 9).

### LARINGO-TRAQUEITE (VIRUSAL)\*

- 
- \* 1. É essencial conhecer e detectar os sinais ou sintomas que possam evocar uma situação de sobreinfecção bacteriana.
  - 2. É importante não confundir esta situação com uma mais vulgar laringite (benigna) ou com uma laringo-traqueíte bacteriana (que necessitará de Cuidados Intensivos).
  - 3. Mesmo as formas de presumível etiologia viral podem (raramente) evoluir para insuficiência ventilatória.

#### Fármacos:

#### Dexametasona:

0,6 mg/Kg (dose única) i.m./i.v.  
efeito anti-edematoso de longa duração (8-10h)

#### Adrenalina (aerosol) sol. 1/1.000

0,1 ml/Kg (máx.5 ml) a diluir em 2 ml de NaCl 0,9%  
efeito local anti-inflamatório de acção quase imediata.

**A criança deve permanecer sob observação médica nas horas seguintes, visto que a melhoria pode ser transitória.**

---

#### Quadro 9

A existência de febre elevada, de um estado geral que se agrava ou de dificuldade respiratória significativa, constitui motivo de preocupação pois estes parâmetros podem evocar uma etiologia bacteriana, o que deverá motivar uma rápida hospitalização (17).

As laringo-traqueítes virais respondem muito bem à terapêutica mas as crianças devem ser observadas regularmente nas horas que se seguem à administração dos fármacos, para confirmação da boa evolução definitiva. Com efeito, a melhoria que se obtém após os aerossóis de adrenalina, pode ser transitória.

## 10. Alergia cutânea

Sempre que a clínica o justificar (extensão das lesões, importância do prurido) deve ser administrado um anti-histamínico por via oral (quadro 10).

Com a utilização de alguns dos novos anti-histamínicos (nomeadamente a Oxatomida) temos constatado o aparecimento de crises com sintomatologia extra-piramidal, por vezes

aparatosas e que têm sido por vezes confundidas, na periferia, com movimentos convulsivos. Estes sintomas têm sido ocasionados por prescrições com dosagens excessivas e também por reacções de hipersensibilidade.

Até hoje nunca presenciámos este tipo de reacções com o Dimentideno (18,19).

#### ALERGIA CUTÂNEA/URTICÁRIA

**Fármacos:** **Dimentideno (Neostil) ®**

**Nota:** Outros anti-histamínicos (Oxatomida), têm induzido, com alguma frequência, sintomatologia extrapiramidal, mesmo com dosagens adequadas.

**Adrenalina** (em caso de urticária extensa — mesma dosagem que no Choque Anafilático)

#### CHOQUE ALÉRGICO/URTICÁRIA MUITO EXTENSA

**Fármacos:** **Adrenalina** sol.1/1.000  
0,01 ml/Kg/dose (máx. 0.3 ml)  
i.m./s.c.)

A dose pode ser repetida após 10 minutos

**Clemastina** (Tavist) ®  
amp.2 ml = 2 mg  
0,025 mg/Kg **i.m.** (i.v.)

**Nota:** Ver Protocolo Choque Anafilático para outras atitudes.

#### Quadro 10

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 9-21

## Choque anafilático

É uma situação que embora pouco frequente pode surgir, de modo totalmente imprevisto, em qualquer Serviço de Urgência (20,21) (quadro 10).

O choque anafilático é mais frequentemente secundário a administração de um fármaco, um alimento ou a picada de insecto.

Trata-se sempre de uma situação potencialmente grave pelo que importa conhecer a sua fisiopatologia e ter à mão os medicamentos indispensáveis. A maior parte dos casos responde bem à adrenalina (uma ou várias doses, via i.m.) e a um anti-histamínico (via i.m., administração durante 24-48 h) mas outras medidas podem ser necessárias. Os corticoides, embora sem acção na fase aguda, devem ser sempre prescritos para posterior estabilização do quadro clínico (19).

É indispensável tentar conhecer o agente causal e, em caso de identificação, tomar todas as medidas preventivas e, se possível, perspectivar atitudes terapêuticas que possam vir a ser tomadas pelos familiares, em caso de novo episódio.

## Conclusões

A experiência num Serviço de Urgência pediátrico hospitalar permite-nos conhecer com objectividade os procedimentos médicos em situações agudas, previamente orientados em S.A.P./Centros de Saúde e que posteriormente nos foram enviadas.

A dinâmica interna do Hospital Pediátrico de Coimbra — regulares actividades formativas sectoriais e gerais e avaliação muito frequente das casuísticas — tem como consequência, ao nível do Serviço de Urgência a existência de uma "filosofia" de actuação, formalizada em protocolos de actuação, periodicamente actualizados e destinados a situações frequentes e/ou preocupantes.

Tendo rigorosamente em conta apenas algumas das situações agudas que podem acorrer previamente aos C.S.P., procuramos contribuir para uma melhor e mais homogênea actividade profissional a esse nível.

Na nossa área de influência a qualidade assistencial nalgumas daquelas estruturas de saúde pode ser melhorada com a aquisição de equipamento (pouco, económico e facilmente rentabilizável) e com a disponibilização de alguns fármacos que nem sempre aí existem.

Os médicos e enfermeiras que aí trabalham poderão beneficiar nas suas competências, com uma troca de experiências com os colegas dos S. de Urgência hospitalares. Estes poderão também melhorar a eficácia e eficiência assistencial, sobretudo na admissão e no aconselhamento, na alta, como resultado da referida interligação.

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 9-21

## BIBLIOGRAFIA

1. Lemos L. Intercomunicação médica: um panorama ainda desolador. *Saúde Infantil* 1995;17:3-4.
2. Mota H C. Articulação entre Serviços de Saúde. *Saúde Infantil* 1996;18:3-4.
3. Chieira M L. A Pediatria, a Rede Hospitalar, os Cuidados de Saúde Primários — os avanços e os recuos. *Saúde Infantil* 1997;19:3-4.
4. Lemos L, Brinca B, Seabra J et al. Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra — 1994. Informatização global: clínica e administrativa). *Saúde Infantil* 1996;18:5-23.
5. Lemos L. Referências médicas em intoxicações agudas. *Saúde Infantil* 1996;18:5-14.
6. Protocolo "Asma". *Saúde Infantil* 1998;20:85-87.
7. Mofenson H C, McFee R, Caraccio T et al. Combined antipyretic therapy: Another potencial source of chronic acetaminophen toxicity. *J Pediatr* 1998;133:712-713.
8. Ribeiro C, Beorlegui M, Silva P et al. Resistências bacterianas de E.coli, H. Influenzae, S. Pneumoniae e S aureus não hospitalares. *Rev Port D Infec* 1997;20:231-234.
9. Protocolo "Infecção urinária". *Saúde Infantil* 1996;18:85-89.
10. Protocolo "O despiste da Infecção Urinária". *Saúde Infantil* 1995;18:67-69.
11. Lemos L. Terapêutica das gastroenterites agudas — ênfase no se pode e deve dispensar. *Saúde Infantil* 1993;15:195-199.

12. António M A. História de uma caminhada. *Saúde Infantil* 1995;17:3-5.
13. António M A, Ferreira R, Almeida S. Gastroenterite aguda e procedimentos. *Saúde Infantil* 1995;17:7-18.
14. Lemos. Intoxicações em Pediatria. *Saúde Infantil* 1986;8:11-20.
15. Mota L, Nunes C, Lemos L. Intoxicações exógenas. Casuística do Hospital Pediátrico de Coimbra ( 1985-1992). *Saúde Infantil* 1994;16:129-141.
16. Lemos I. Referências médicas em intoxicações agudas. *Saúde Infantil* 1996;18:5-14.
17. Mimoso G, Cunha M, Faria D, Lemos L. Laringotraqueíte — que atitudes? *Saúde Infantil* 1994;16:7-16.
18. Protocolo "Urticária aguda" *Saúde Infantil* 1997;19:79.
19. Weston W, Badgett J T. Urticária. *Pediatrics in Review* 1998;19:240-244.
20. Protocolo "Choque anafilático" *Saúde infantil* 1998;20:87-88.
21. *Allergic Emergencies in British National Formulary*, Pharmaceutical Press, Oxon, 1997.

**Correspondência:** Luís Lemos  
Serviço de Urgência  
Hospital Pediátrico de Coimbra  
3000-076 Coimbra

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 9-21

# ACESSO AOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE NO CONCELHO DE GONDOMAR

Almeida Santos I<sup>1</sup>, Fraga A<sup>2</sup>, Lobo I<sup>1</sup>, Cunha L<sup>2</sup>, Fonseca V<sup>3</sup>,  
Veiga T<sup>3</sup>, Almeida Santos L<sup>4</sup>

## RESUMO

Os médicos de família (MF) devem ser responsáveis por atingir a qualidade necessária ao bom desempenho dos cuidados primários de saúde.

**Objectivos:** caracterização da população utilizadora e dos motivos de recurso das crianças e adolescentes aos cuidados de saúde primários.

**Métodos:** o estudo transversal realizou-se sob a forma de um inquérito, em três unidades de saúde do concelho de Gondomar, por seis MF. Foram preenchidos 469 protocolos consecutivos, correspondentes a 24,7% das crianças e adolescentes com idades  $\leq 18$  anos, inscritos nos ficheiros dos respectivos inquiridores, durante a sua primeira consulta do ano de 1996. As variáveis estudadas, para além da idade, sexo e classificação de Graffard, foram a caracterização do prestador de cuidados regulares, os factores de utilização e motivos de consulta, a conveniência de horários, a forma e tipo de marcação de consulta bem como a entidade prestadora de cuidados em situação de doença aguda.

**Resultados:** verificámos que a maior parte dos utilizadores pertenciam às classes III e IV de Graffard e que, na sua maioria, eram seguidos regularmente pelo MF.

Verificámos que, em 50,3% dos utilizadores, a atitude preventiva foi o motivo de recurso ao MF e que, a intenção de optar pela consulta do MF, perante situação de doença aguda no período diurno, foi de 83,8%; no período nocturno, 71,2% recorreram ao Hospital Central e, durante o fim de semana, esta percentagem diminuiu para 54,4%, uma vez que 29,9% optavam pela consulta no Serviço de Atendimento a Situações de Urgência (SASU).

**Palavras-chave:** cuidados primários de saúde, adolescentes, saúde infantil, acesso aos cuidados de saúde.

---

1. Assistente Graduada de Clínica Geral do C. Saúde de Rio Tinto 2. Assistente Graduada de Clínica Geral do C. Saúde de Gondomar 3. Assistente Graduada de Clínica Geral do C. Saúde de Gondomar 4. Assistente Hospitalar Graduado de Pediatria e Professor Auxiliar de Pediatria da Faculdade de Medicina do Porto

## SUMMARY

Family physicians must bear the burden to achieve the necessary performance that makes primary care unique.

**Objective:** to study the ways to have access to primary health care in Gondomar (Porto – Portugal) and characterise the user population and their reasons to ask for appointment.

**Method:** a prospective inquiry was carried out by six Family Doctors throughout 1996.

Thus 469 protocols were filled and represented 24,7% of children and adolescents ( $\leq 18$  years) registered in the files at the first appointment of the year.

**Results:** in the studied population, we noticed that, most of those who used de health centre belonged to Graffard classes III and IV and were regularly seen by their family doctors.

Preventive measures as reason for appointment occurred in 50,3% of the inquiries; when disease started during day time, 83,4% of the parents of children and adolescents said they asked for appointment to their GPs. However when signs or symptoms started at night, 71,2% would go directly to their local hospital. On weekends 54,4% go directly to the hospital and 29,4% prefer the ambulatory casualty (SASU) outside hospital.

**Keywords:** primary health care, adolescents, child health care access.

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 23-29

## Introdução

O concelho de Gondomar tem uma área de cerca de 134 Km<sup>2</sup> com uma população estimada em 143.178 habitantes.

Nos últimos anos, a população tem sofrido um acentuado acréscimo devido aos movimentos migratórios provenientes de várias áreas geográficas, nomeadamente do grande Porto.

A população residente é, essencialmente jovem, sendo a taxa de natalidade de 12,5% de acordo com o Census 91 (1).

O acesso generalizado aos Cuidados de Saúde Primários (CSP) é um objectivo social e um direito fundamental de qualquer cidadão, nomeadamente das crianças (2).

Não obstante todos os segmentos da população terem real acesso ao Sistema Nacional de Saúde (SNS), verifica-se que factores culturais sociais e económicos interferem nessa utilização (2).

O actual estatuto do Médico de Família (MF) e dos Centros de Saúde (CS), nomeadamente o seu funcionamento em horários pouco flexíveis, condiciona uma pressão assistencial aumentada nos Serviços de Urgência (SU).

A necessidade de recorrer aos CSP bem como o conceito de atendimento urgente diverge de acordo com o ponto de vista do utente ou do prestador de cuidados (3-6).

A tendência actual de "desSapizar" e de "desCatusalizar" tem vindo a recolher cada vez mais adeptos devendo para tal criar-se condições para que o MF tenha realmente um lugar chave no sistema de saúde (7,8). Para que esta tendência se concretize deverão ser criadas condições de efectiva acessibilidade às consultas do MF e prestigiar a prestação de cuidados a nível do CS.

Naturalmente que, para haver uma boa promoção da saúde e prevenção da doença, são indispensáveis CSP eficazes, pelo que este trabalho, teve pois como objectivo, a caracterização da população utilizadora bem como os motivos e formas de utilização dos serviços dos cuidados de saúde primários.

## Material e métodos

Seis MF de três Unidades de Saúde do concelho de Gondomar realizaram um estudo transversal sendo feito um inquérito, durante o ano de 1996, preenchendo 469 protocolos consecutivos correspondentes a igual número de crianças e adolescentes com idades inferiores ou iguais a 18 anos, durante a sua primeira consulta no ano de 1996. A população inquirida representou 24,7% das crianças e adolescentes inscritas nos ficheiros dos respectivos inquiridores e que eram seguidas regularmente no respectivo CS. Considerámos como "seguidas regularmente" sempre que haviam sido cumpridas as normas de vigilância de saúde infantil e juvenil da Direcção Geral de Cuidados de Saúde Primários (9).

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 23-29

Estudaram-se as seguintes variáveis:

- 1- Idade. Intervalos utilizados:  $\leq 1$  ano; 1 a 4 anos; 5 a 9 anos; 10 a 14 anos e 15 a 18 anos.
- 2- Sexo.
- 3- Prestador de cuidados regulares.
- 4- Classificação de Graffard adaptada (divisão em classes de I a V) (10).
- 5- Factores de utilização das consultas.
- 6- Classificação dos motivos de consulta segundo a CIPS2 definida (11,12).
- 7- Conveniência de horários.
- 8- Forma/tipo de marcação de consulta.
- 9- Entidade prestadora de cuidados em situação de doença aguda.

Em relação ao tipo de marcação de consulta, considerámos como "consulta programada" sempre que a consulta foi marcada por iniciativa do MF; "consulta sem marcação" sempre que a consulta foi efectuada no mesmo dia aquando da chegada ao CS; "consulta marcada directamente" quando o responsável pela criança veio pessoalmente junto dos elementos da equipa de saúde solicitar marcação de consulta a curto prazo e "consulta marcada pelo telefone" quando foi usado o contacto telefónico com a equipa de saúde para a marcação de consulta.



## Resultados

Verificámos a existência de 4% de crianças com  $\leq$  12 meses, 28% com idades entre 5 e 9 anos, 29% com idades compreendidas entre 10 e 14 anos e 16% com idades entre 15 e 18 anos.

Houve um predomínio do sexo feminino (52%), sem diferença significativa entre as três Unidades de Saúde.

Os acompanhantes das crianças e adolescentes afirmaram que os prestadores regulares de cuidados de saúde eram o MF (86,1%), o Pediatra Particular (7%), o Clínico Geral Particular (1,9%), Consulta Hospitalar (1,1%), o Pediatra do CS (0,6%) e que 3,2% da população não tinha consulta regular.

Predominaram as famílias incluídas nas classes de Graffard III e IV, respectivamente, 40% e 48%. As classes I, II e V representaram, respectivamente 0,2%, 6% e 6% da população estudada.

Na análise dos factores que levaram a criança e o adolescente à consulta verificámos que 55,2% tinham preocupações de saúde e que 36% consideraram estar em presença de situação urgente. Dos inquiridos, 32,4% recorreram por consulta urgente devido a doença aguda e, dos casos estudados, 3,4% pretenderam tirar dúvidas sobre a consulta prévia com outro médico. Em 1,9% dos casos, verificou-se impossibilidade de contacto com o seu MF e em igual percentagem recorreram à consulta para avaliação do tratamento anteriormente instituído.

De acordo com a classificação internacional de problemas de saúde em cuidados primários (CIPS2 definida), 50,3% dos motivos de vinda à consulta estavam relacionados com a medicina preventiva, nomeadamente consulta de saúde infantil, vacinação e procedimentos administrativos.

Os sintomas sinais e estados mórbidos mal definidos representaram 19,8% dos casos, as doenças do aparelho respiratório 12,4%; as da pele e tecido celular subcutâneo 5,3%; 4,1% doenças do sistema nervoso e órgãos dos sentidos; 3% doenças parasitárias e infecciosas; 1,7% doenças do sistema musculo-esquelético; 1,1% doenças do aparelho génito-urinário; 1,1% acidentes e traumatismos; 0,6% perturbações mentais e 0,6% doenças do aparelho digestivo.

Na análise dos motivos da falta de cumprimento regular do programa de saúde infantil e juvenil, 8,1% dos inquiridos, referiu a não conveniência de horário do MF.

Relativamente à forma de marcação de consulta no respectivo MF, observámos que 47% foram programadas, 27% recorreram à consulta sem marcação, 22% marcaram a consulta directamente e 4% utilizaram o telefone como meio de marcação.

Em relação a uma situação de doença aguda e durante o dia, 83,8% dos inquiridos referiram recorrer ao MF, 5,1% ao Hospital Central, 4,9% ao pediatra particular, 2,8% a outro médico e 2,3% ao SASU.

Nas situações de doença aguda durante a noite, 71,2% referiram recorrer ao Hospital Central, 16,6% a outro médico, 4,3% ao Hospital Distrital e 4,3% ao Pediatra particular.

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 23-29

Na situação de doença aguda durante o fim de semana, 54,4% referiram recorrer ao Hospital Central, 29,9% ao SASU, 7,9% a outro médico, 3,8% ao Hospital Distrital 3,4% ao Pediatra Particular.

## Discussão

É consensual o ressurgimento mundial do interesse nos Cuidados Primários de Saúde, embora haja pouca evidência de que o seu desenvolvimento provoque a diminuição de procura dos Cuidados secundários. Verificou-se que 86% da população estudada era seguida em consulta regular pelo respectivo MF tal como referido por outros autores (13,14).

A pirâmide etária do presente trabalho não corresponde à da população infantil em geral uma vez que um grande número de crianças com idade inferior a 12 meses são seguidas regularmente em 2 extensões das 3 US onde decorreu o trabalho.

Verificámos que a maior percentagem dos utilizadores das consultas do CS pertenciam às classes III e IV de Graffard o que está, seguramente, de acordo com o tipo de famílias residentes e inscritas nos ficheiros dos médicos inquiridores (3).

Admitindo que o objectivo final da vigilância infantil e juvenil é permitir a entrada na idade adulta em óptimo estado de desenvolvimento físico, psíquico e social, tal deverá fazer reflectir sobre o facto de ainda 3,2% da população estudada não ter consulta regular (15).

Os Cuidados Primários de Saúde podem não ser considerados um substituto aceitável dos Cuidados Secundários, no imaginário popular (13). Mesmo sabendo que é elevada a procura dos SU hospitalares nos casos de doença aguda, verificámos que os inquiridos referiram recorrer em elevada percentagem ao MF, durante o período diurno nos dias úteis da semana (13).

O facto de haver um conceito de atendimento urgente diferente, do ponto de vista do utilizador e do prestador de cuidados de saúde, justifica que 32% dos inquiridos considerasse ter recorrido por consulta urgente devido a doença súbita (3-6,14,).

Para que seja ampliada a marcação de consulta no MF (47,5%) é necessário haver uma mudança cultural progressiva, quer dos profissionais, quer da população (13,16,17).

O facto de, neste estudo, termos verificado que 50,3% dos motivos de vinda à consulta estão relacionados com medicina preventiva, demonstra claramente o implemento que, progressivamente, têm vindo a ter os Cuidados de Saúde Primários (18).

A importância de atender à interdependência entre Cuidados de Saúde Primários com os outros Sistemas de Saúde e outros sistemas intracomunitários (19) justificam a diversidade no acesso/procura dos cuidados de Saúde perante situações de doença instalada durante o dia, noite ou fim de semana. Poderá, portanto, depreender-se que, para um bom desempenho, terá necessariamente que haver uma forte interligação entre os diferentes sistemas de saúde intra e inter comunitários (19,20).

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 23-29

## Conclusões

Os Cuidados de Saúde Primários não são a resposta para todos os problemas e, embora devam ser capazes de aceitar qualquer desafio, não devem ser automaticamente responsáveis pela solução de todos eles.

Não obstante o pequeno número da amostra, podemos concluir que, a maioria dos doentes estudados são seguidos pelo MF e a ele afirmaram recorrer perante situações de doença aguda, em período diurno, embora se tenha a noção clara de que as respostas obtidas possam eventualmente ter sido condicionadas pelo facto de o inquiridor ser o respectivo MF.

A atitude preventiva foi um motivo importante de recurso à consulta do MF.

A elevada e inadequada frequência dos Serviços de Urgência Hospitalares, referida por vários autores, não se pode atribuir unicamente à ineficácia dos Cuidados de Saúde Primários mas também a outros factores nomeadamente, proximidade geográfica, disponibilidade e escassa educação sanitária da população (17).

## BIBLIOGRAFIA

1. Relatório da Comissão de Coordenação da Região Norte: Concelho de Gondomar, Grande Porto; 1997:64-65.
2. Povar GJ. Primary care: questions raised by a definition. *The J of Fam Pract* 1996; 42(2):124-28.
3. Fernández JP, Lasoasa FJC, Hernando JM, Santervás YF. Estudio de la demanda urgente de asistencia pediátrica en el servicio de urgencias de un hospital infantil. *An Esp Pediatr* 1995; 42(1):27-30.
4. Sansa Pérez LI, Escolá TO, Font SJ, Hernández BM, Casanova JT. Frecuentación a los servicios de urgencias hospitalarios: motivaciones y características de las urgencias pediátricas. *An Esp. Pediatr* 1996; 42(2):97-104
5. Sansa Pérez LI, Escolá TO, Font SJ, Hernández MB. Frecuentación a los servicios de urgencias hospitalarios: relación con la utilización de la atención primaria en una población pediátrica. *An Esp Pediatr* 1996; 44(2):105-08.
6. Armentia SLL, Celada SR, Rabanal MG, Fernández MG, Abdallah I, Aparicio HG. Estudio epidemiológico de las urgencias pediátricas en un hospital general. Factores implicados en una demanda inadecuada. *An Esp Pediatr* 1996; 44(2):121-25.
7. Rebelo L. O primado da clínica em Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clin Geral* 1997; 14(3):250-262.
8. Nunes J. Importância do conhecimento acumulado em Clínica Geral. *Rev Port Clin. Geral* 1995; 12(3):255-56.
9. Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Circular Normativa 9/DSI de 92/10/06. Saúde Infantil e Juvenil. Programa - tipo de actuação.

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 23-29

10. Graffard M. Um método de classificação social de uma amostra da população. *Courrier* 1956; 6: 455.
11. Mendes E. *Ass Port. Clin Geral. CIPS-2 Definida*. Tradução da ICHPPC-2 defined, organizada pelo comité de classificações da WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians), Lisboa, 1988.
12. Pisco AN. ICPC ou CIPS-2 Definida: Qual utilizar? *Rev Port Clin Geral* 1995; 13:117-18.
13. Coulter A. Shifting the balance from secondary to primary care. *BMJ* 1995; 311:1447-48.
14. Costa V, França J, Trindade E, Mota T, Clemente F, Carreiro E., Almeida Santos L. Avaliação dos motivos de vinda ao serviço de urgência. *Act Ped Port* 1997; 28(5):411-18.
15. Wayne C.. Paediatric surveillance clinics: setting up. *The Practitioner* 1998; 234:210-11.
16. Molla S, Donaldson MS, Vanselow NA. Guest Editors. The nature of primary care. *The J. of Fam Pract.* 1996;42(2):113-16.
17. Carvalho FS. Algumas causas do absentismo às consultas de Saúde Infantil no Centro de Saúde de Penela. *Saúde Infantil* 1991; XIII:109-113.
18. Rodrigues M, Santos O, Ramos S, Albuquerque J, Gameiro V. Avaliação da consulta de vigilância de saúde infantil no distrito de Faro. *Saúde Infantil* 1992; 14:43-47.
19. Green LA. Science and the future of primary care. *The J. of Fam Pract.* 1996; 42(2):119-22.
20. Lemos L. Assistência à criança pelos médicos da carreira de clínica geral. *Saúde Infantil* 1991; XIII:57-61.

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 23-29

**Correspondência:** Isabel Almeida Santos  
Rua do Ameal, 95  
4435 – RIO TINTO

# BICHOS CARPINTEIROS

De acordo com a experiência conjunta de quatro pediatras, o Síndrome do défice de atenção e hiperactividade (Boavida et al. Saúde Infantil 1998; 20:21-30) é a perturbação do comportamento mais frequente nas crianças.

Vinte por cento das crianças em idade escolar, particularmente rapazes, são hipercinéticas (desatentas e mexilhonas, desastradas). Sendo os "rapazes 4 a 9 x mais afectados" e havendo quase tantos rapazes como raparigas, calcula-se que 27 a 80 % (ou 12 a 180%?) dos rapazes tenham "bichos carpinteiros"!

É um problema crónico, capaz de afectar o comportamento, o sucesso escolar e o social.

Eis alguns sinais que a American Psychiatric Association. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition) Washington DC. 1994) considerou sugestivos para identificar uma criança desastrada.

## DESATENÇÃO:

1. Não dá atenção aos pormenores
2. Não cumpre as regras
3. Parece não escutar
4. Não termina as tarefas
5. Tem uma actividade desorganizada
6. Distrai-se facilmente com estímulos exteriores
7. Esquece-se frequentemente dos compromissos

## HIPERACTIVIDADE E IMPULSIVIDADE:

1. Está constantemente agitado, parece "eléctrico"
2. Não se mantém quieto nem calado
3. Está sempre pronto a mudar
4. Fala excessivamente
5. Responde antes de terminada a pergunta
6. Tem dificuldade em esperar a vez
7. Interrompe os outros

## São frequentes sinais de disfunção neurológica *minor*:

- A — Os movimentos dum lado geram movimentos contrários do outro
- B — Incapacidade de manter a postura anterior por mais de 30 segundos
- D — Tem dificuldade em identificar direita e esquerda

Em cerca de 60% destas crianças, os problemas persistem na vida adulta.

*Descubra 5 figuras públicas que, muito provavelmente, foram crianças desastradas, indicando quais os sinais que o levaram a levantar esse falso testemunho. Não menos de 3 nem mais de 30.*

*Há prémios para os leitores que confirmarem a nossa suspeita (não se aceitam reclamações).*

*Por razões óbvias, não se aceitam respostas dos autores.*

H. Carmona da Mota

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 30

# QUANDO ENVIAR UMA CRIANÇA A ORTOPEDIA?

Paula Fonseca<sup>1</sup>, Lúcia Gomes<sup>1</sup>, Margarida Guedes<sup>2</sup>, António Oliveira<sup>3</sup>

## RESUMO

São várias as patologias ortopédicas da infância e adolescência que levantam dúvidas ao pediatra e clínico geral, quanto à sua orientação.

Os autores propuseram-se rever os principais problemas, desmistificando uns e alertando para a existência de outros em que o envio para uma consulta de Ortopedia está indicado.

Nesta abordagem particularizou-se o período neonatal pela importância de um diagnóstico precoce da displasia de desenvolvimento da anca e das malformações das extremidades. Problemas da marcha, desvios angulares dos membros inferiores, pé plano, pé cavo e desvios da coluna foram os outros temas desta revisão.

**Palavras-chave:** patologia ortopédica, criança, adolescente.

## SUMMARY

Orthopedic pathology is very common in childhood and adolescence.

The authors make a revision of the main problems that might worry the pediatrician and general physician, such as development dysplasia of the hip, foot deformities, torsional and angular deformities and spinal deformity, pointing out some notes about the correct management.

**Keywords:** orthopedic pathology, child, adolescent.

---

1. Interna Complementar de Pediatria  
Graduado de Ortopedia  
Hospital Geral de Santo António

2. Assistente Hospitalar de Pediatria

3. Assistente Hospitalar

## Introdução

A oportunidade de orientar uma criança para Ortopedia Infantil é uma das questões que frequentemente surge nas consultas de Pediatria. Para responder a algumas dessas dúvidas, os autores propõem-se rever os principais problemas ortopédicos na criança, desmistificando alguns e alertando para a existência de outros, em que o envio a uma consulta da especialidade é mandatório.

Inicia-se esta abordagem pela patologia neonatal, referindo-se depois problemas associados ao início da marcha, a desvios angulares dos membros inferiores e à abordagem do pé plano e cavo. A criança com claudicação e os desvios da coluna concluem esta revisão.

## Período neonatal

### Displasia de Desenvolvimento da Anca (DDA)

A abordagem da DDA apesar de muito debatida, mantém-se ainda controversa.

Não suscita dúvidas que em caso de se comprovar a instabilidade da anca pelas manobras de Ortolani/Barlow seja obrigatória a referência da criança a ortopedia. No entanto se apenas for detectado um "click" articular, a vigilância clínica regular pelo pediatra é suficiente podendo eventualmente ser aconselhado o uso de fralda dupla e posicionamento ao colo com abdução das ancas (1,2).

É porém imprescindível executar corretamente estas manobras, com a criança relaxada, cada anca individualmente e de uma forma suave tentando analisar toda a geografia acetabular (2).

E que exames efectuar? Ecografia? RX? Quando?

A ecografia deve ser efectuada idealmente antes dos três meses e de uma forma dinâmica. A sua especificidade depende sobretudo da técnica de execução, registando-se um grande número de falsos positivos.

O Rx das ancas, com protecção das gónadas, só após os quatro meses permite uma informação mais útil (1,3-6).

### Pé Boto — Pé equino-varo-adocto congénito (fig. 1)

É importante distinguir o pé boto posicional do patológico.

O primeiro resulta de uma posição viciosa in útero, perfeitamente flexível e redutível, sem qualquer significado patológico e que corrige completamente com manipulações que visam contrariar a posição adquirida (1,7,8). O segundo é o verdadeiro pé boto que sem dúvida será de referenciar, podendo mesmo haver necessidade de cirurgia nos casos em que as manipulações e gessos sucessivos não conseguem a correção (30%-50%) (8).



**Fig.1 — Pé equino-varo-adocto congénito bilateral, mais acentuado à esquerda.**

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 31-41

**Pé talo-valgo (fig. 2)**

Outra alteração habitual do pé do RN é o pé talo-valgo (em dorsiflexão), e que resulta igualmente de uma posição anômala durante a gestação. Da mesma forma que o pé boto posicional, este é também facilmente corrigível com manipulação, sendo excepcionalmente necessário gesso (8).



**Fig.2 — Pé talo-valgo bilateral.**

Outras duas situações congênitas menos frequentes, mas que devem ser orientadas para a especialidade são:

**Astrágalo vertical congênito** — Faz diagnóstico diferencial com o pé talo-valgo, mas ao contrário deste é rígido, a região plantar é convexa e necessita sempre de correção cirúrgica (1,7,8).

**Metatarso aducto** — Neste caso observa-se apenas adução do ante-pé. Convém recordar que o metatarso aducto está muitas vezes associado à DDA, devendo por isso esta ser pesquisada com particular atenção (1,7,8).

**Marcha**

Pelos 12 meses surge a marcha e com ela um infindável número de preocupações por parte dos pais. É importante tranquilizá-los, mas para tal é necessário que o pediatra conheça todos os fenómenos fisiológicos, ou não, eventualmente envolvidos (factores genéticos, embriogénese, posição *in útero*, traumatismos ou iatrogenia, como é o caso do uso anterior de talas nocturnas...) (9,10).

Relativamente à embriogénese sabe-se que no início da gestação ocorre uma rotação interna da extremidade inferior, trazendo o hallux à linha média. Mais tarde sucede-se uma rotação externa do fémur e da tibia. Se este movimento não ocorrer, perpetua-se a anteversão dos colos do fémur, que não tem qualquer significado patológico se estiver dentro de limites aceitáveis. Quanto a estes limites convém lembrar que são muito amplos, existindo uma grande margem de desvio padrão e que só grande severidade ou unilateralidade dos desvios será valorizada (1,9-11).

Entre as alterações da marcha mais frequentes destaca-se o "In-toeing" e o "Out-toeing", que consistem respectivamente na marcha com rotação interna e externa do pé (1,9,10).

A observação da criança tem que englobar a marcha normal e a corrida, já que muitas vezes só a fadiga irá despertar as alterações referidas.

O ângulo de progressão do pé apresenta igualmente uma grande margem de desvio padrão, podendo oscilar entre  $-10^{\circ}$  (desvio interno) e  $+30^{\circ}$  (desvio externo).

Qualquer dos três componentes (fémur, tibia, pé), pode ser o responsável do desvio, devendo por isso serem observados com as seguintes manobras:

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 31-41



## In-toeing

- a) **Anteversão aumentada dos colos femorais** — É como já mencionada uma situação frequente, sem significado patológico se bilateral e dentro da normal faixa etária (2 a 7 anos de idade). Verifica-se neste caso um ângulo de rotação interna aumentado (fig.3), com consequente diminuição do ângulo de rotação externa (fig.4). Muitas vezes as crianças adotam uma posição característica ao sentar (fig.5).



Fig.3 — Ângulo de rotação interna das ancas.



Fig.4 — Ângulo de rotação externa das ancas.

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 31-41



Fig.5 — Posição de sentado característica na anteversão aumentada dos colos femorais.



Fig.6 — Ângulo coxa-pé e observação da planta do pé.

**Torsão tibial interna** — Observa-se geralmente até ao segundo ano de vida e pode ser detectado com a criança em decúbito ventral, flectindo a perna a 90° sobre a coxa e observando ângulo coxa-pé (fig.6).

A vigilância clínica pelo pediatra é suficiente. No entanto, em caso de persistência para além dos dois anos, unilateralidade ou severidade dos desvios, deverá ser orientada para eventual correção cirúrgica.

- c) **Adução do ante-pé** — A planta do pé deve igualmente ser observada (fig.6) lembrando que o metatarso aducto pode ser o único responsável pelo "in-toeing", devendo esta situação, como já foi esclarecido, ser referenciada.

## Out-toeing

Menos frequente que o anterior, mas pode também ser uma variante do normal. A retroversão dos colos femorais e torsão tibial externa são nesta situação, os principais responsáveis. Da mesma forma que o "in-toeing", deve ser valorizado se unilateral ou a severidade dos desvios for marcada (1,9,10).

## Marcha em pontas

É considerada sem significado patológico até aos 3 anos de idade caso o exame neurológico e ortopédico sejam normais. Lembra-se que em crianças com diplegia espástica este é o tipo de marcha adoptado (9).

A flexibilidade do pé deve ser analisada, atendendo à hipótese de poder existir um tendão de Aquiles curto (Aquilis Brevis) que limita a dorsiflexão. Nesta situação a criança deverá ser observada por Ortopedia, mesmo antes dos três anos (9).

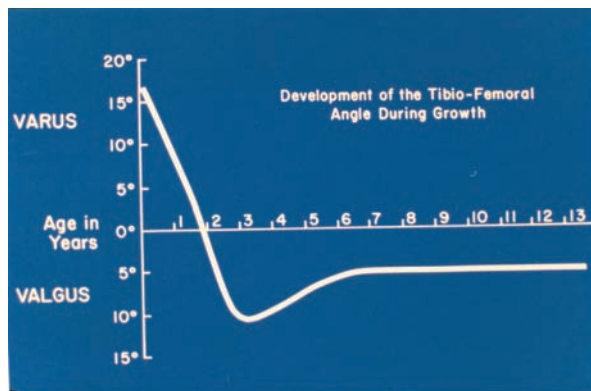
## Desvios angulares do membro inferior

Ao nascimento e durante o primeiro ano de vida há um varo de cerca de 15°, mascarado pela gordura sub-cutânea. Entre os 18 e os 24 meses verifica-se um alinhamento em direcção aos 0°. Dos 2 aos 4 anos há um valgo de cerca de 10°, corrigindo por volta dos 7 anos para o valgo ligeiro do adulto (8° no sexo feminino/7° no sexo masculino), como se pode observar na figura 7 (1,9,10).

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 31-41

**Fig.7 — Evolução do ângulo tíbio-femural com a idade**  
(adaptado de: Orthopedic Clinics of North America-The Pediatric Lower Extremity, Out, 1987, 18:4).



O estudo dos desvios angulares implica uma avaliação estática e durante a marcha.

Para além de avaliar a simetria, é necessário pesquisar a presença de alterações rotacionais associadas. Por exemplo a rotação externa aumenta o valgo e a rotação interna diminui.

Uma articulação estável durante a marcha aponta a favor de um desvio angular fisiológico.

A posição ortostática realça a presença ou ausência de alterações rotacionais (que por si agravam ou atenuam os desvios angulares) (9,10,11).

A avaliação do ângulo femuro-tibial e as distâncias intermaleolares (DIM) e intercondilíneas (DIC) fornecem mais dados para caracterizar os desvios angulares.

Assim, qualquer DIC > 1cm deve ser considerada "patológica". O intervalo para a DIM é mais maleável, devendo suspeitar-se de patologia se DIM > 3-4 cm.

As alterações de alinhamento dos joelhos são mais evidentes quando a criança está cansada, devendo por isso ser pesquisada em repouso e após a corrida.

Deve ser investigada patologia subjacente em caso de persistência dos desvios para além da idade esperada, existência de deformidades acentuadas ou assimétricas, ou ainda se associado a baixa estatura ou história familiar.

As principais causas de desvios patológicos estão a seguir apresentadas (10):

- Metabólicas
  - Raquitismo Vitamina D sensível ou resistente
  - Osteodistrofia Renal
- Inflamatórias
  - Infecção
  - Artrite Reumatóide (ARJ)
- Tumorais
  - Displasia fibrosa
  - Osteocondromas
  - Encondromas
- Congénitas
  - Pseudoartrose congénita da Tíbia
  - "Tibial posteromedial bowing".
- Doença de Blount
- Outras

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 31-41

Salienta-se que na Doença de Blount, o diagnóstico é fundamentalmente radiológico. Manifesta-se por distúrbios de ossificação e crescimento da parte interna da metáfise e cartilagem de crescimento proximais da tíbia, traduzindo-se radiologicamente por irregularidades da linha epifisária e alargamento da placa epifisária externa.

## O pé plano

Outro problema frequente na Pediatria e que quase sempre levanta dúvidas quanto à actuação é o pé plano, ou seja, ausência do arco longitudinal interno do pé. Este deve ser considerado fisiológico entre os primeiros anos de vida, devido à existência de uma almofada de tecido adiposo sob o arco interno do pé (1,7,8).

O crescimento faz com que este arco se vá acentuando, de modo a que na adolescência só numa pequena percentagem (5%) persiste plano (1,7,8,12).

O pé plano simples (grau I) pode estar associado a valgismo do retropé (grau II), ou como se observa na figura 8, a eversão do ante-pé (grau III). Neste último caso caberá à Ortopedia a decisão sobre a necessidade ou não de correcção cirúrgica.

Importa salientar que o pé plano por si só não condiciona dor nem qualquer alteração na mobilidade articular. Caso este seja doloroso, rígido, ou unilateral há que pensar na possibilidade de existirem processos inflamatórios, doenças neurológicas, ou mesmo "barras" fibrosas, cartilaginárias ou ósseas que devem ser rastreados pela especialidade.

Ao exame clínico convém observar a criança de pé com apoio completo e em "bicos de pés". Nesta posição verifica-se o aparecimento da abóbada plantar, associada a um pequeno grau de varismo do calcâneo (fig.9), o que é a favor de se tratar de um pé flexível, dinâmico e que vai evoluir para o "pé normal" (7,8).

Os conselhos a fornecer aos pais devem basear-se fundamentalmente no estímulo de andar descalço e na areia, para além do uso de calçado confortável, flexível, leve, poroso, com atrito moderado, com boa aparência e a preço aceitável (7,8).

## O pé cavo

O pé cavo, ao contrário do plano, apresenta uma concavidade do arco interno muito acentuada. Deve no entanto fazer-se a distinção entre o pé cavo valgo e varo.

O primeiro corresponde a uma variante do normal e que pode ser interpretada como uma evolução do pé plano valgo. O segundo, mais raro, deve ser considerado patológico, e terá necessariamente que ser excluída a hipótese de doença neurológica, que se associa em 60% dos casos (1,7,8).

Por curiosidade apresenta-se um gráfico (gráfico 1) resultante de um trabalho efectuado pelo Serviço de Ortopedia Infantil do HGSA em crianças e adolescentes do Distrito do Porto em 1992 (12). Pode observar-se que inicialmente a maioria das crianças apresenta pé plano, mas com a idade este vai diminuindo e inversamente aumentando a per-



Fig. 8 — Pé plano grau III (inexistência do arco interno longitudinal do pé + valgismo do retropé + eversão do antepé).



Fig.9 — Pé plano em apoio digitalígrado — aparecimento da abóbada plantar associada a discreto varismo do calcâneo, sugerindo evolução para o "pé normal".

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 31-41

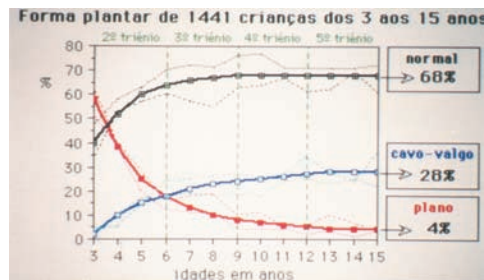
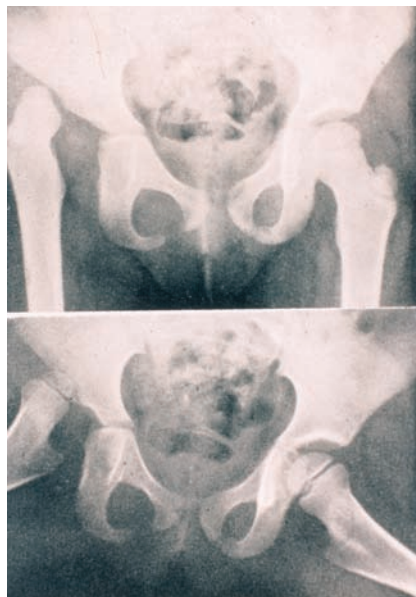


Gráfico 1 — Evolução da forma plantar em crianças e adolescentes do Distrito do Porto.

centagem de crianças com pé "normal" ou com pé cavo valgo.

## A criança com claudicação



**Fig.10 — DDA à direita em criança com 3 anos de idade — a) Rx de face b) Rx de face na posição de rã (Lauenstein).**

A etiopatogenia da claudicação difere consoante a faixa etária atingida.

**1-3 ANOS** — Por vezes é difícil constatar a claudicação nesta faixa etária, pois frequentemente só se detecta pela persistência da criança a solicitar colo.

Uma marcha com grande balanço lateral do tronco e da anca pode ser manifestação de DDA (fig.10).

No caso de displasia bilateral a limitação pode ser simétrica acarretando maior dificuldade no diagnóstico. No entanto a marcha com balanço lateral e postura lordótica são quase patognômicas (marcha de pato ou de Trendleburg) (1,2,3).

Uma criança que se recusa a andar ou tem uma marcha lenta e cautelosa, deve fazer pensar em lesão da coluna, nomeadamente a discite.

Deve pensar-se também na possibilidade de corpos estranhos, que nas crianças pequenas podem alojar-se na pele dos pés e dos joelhos.

**4-10 ANOS** — Nesta idade as crianças estão mais interessados em brincar do que em obter benefícios, pelo que as queixas álgicas devem ser sempre valorizadas.

Embora a causa mais frequente de claudicação nesta faixa etária seja a sinovite transitória da anca (STA), este é um diagnóstico de exclusão, após eliminar outras hipóteses como a Doença de Perthes, a artrite séptica e a dismetria dos membros.

Enquanto que a STA é uma situação auto-limitada, benigna, com um pico de incidência entre os 3 e os 6 anos, muitas vezes precedida de infecção respiratória e com exame físico e radiológico sem alterações, na Doença de Perthes as queixas arrastam-se durante semanas ou meses, podendo manifestar-se com dor



**Fig. 11 — Doença de Perthes à direita.**

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 31-41

na anca, região inguinal ou joelhos. O pico de incidência é entre os 4 e os 9 anos, atinge principalmente os rapazes e o exame objectivo revela limitação da abdução e rotação interna, podendo haver atrofia das massas musculares da coxa. A doença evolui em 3 fases: necrose isquêmica, colapso e reparação da cabeça do fémur. Radiologicamente (fig.11) pode observar-se aumento do espaço articular e alteração da densidade e forma da epífise femoral (face + posição de rã) (1,13,14).

11-16 ANOS — Nesta fase poderão ser ouvidas duas histórias: a dos pais, e a do adolescente que irá exagerar ou minimizar as queixas dependendo se o seu interesse é a dispensa das aulas de Educação Física ou continuar na equipa de futebol...

A epifisiólise proximal do fémur é a entidade mais frequente neste grupo etário. Tipicamente surge num rapaz obeso, com hipogenitalismo e com claudicação persistente. Como a cabeça do fémur vai deslizar para dentro e para trás, é imprescindível a realização de Rx em duas incidências (face e perfil) para ser possível o seu diagnóstico (fig.12). É uma situação urgente cuja única solução é a cirurgia (1,13,14).

A Doença de Osgood-Schlatter, a sub-luxação da rótula e fractura de stress estão muitas vezes associados à pratica desportiva, comum neste grupo etário (1).



Fig.12 — Epifisiólise proximal do fémur à esquerda.

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 31-41

## Deformidades da coluna

Os desvios da coluna têm um impacto psicológico importante na criança e em especial no adolescente.

Antes de se identificar os desvios é necessário conhecer as curvaturas normais da coluna.

No plano coronal não surgem desvios, excepto alguns casos de escoliose discreta  $<10^\circ$  considerada normal.

No plano sagital a coluna tem 4 curvaturas: lordose cervical; cifose torácica ( $20-45^\circ$ ); transição recta para coluna lombar que se apresenta em lordose  $25-60^\circ$ ; e cifose sacrococcígea.

Podemos agrupar a escoliose em três grandes grupos consoante a idade de aparecimento, Infantil (até aos 3 anos), Juvenil (4-10 anos), Adolescente (acima dos 10 anos) (1).

A escoliose infantil pode ser congénita se associada a malformações vertebrais ou idiopática. Esta última forma predomina no sexo masculino e pode estar associada a malformações cardíacas, hérnia inguinal, DDA, plagiocefalia, ao contrário da escoliose do adoles-



cente tem uma evolução favorável, resolúvel em quase 80% dos casos. A escoliose infantil pode ainda ser secundária a doenças neurológicas (por ex. paralisia cerebral), musculares, tumorais, infecciosas, ou pós-radiação (1,15,16).

A escoliose juvenil e do adolescente é predominantemente idiopática.

A forma adolescente é particularmente comum, ocorrendo em 2-3 % da população. Afecta mais o sexo feminino, onde há maior probabilidade de agravamento e necessidade de tratamento. A prevalência desta patologia encontra-se mais elevada nos adolescentes com história familiar de escoliose (1,15,16).



Fig.13 — Teste de Adams: escoliose dorsal de convexidade esquerda.

Em qualquer das formas referidas e sempre que a evolução for muito rápida, acompanhada de queixas dolorosas, presença de padrão atípico de curvatura (torácica esquerda ou lombar direita) ou de alterações do exame neurológico é importante excluir causas secundárias, nomeadamente tumora-

is, infecciosas ou discos (1).

O papel do pediatra envolve o exame da coluna e rastreio de desvios através do teste de Adams (fig.13) (que permite realçar a curvatura e flexibilidade da coluna) dado que todas as crianças e adolescentes com escoliose devem ser orientados para Ortopedia.

Já em relação à cifose pode ter-se uma atitude expectante, pois quase sempre é postural e reduz activamente com a extensão da coluna



Fig.14 — Cifose dorsal aumentada.

vertebral.

A excepção é a cifose constitucional ou doença de Scheuermann que se caracteriza por cifose dorsal ou dorso-lombar (fig.14), parcialmente redutível, dolorosa e associada a história familiar. Como característica radiológica patognomónica apresenta deformidade em cunha de várias vértebras dorsais consecutivas (fig.15) (1,15,16).



Fig.15 - Doença de Scheuermann (< acunhamento anterior de 4 corpos vertebrais consecutivos).

## Comentários

Embora seja muito mais vasta a patologia ortopédica da infância e adolescência (neoplásica, infecciosa, traumática...), procurou-se abordar os problemas mais frequentes e que mais vezes suscitam dúvidas quanto à actuação e orientação.

É importante o contacto estreito com estas situações, já que a preocupação dos pais, aliada por vezes a conhecimentos ortopédicos menos aprofundados, faz com que muitas crianças sejam referenciadas sem haver causa que o justifique ou pelo contrário em tempo já não oportuno.

## BIBLIOGRAFIA

1. Thompson GH, Scoles PV. Orthopedic Problems. In: Behrman RE. Ed. Nelson Textbook of Pediatrics, Philadelphia: WB Saunders Company. 1996: 1915-64.
2. Novacheck TF. Developmental dysplasia of the hip. Pediatric Clinics of North America. 1996; 43(5):829-47.
3. Figueiredo AC, Azevedo M, Guedes M, Manuela F, Machado A, Seabra J. Displasia de desenvolvimento da anca — revisão de 20 casos. Nascer e Crescer. 1997; 6(1):51-53.
4. Aronsson DD, Goldberg MJ, Kling TF, Roy DR. Developmental dysplasia of the hip. Pediatrics. 1994; 94: 201-207.
5. Rosendahl K, Markestad T, Lie RT. Developmental dysplasia of the hip. A population based comparison of ultrasound and clinical findings. Acta Paediatr 1996; 85: 64-9.
6. Rosendahl K, Markestad T, Lie RT, Sudmann E, Geitung. Cost-effectiveness of alternative screening strategies for developmental dysplasia of the hip. Arch Pediatr Adolesc. Med. 1995; 149: 643-48.
7. Crawford AH, Gabriel KR. Foot and ankle problems. Orthopedic Clinics of North America. 1987;18(4):649-57.
8. Hoffinger SA. Evaluation and management of pediatric foot deformities. Pediatric Clinics of North America. 1996; 43(5):1091-1111.
9. Staheli LT. Rotational problems of lower Extremities. Orthopedic Clinics of North America, vol 18, nº 4 October 1987,503-512.
10. Bruce, RW. Jr. Torsional and angular deformities. Pediatric Clinics of North America. 1996;43(5):867-81.
11. Kling TF. Angular deformities of the lower limbs in children. Orthopedic Clinics of North America. 1987;18(4):513-26.
12. Serra LA, Burmester C, Montanha P. Evolução do pé dos 3 aos 15 anos. Rev. Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia. 1993;1: 1, 49-56.
13. Koop S, Quenbeck D. Three common causes of childhood hip pain. Pediatric Clinics of North America. 1996;43(5):1053-65.
14. Phillips WA. The child with a limp. Orthopedic Clinics of North America. 1987;18(4):489-500.
15. Payne WK III, Ogilvie JW. Back pain in children and adolescents. Pediatric Clinics of North America. 1996;43(5):899-917.
16. Boachie-Adjei O, Lonner B. Spinal Deformity. Pediatric Clinics of North America. 1996;43(5):883-97.

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 31-41



# **ALEITAMENTO MATERNO NOS CONCELHOS DE CASCAIS, AMADORA E SINTRA. PORQUÊ O ABANDONO PRECOCE?**

**Ana Dias Alves, Sérgio Lamy, Graça Henriques, Daniel Virella,  
Helena Carreiro, Nuno Lynce, Maria do Céu Machado**

## **RESUMO**

Em Portugal, apesar de existirem elevadas taxas de adesão ao aleitamento materno nos primeiros dias de vida, há um declínio importante no primeiro mês de aleitamento que se mantém, embora menos acentuado, até ao 6º mês.

Este trabalho teve como objectivos: 1) conhecer a prevalência do aleitamento materno até aos 6 meses de idade nos concelhos de Cascais, Sintra e Amadora; 2) identificar factores associados com o abandono do aleitamento materno; 3) verificar se a adesão e manutenção do aleitamento materno é menor quando há maior precocidade na alta da Maternidade.

Aplicou-se um inquérito por telefone a 143 mães de lactentes cujo parto tinha ocorrido 6 meses antes. Iniciaram a amamentação 97,3% das mães. Ao fim de 1 mês, 80,6% mantinham o aleitamento materno, aos 3 meses 48,3% e aos 6 meses 22,4%. Razões pouco consistentes foram invocadas por 74% das mães para a introdução do leite artificial e por 66% das mães para o abandono do aleitamento materno. O abandono precoce do aleitamento materno associou-se à introdução de suplemento com leite artificial. As mães que referiram não ter necessitado de mais apoio para manter o aleitamento materno (61%) foram as que o abandonaram mais cedo. O médico assistente foi, segundo as mães, quem mais influenciou na decisão de deixar o aleitamento materno (67,5%).

Os factores que se associaram a maior duração da amamentação foram: classe sócio-económica e escolaridade da mãe mais elevadas, ter amamentado os filhos mais velhos e o médico assistente ser especialista em pediatria. Não houve diferenças na adesão e manutenção do aleitamento materno quando a alta da Maternidade foi mais precoce.

Continuam a ser importantes medidas como o ensino e o apoio no período crítico em que ocorre o desmame precoce.

**Palavras-chave:** prevalência do aleitamento materno, factores de abandono, inquérito.

## SUMMARY

In Portugal, despite the high rates of mothers that start breast feeding in the first days of life, there is an important decrease of breast feeding in the first month and also in the next five months, although in a less striking way.

The aims of this study were: 1) to know the prevalence of breast feeding in the first 6 months in the Cascais, Sintra e Amadora areas; 2) identify events associated with weaning; 3) verify if the beginning and keeping breast feeding is related with shorter hospital stays.

A phone survey was carried out to 143 mothers of babies who were born 6 months before. Breast feeding was started by 97,5% of the mothers. After 1 month 80,6 % keep breast feeding, after 3 months 48,3% and at the 6th month only 22,4% keep doing it.

There were poor consistent reasons to introduce formula for 74% of mothers and to stop breast feeding to 66%. The early weaning was associated with the introduction of formulas. The mothers who said that didn't need help to maintain the breast feeding were the ones who stopped doing it earlier. The family doctor was the most important person influencing the decision of weaning (67,5%).

The events associated with longer breast feeding were upper socioeconomic class and literate mothers, breast feeding older son and a pediatrician as medical doctor. There was no difference in beginning and keeping breast feeding when the hospital stay was shorter. There are still important health education interventions and support in the critical period of early weaning.

**Keywords:** breastfeeding prevalence, successful establishment and maintenance, survey.

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 43-50

## Introdução

Em Portugal, à semelhança de outros países da Europa Ocidental, a prevalência do aleitamento materno (AM) aumentou progressivamente, desde o início da década de 1970. Contudo, estudos efectuados no nosso país mostram que, apesar da elevada prevalência do AM à saída da Maternidade, existe uma diminuição acentuada a partir do 1º mês de vida (2,3).

A avaliação da prevalência do AM em seis distritos (urbanos e rurais) em 1988/9, mostrou que, apesar de 95% das mães iniciarem o AM, ao fim do primeiro mês apenas 67% o mantêm e aos 6 meses 26,1%.<sup>4</sup>

Estes dados obrigam a reflectir sobre as causas deste abandono precoce e generalizado do AM. A Academia Americana de Pediatria recomenda o aleitamento materno exclusivo até aos 4 a 6 meses<sup>5</sup> e uma das metas da "Saúde para todos no ano 2000" é que, pelo menos 50% das mães amamentem os seus filhos até aos 5-6 meses de idade<sup>6</sup>, pelo que muito caminho há ainda a percorrer.

Vários autores identificam como factores maternos associados a uma maior duração do AM, a classe socio-económica e/ou escolaridade mais elevada, bom apoio familiar e social, ter amamentado com êxito o primeiro filho, o parto vaginal, a primeira mamada precoce e uma boa técnica de amamentação (1,7,8).

A indiferença e ignorância do pessoal de saúde, normas hospitalares desmotivantes, alta precoce da maternidade, interrupção injustificada, seguimento inadequado e insuficiente no domicílio e deficiente apoio comunitário, parecem ser os obstáculos mais relevantes à continuação da amamentação (1,9).

A Maternidade parece ser um local importante no sucesso futuro da amamentação, pois nela ocorre o parto, a primeira mamada e o ensino e apoio médico e de enfermagem. Será que a alta precoce (inferior a 48h) diminui as taxas de adesão e/ou manutenção do AM?

Na Maternidade do Hospital Fernando Fonseca (HFF) o internamento, para partos eutócicos sem problemas maternos ou infantis, tem uma duração mínima de 36 horas e no Hospital Condes de Castro Guimarães (HCCG), esse período é de 48 horas. Em conjunto, os dois hospitais recebem a totalidade dos Concelhos de Cascais, Amadora e Sintra.

## Objectivos

Este estudo teve como objectivos:

- 1) determinar a prevalência do AM até aos 6 meses de idade nos Concelhos de Cascais, Amadora e Sintra;
- 2) identificar factores associados ao abandono do AM nesta população;
- 3) saber se a adesão e manutenção do AM é menor quando há maior precocidade na alta da Maternidade.

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 43-50

## Material e métodos

Aplicou-se um inquérito telefónico a mães de lactentes cujo parto tinha ocorrido entre Janeiro e Junho de 1997. Os critérios de inclusão no estudo foram: parto por via vaginal (fórceps ou ventosa), de termo; recém-nascido de peso adequado à idade gestacional, saudável; alta da mãe e do filho às 36 horas do HFF e às 48 horas do HCCG.

A amostra foi seleccionada aleatoriamente com uma dimensão de conveniência.

O inquérito incluía variáveis socio-demográficas, clínicas (obstétricas) e perguntas sobre o leite materno, problemas e apoios associados. A grelha de inquérito apresentava várias opções de resposta, considerando-se para cada pergunta uma única resposta possível, a mais adequada à resposta espontânea da mãe.

Os dados foram analisados no programa SPSS, a partir de uma base de dados criada para o efeito em DBase IV. No tratamento estatístico utilizaram-se testes paramétricos e não paramétricos. Aceitou-se uma significância de 0,05.

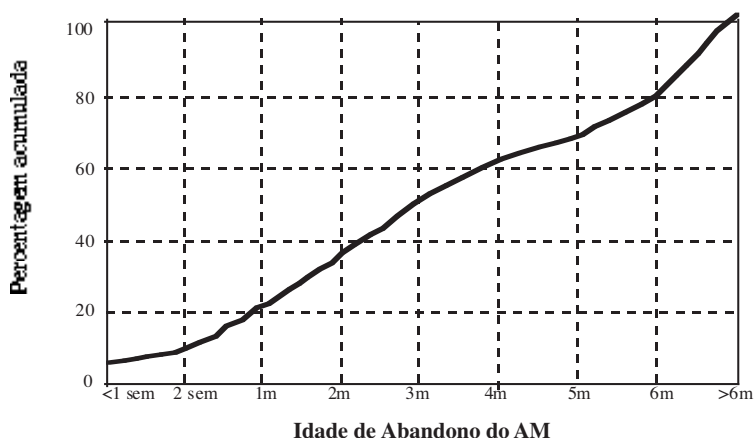
## Resultados

Responderam ao inquérito 143 mães, 93 de crianças nascidas no HFF e 50 no HCCG (HFF/HCCG=2:1).

As características da amostra revelaram-se homogéneas para os dois hospitais, com excepção da escolaridade da mãe e da classe social, mais elevadas no HCCG.

A maioria das mães eram de raça caucasiana (87%) e tinham idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos (89%). O número de primíparas foi de 85 (60,4%).

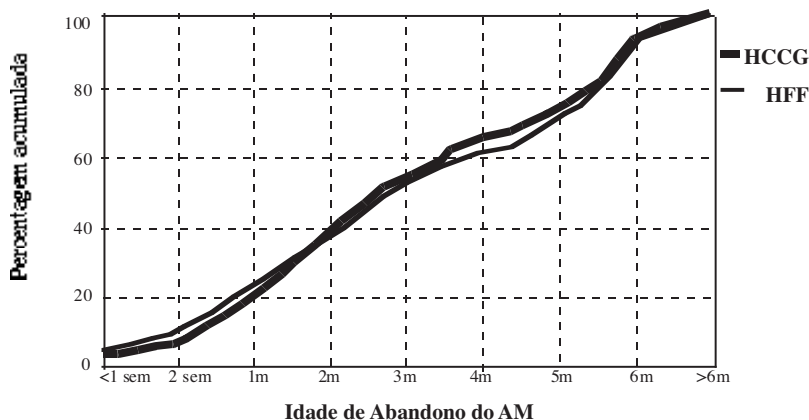
A prevalência do AM à saída da maternidade foi de 97,3% diminuindo para 80,6% ao mês, 48,3% aos 3 meses e 22,4% aos 6 meses (Fig.1).



*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 43-50

Não houve diferenças na adesão e manutenção do AM quando a alta da Maternidade foi mais precoce (36 h no HFF) relativamente ao período tradicional (48 h no H.C.C.G) (Fig.2).



A decisão de iniciar o AM foi iniciativa da mãe em 44% dos casos. O médico, a enfermeira e a avó influenciaram positivamente a mãe de algum modo mas a opinião do marido, não se mostrou relevante neste estudo. A influência positiva da enfermeira hospitalar e da avó, assim como a convicção da mãe em iniciar o AM, associaram-se à sua maior duração; pelo contrário, quando o médico foi a figura mais influente na decisão de iniciar a amamentação, houve um abandono mais precoce do AM (Fig. 3).

O aleitamento misto foi praticado por 58,3% das mães durante algum período. A prevalência do AM exclusivo apresentou o declínio mais acentuado entre o primeiro (78%) e o ter-

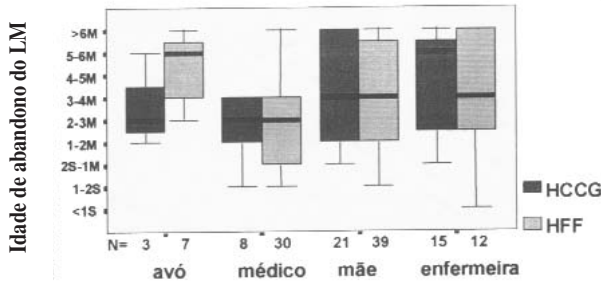


Fig. 3 — Associação entre a duração do AM e a figura referida pela mãe como mais importante na decisão de manter a amamentação. Destacam-se a importância dada à vontade própria e o papel da enfermagem.

ceiro mês (41%) de vida (Fig. 4). Sabendo que existe uma forte associação linear positiva entre a duração do AM exclusivo e a idade de abandono do AM (Fig. 5), pode dizer-se que a introdução do leite artificial se associou com o abandono do AM, independentemente dos motivos indicados pela mãe.

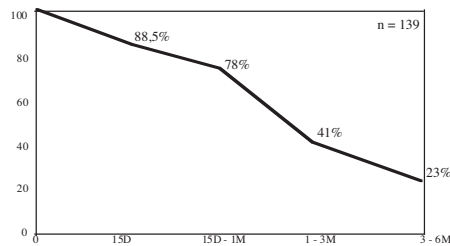


Fig. 4 — Prevalência do aleitamento materno exclusivo. O declínio mais acentuado da prevalência do aleitamento materno exclusivo ocorre entre o primeiro e o terceiro meses de vida.

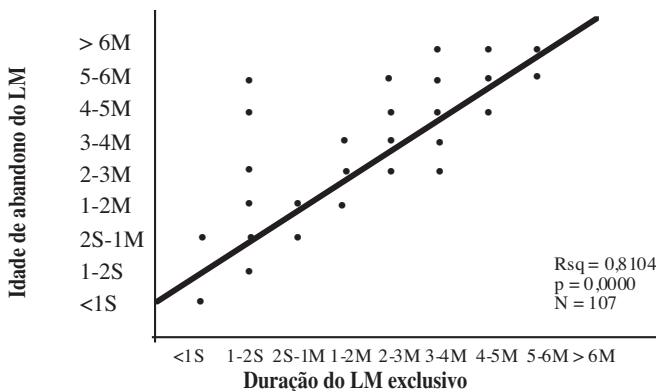


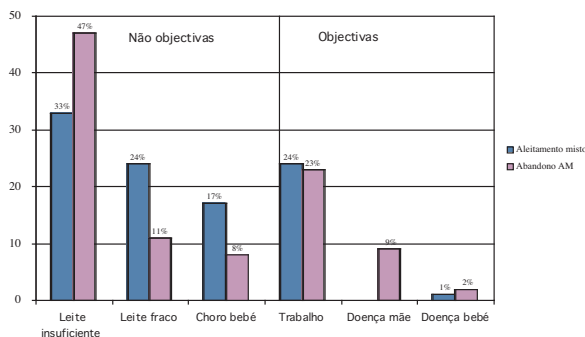
Fig. 5 — Relação entre a idade de abandono da amamentação e a duração do aleitamento exclusivo.

Existe uma forte associação positiva entre as duas variáveis, indicando que ao início do aleitamento misto se segue rapidamente o abandono da amamentação.

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 43-50

As razões invocadas para a introdução do leite artificial foram, em 74% dos casos, não objectivas: "não tinha leite suficiente", "o leite era fraco", "o bebé chorava quando mama-va". Este tipo de razões foram apontadas mais frequentemente quando o abandono se fez entre os 30 e os 90 dias. Razões objectivas para abandonar o AM exclusivo foram invoca-das por apenas 26% das mães: o reinício do trabalho foi responsável pela introdução do leite artificial em 24% dos casos (fig. 6).



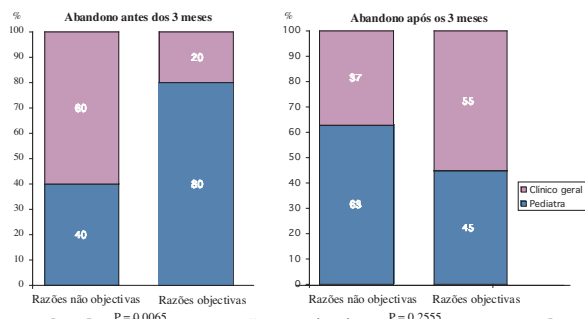
**Fig. 6 — Razões invocadas pelas mães para o início do aleitamento misto e para o abandono do AM.**

Razões não objectivas foram apresentadas por 74% das mães para a introdução do leite artificial e por 66% para abandonar o AM.

Razões não objectivas foram invocadas por 66% das mães para justificar o abandono da ama- mentação (fig. 6). O abandono por razões não objectivas foi também mais frequente entre os 30 e 90 dias ( $X^2$   $p=0,0032$ ).

Os factores associados a maior duração da amamentação foram: classe socio-económica e esco- laridade da mãe mais elevadas, ter amamentado os filhos mais velhos e o médico assistente do lactente ser pediatra.

A pessoa que mais influenciou a decisão de abandonar o AM foi o médico assistente (67,5%). O abandono do AM antes dos 3 meses, por razões não objectivas, relaciona-se com assistência por Clínico Geral ( $X^2$   $p=0,0065$ ) (Fig.7). Os factores que se relacionaram com o abandono precoce do AM (antes dos 15 dias) foram a assistência por médico de família (t Fisher  $p=0,0472$ ), esco- laridade da mãe (t  $p=0,053$ ) e classes sociais mais baixas (t Fisher  $p=0,0165$ ).



**Fig. 7 — Relação entre o abandono da amamentação no primeiro trimestre, o acompanhamento médico e o tipo de razões invocadas.** O abandono da amamentação por razões não objectivas, antes dos três meses associa- se, na nossa amostra, à assistência por clínico geral e não por pediatra.

Quando interrogadas quanto a terem sentido falta de apoio para continuar o AM, 61% das mães negou essa necessidade. As mães que referiram não necessitar de maior apoio para manter AM foram as que o abandonaram mais precocemente.

## Discussão

A prevalência do AM à saída da maternidade e no primeiro mês de vida é mais elevada neste estudo do que em estudos anteriores efectuados em Portugal, 1,2,3,4 o que seria de esperar tendo em conta que a prevalência do AM tem aumentado linearmente ao longo do tempo. Pelo contrário, a prevalência do AM aos três meses foi de 50%, valor que se tem mantido. Daqui se depreende, que os esforços que se têm desenvolvido para aumentar a prevalência do AM apenas têm tido êxito no primeiro mês de vida.

A decisão alegada de iniciar o AM foi principalmente iniciativa da mãe, o que sugere que as mulheres estão geralmente informadas sobre as vantagens do aleitamento antes de engravidar.

Neste estudo, à semelhança de outros,4,10 ressalta o elevado número de razões não objectivas quer para a introdução do leite artificial (74%) quer para o abandono do AM (66%). Estas razões não objectivas estarão relacionadas com ausência de informação correcta ou haverá razões de ordem cultural ou social subjacentes? São necessários mais estudos para entender estas razões.

Por outro lado, a redução do período de promoção e ensino efectuado na Maternidade, como aconteceu no HFF, em que a alta da Maternidade é mais precoce, não parece modificar o comportamento das mães quanto ao início e manutenção do AM.

Os factores associados com o abandono mais precoce do AM foram semelhantes aos encontrados na literatura. É interessante salientar que, apesar do médico, segundo as mães, ter um papel pouco importante no apoio ao AM, ele é a pessoa que mais influencia o abandono do AM.

Nos Centros de Saúde a primeira consulta raramente é marcada antes do primeiro mês de idade. Este factor influenciou o abandono mais precoce do aleitamento materno.

É curioso que apenas cerca de 25% das mães tenha referido o reinício do trabalho como causa de introdução do aleitamento misto ou de abandono do AM. Sendo a "licença de parto" de 14 semanas, o facto de apenas cerca de 50% das mães amamentar até às 12 semanas, faz pensar que algo de errado se passa...

Ao contrário do que seria de esperar, as mães que referiram não necessitar de mais apoio para manter o AM foram as que o abandonaram precocemente. Este aparente contra-senso pode ter a ver com duas situações possíveis: 1) se a mãe suspende o AM por indicação médica, ela pensa que o fez correctamente, pelo que não necessita de mais apoio; 2) se a mãe está pouco motivada para o AM, as primeiras contrariedades vão dar-lhe um motivo, aparentemente consistente, para abandonar o AM. Provavelmente, os esforços a desenvolver, não se deverão limitar às vantagens do AM e ao ensino da técnica da amamentação. É também importante confrontar as mães com as causas que levam ao abandono do AM, modificando atitudes e convicções.

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 43-50

## Conclusão

Apesar de 97,3% dos lactentes iniciarem AM na Maternidade, um número significativo (47%), suspende-o antes dos 3 meses.

As razões não objectivas apontadas pelas mães para introduzir leite artificial e para abandonar AM são essencialmente três: "o bebé chorar enquanto mama", "o leite ser insuficiente" e "o leite ser fraco", pelo que, no ensino das mães, devem ser dadas noções sobre as cólicas do primeiro trimestre e outros conceitos básicos de puericultura como a fisiologia da lactação e a explicação de que a introdução do leite artificial é responsável pela hipogalactia.

É necessário desenvolver uma estratégia promocional que tenha em conta não só a educação mas também a motivação e apoio à amamentação. Para isso é preciso envolver todos os profissionais de saúde que trabalham nesta área: Obstetras, Pediatras, Médicos de Família e Enfermeiro.

Em 1992, a UNICEF publicou um protocolo com 10 passos para o aleitamento com sucesso (11). Estas orientações conhecidas como "baby friendly" foram postas em prática em algumas maternidades nos E.U.A. com êxito (12). Em Portugal poder-se-iam implementar algumas destas medidas, nomeadamente o ensino e treino dos profissionais de saúde que contactam com as mães durante o AM e a criação de grupos de apoio às puérperas e recém-nascido no domicílio. Outra proposta seria a marcação da primeira consulta no Centro de Saúde entre a primeira e a segunda semanas de vida.

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 43-50

## BIBLIOGRAFIA

1. Levy L. A alimentação no primeiro ano de vida. Rev Port Pediatr 1994; 25:191-204.
2. Alves AM, Almeida MD. Aleitamento materno: breve perspectiva histórica. Rev Port de Nutr 1992;vol.IV(2):8-33.
3. Aires AL, Duarte A,Sousa C. Inquérito sobre aleitamento materno Distrito de Setúbal 1993. Acta Ped Port 1995;4(26):177-183.
4. Cordeiro MJ, Carvalho MC. Aleitamento materno: estudo da prevalência em seis distritos do Continente. D.G.C.S.P. Março de 1990; Estudo 1.
5. American Academy of Pediatrics. Policy statement based on task force report. The promotion of breast-feeding. Pediatrics1982;69:654-661.
6. Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives. Washington, DC: Government Printing Office 1990;379-380.
7. Kulsoom U, Saeed A. Breast feeding practices and beliefs about weaning among mothers of infants aged 0-12 months. J Pak Med Assoc 1997;47 (2):54-60.
8. Simopoulos AP, Grave GD. Factors associated with the choice and duration of breast-feeding practice. Pediatrics 1984;74:603-14.
9. Grupo de trabalho para o aleitamento materno da Academia Americana de Pediatria. O aleitamento materno e a utilização do leite humano. Pediatrics (ed port) 1997;5(11):641-646.
10. Miranda AC. Determinantes do aleitamento materno. Saúde em números 1988;3(5):37-39.
11. Kyenkya Isabrye M. UNICEF launches the Baby Friendly Hospital Initiative. Am J Maternal Child Nursing 1992;17:177-79.
12. Wright A, Rice S, Wells S. Changing Hospital Practices to increase the duration of breastfeeding. Pediatrics 1996;97(5):669-675.



# Carta à Senhora Ministra da Saúde sobre as Listas de Espera nos Serviços de Cirurgia Pediátrica

## **OU DO PREPÚCIO, DO FREIO E DE OUTRAS MINUDÊNCIAS, OU DE COMO GANHAR O CAMPEONATO NA SECRETARIA.**

Como V.Exa. não ignora e de forma visível tem preocupado a oposição, milhares de crianças esperam há meses ou anos por intervenções cirúrgicas. Procurei informar-me das causas profundas desta questão. Disseram-me não haver, nos hospitais do Serviço de Saúde, falta de cirurgiões, anestesistas, enfermeiros, blocos operatórios, camas de recobro. Que com o ritmo de funcionamento das clínicas privadas em poucos meses não sobraria uma criança por operar.

Para avaliar do risco e sofrimento que acompanha as crianças carentes de um tratamento que não lhes é fornecido, inquiri, dos serviços responsáveis, que tipo de situações atingia as crianças aguardando intervenção. Foi ao longo dessa pesquisa que vislumbrei uma realidade surpreendente que vou brevemente resumir a V.Exa. sem outro interesse que não seja o da nação e das suas crianças .

Eis a lista de um dos mais prestigiados Hospitais nacionais.

Lista de Espera do Hospital M., cidade de L:

<b>Patologia</b>	<b>n.º de crianças em lista de espera</b>
Fimoses	198
Hérnia inguinal	127
Hérnia umbilical	53
Hipospádias	49
Anquiloglossia	49
Criptorquidia	25
Hidrocelo	23

Podemos dizer que a situação é semelhante em quase todos os hospitais do país, centrais ou distritais. Na cidade de S . por exemplo, que possui um grande hospital distrital, metade das crianças aguardando intervenção cirúrgica aguarda circuncisão. Trezentos e vinte e dois (322) para ser exacto. E lá estão os hidrocelos, as anquiloglossias, as hérnias umbilicais nos primeiros lugares da lista. Repito a questão que motivou esta busca: qual é na opinião dos especialistas a gravidade destas situações e os riscos que correm as crianças enquanto esperam pelos cirurgiões.

A **hérnia inguinal** ocorre em 1 a 2% dos recém-nascidos de termo. Teríamos assim, no país, 1200 novos casos por ano. Mais, dado que nos prematuros a frequência é maior. Acresce o facto de poder surgir posteriormente uma hérnia contralateral em 7 a 11% das crianças operadas (mais 120 operações por ano). Estas hérnias não regredem espontaneamente, podem encarcerar, risco pequeno mas real que ameaça as crianças não operadas.

A persistência de um canal chamado peritонеo-vaginal (*processus vaginalis*) fazendo comunicar o abdómen com o testículo está na base destas hérnias inguinais indirectas. O mesmo sucede nos hidrocelos. Acontece que a grande maioria dos hidrocelos são fisiológicos, isto é com fraca patência do processus ou mesmo a sua obliteração, sem flutuação diária das dimensões e diminuição progressiva até à completa reabsorção. Nestes casos o tempo cura.

A **criptorquidia** merece uma atenção muito particular. As suas potenciais implicações são malignização, infertilidade, torção testicular e hérnia inguinal. O risco de tumor num testículo criptorquídico está aumentado cerca de 22 vezes mas depende da localização do testículo pré-tratamento. Apesar de muitos estudos mostrarem que a recolocação do testículo no escroto não reduz este risco, há muito interesse em avaliar se tal não sucederá com a orquidopexia precoce. Os estudos histológicos demonstraram a deterioração do testículo com a idade. Estudos adicionais mostraram uma relação muito forte entre a localização do órgão e a perda de células germinais, isto é, quanto mais tardiamente ele é colocado no escroto, pior a histologia. A recomendação actual da Associação Americana de Pediatria é a de que esta situação deve ser corrigida cerca dos doze meses de idade, altura a partir da qual o risco de infertilidade começa a aumentar e a probabilidade de descida espontânea é praticamente nula. Recomendações antigas para atrasar a cirurgia por temer a lesão iatrogénica dos vasos espermáticos, *vas deferens*, são consideradas obsoletas pelos modernos cirurgiões. Trata-se pois de um problema nacional a requerer uma nova atitude e um consenso que, de facto, estas listas de espera fazem temer não estar em curso.

A correcção cirúrgica do **hipospádias**, e o seu tempo apropriado, é uma questão difícil de simplificar. Mas a opinião mais difundida sobre a realização da correcção das formas distais (as mais frequentes) à que deve ocorrer entre os 6 e os 12 meses.

Os bebés com o freio curto (**anquiloglossia parcial**) são de facto muito numerosos. As parteras do século 15 possuíam uma afiada unha do dedo indicador com a qual faziam a secção do freio (frenulotomia) quando este lhe parecia curto. O objectivo era impedir problemas futuros da fala. Precocemente no período fetal a base da língua esteve fundida ao pavimento da boca. O freio é o que resta dessa união íntima. Se o freio é curto e espesso, implantado muito anteriormente, há uma limitação dos movimentos da língua e nas tentativas de protusão o bordo livre deste órgão tem o adorável aspecto de um coração. A incidência de freio curto com repercussão significativa foi estimada em 0,5 por 1000. Apesar disso não se encontram na literatura médica quadros definidos de problemas da fala, do aleitamento materno ou da dentição provocados por anquiloglossia parcial. Os peritos a que recorri referem que uma avaliação correcta da limitação imposta pelo freio tem de ter uma

saúde  
infantil

1999; 21/1: 51-53

perspectiva de desenvolvimento, isto é, conhecer o crescimento pós-natal da língua, sobretudo da ponta da língua, que faz com que uma situação aparentemente complicada nos primeiros meses se resolva nos primeiros anos e quase não existam adultos anquiloblóssicos. Este facto levou a que se estabelecesse igualmente o limite empírico dos quatro anos para apreciação da situação. Com este panorama igualmente aconselhava V.Ex.a. a só incluir nas listas de espera crianças com idade superior à referida e depois de nova consulta. Tudo isto pode ser explicado aos pais em pouco tempo sem recurso a profissionais da comunicação.

A **fimose**, prepúcio recobrando completamente a glande, é, tal como tantas outras situações da infância, uma questão de diferenciação, elasticidade e perspectiva. A fimose no RN é fisiológica. Só rituais religiosos justificam a sua ablação. A circuncisão feminina, abusivo eufemismo, configura uma intolerável violação dos direitos das meninas e decerto que os serviços de saúde não podem dela ser cúmplices.

No caso dos meninos a única vantagem residiria num risco menor de infecção urinária (IU) e de carcinoma do pénis. A segunda situação é raríssima, tão rara que é impossível obter evidências estatísticas que legitimem a circuncisão como método preventivo. Os trabalhos mais recentes sobre o benefício da circuncisão na IU não mostram igualmente uma evidência que justifique a circuncisão universal ou generalizada, intervenção que aliás não é desprovida de complicações. Em um trabalho clássico intitulado "O destino do prepúcio" um autor americano explica que o processo de separação entre o prepúcio e a glande se faz progressivamente, ao mesmo tempo que a elasticidade crescente da pele, a lubrificação do esmegma e a pressão das erecções permitem a exteriorização da glande. O maior interesse dado ao clitóris nas últimas décadas explica o esquecimento dos escritos deste mestre. Sem manobras intempestivas a situação evolui bem pelo que a cirurgia só é recomendada rara e tardiamente.

Em resumo: as listas de espera da Cirurgia Pediátrica levantam-me, senhora ministra, uma preocupação não silenciável. Parece que algumas situações de resolução imperiosa são diferidas em claro prejuízo das nossas crianças presentes e futuras (criptorquidia, hipospádias, hérnia inguinal) enquanto que um número considerável de situações de indicação discutível se encontra agendada. Se 90% das fimoses, hidrocelos, hérnias umbilicais e anquiloglossias forem poupadas à cirurgia reduzir-se-ia, "na secretaria" as listas de espera em mais de 65%. Tratar-se-ia de uma medida rápida, simples, de inegável alcance económico, que agradaria ao governo e à oposição, às crianças e aos pais, eleitores presentes e futuros. Atrevo-me a propor a realização de um simpósio sobre o tema cujo custo não ultrapassaria certamente o do sacrifício inútil de um prepúcio.

(Transcrição do artigo de Salvador Saúde in "O Mensageiro de Souselas", de 12.02.99)

*Nós gostamos muito dos cirurgiões e esperamos ansiosamente que operem quando necessário. Deixem a natureza fazer o seu trabalho reparador, conheçam o normal... e o resto...*

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 51-53

# A QUESTÃO DIAGNÓSTICA

## ABCESSO CEREBRAL

Miguel Félix<sup>1</sup>, Alexandre Correia<sup>2</sup>, Luís Januário<sup>3</sup>

### RESUMO

Quando as manifestações mais características de uma doença pouco frequente não surgem associadas de modo clássico este diagnóstico pode tornar-se ainda mais difícil e demorado. No caso clínico apresentado a suspeita foi sucessivamente adiada pela assunção repetida de um diagnóstico inicial (incorrecto) de gastroenterite e pela valorização insuficiente dos motivos de preocupação dos pais. Chama-se a atenção para a necessidade de um alto grau de suspeição se se pretende identificar patologia grave com apresentação atípica entre a grande quantidade de crianças com situações aparentemente banais que os Pediatras observam diariamente.

**Palavras-chave:** abcesso cerebral, criança, *Lactococcus cremoris*, o valor da clínica.

### SUMMARY

In infants and children some rare diseases present with signs and symptoms that, when associated, make suspicion and diagnosis easier. When the most typical manifestations do not appear together, diagnosis may be more difficult and delayed. In the present case diagnostic suspicion was repeatedly postponed by the assumption of a previous (incorrect) diagnosis of gastroenteritis and by the insufficient valuation of parental concern. We stress the importance of a high index of suspicion if we are to identify serious diseases with atypical presentation amongst the vast number of children with apparently benign situations that Pediatricians deal with every day.

**Keywords:** brain abcess, cerebral abcess, children, *Lactococcus cremoris*, clinical manifestations.

---

1. Interno de Pediatria do Hospital Distrital da Figueira da Foz, em estágio na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra    2. Serviço de Neurocirurgia    3. Unidade de Cuidados Intensivos Hospital Pediátrico de Coimbra.

## Caso clínico

Criança de dois anos, sexo masculino, iniciou febre (39°C) que persistiu durante quatro dias, com estado geral conservado. Num dos primeiros dias de febre teve duas dejeções, com algum muco e vestígios de sangue, sem diarreia nos dias seguintes. Após dois dias de apirexia, iniciou vómitos, mantidos de modo mais ou menos regular. Desde esta altura os pais notaram uma discreta ptose palpebral e ligeira flexão do joelho esquerdo. Estas alterações mantiveram-se de modo flutuante ao longo dos dias seguintes. No sétimo dia de doença surgiu prostração e recorreu ao Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra (SU-HP), onde foi colocado o diagnóstico de gastroenterite aguda e teve alta.

Dois dias depois mantinha vómitos e prostração pelo que os pais recorreram a médico local que medicou com cotrimoxazol, metoclopramida e soluto de re-hidratação oral. A prostração era então marcada, levando-os novamente a recorrer ao SU-HP. O diagnóstico de gastroenterite aguda foi reassumido e teve alta para o domicílio.

Nos dias seguintes a situação agravou-se: prostrado, deixou de se levantar, voltou a utilizar carrinho de bebé, adoptando postura de inclinação lateral da cabeça e tronco. Voltaram ao SU-HP acabando por ser internado na Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD).

Dos antecedentes: calendário vacinal cumprido, incluindo vacina anti-Haemophilus influenzae tipo B.

À entrada apresentava-se prostrado, apirético, hidratado, com auscultação cardíaca e pulmonar normais. Claudicação do membro inferior direito, sem sinais de artrite. A otoscopia era normal. A palpação abdominal era dolorosa no flanco direito. Os sinais meníngeos eram positivos.

Da avaliação laboratorial realizada destacava-se leucocitose com neutrofilia (leuc. - 12.200/mm<sup>3</sup> com 64% neutrófilos), plaquetas - 450.000/mm<sup>3</sup> e proteína C reactiva negativa. Pedida avaliação por Ortopedia no sentido de avaliar a claudicação, conclui-se, após ecografia da anca, por possível sinovite reactiva.

Durante o período de vigilância em UICD manteve-se apirético e prostrado. Surgiu postura em hiperextensão da nuca e houve agravamento dos sinais meníngeos, bradicardia e parésia do membro inferior direito. Foi realizada tomografia axial computadorizada (TAC) que revelou uma lesão fronto-parietal esquerda, capsulada, com efeito de massa, não sendo possível distinção entre abscesso e tumor. Iniciou ceftriaxone e terapêutica anti-edematosa. No mesmo dia repetiu TAC, com contraste (fig. 1), para clarificação do diagnóstico, o que não se conseguiu. Nas horas seguintes não se verificou melhoria do quadro clínico.

Assim, no dia seguinte, assumindo o diagnóstico de abscesso cerebral, foi realizada craniotomia com drenagem de abscesso — conteúdo amarelo-esverdeado, fétido, de 60 ml, enviado para estudo microbiológico. Foi deixado dreno. Realizou TAC de controlo (fig. 2) que mostrou esvaziamento do abscesso.

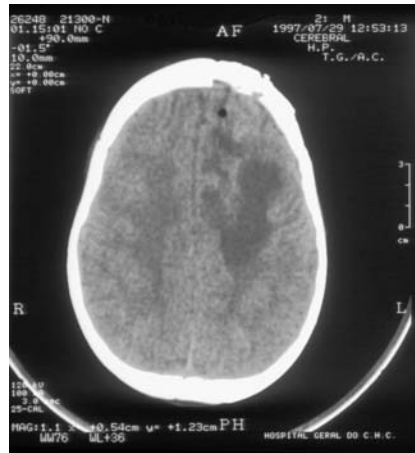
No sentido de pesquisar a existência de condições de risco para o AC foram revistas as radiografias e TAC e realizada ecocardiografia. Não foram encontrados focos infecciosos nos seios peri-nasais ou mastóides e não havia cardiopatia ou sugestão de malformação do sistema nervoso central.

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 55-59



**Figura 1 — Lesão capsulada fronto-parietal esquerda.**



**Figura 2 — Imagem de controlo mostrando esva-  
ziamento da lesão.**

Foi conhecida a microbiologia do drenado: *Lactococcus cremoris* (Streptococo). Manteve posteriormente boa evolução clínica, nomeadamente neurológica. Manteve antibioterapia até à alta, 36 dias depois do início da doença.

Vinte dias depois da alta a TAC mostrava discreta atrofia cerebral frontal. O exame neurológico era normal, mas a mãe referia alteração do comportamento (agitação).

sauve  
infantile

1999; 21/1: 55-59

## Discussão

O abcesso cerebral (AC) é uma situação pouco frequente nas crianças, com incidência global de quatro por milhão de habitantes por ano(1). A mortalidade diminuiu de cerca de 60% na era pré-antibiótico para cinco a dez por cento actualmente(1-3). Os factores predisponentes habitualmente identificados são as infecções do foro otorrinolaringológico, as cardiopatias congénitas e, de modo menos frequente, o traumatismo craniano, a infecção de derivações ventrículo-peritoneais, a imunodeficiência e a disseminação hematogénea no contexto de infecções sistémicas ou localizadas a outros órgãos(2-5).

Numa percentagem de casos que varia de cinco a vinte por cento nenhum factor predisponente pode ser isolado(2,5). Nestes casos o diagnóstico frequentemente é mais tardio, principalmente se não faz parte da clínica inicial a tríade clássica de febre, cefaleias e défice neurológico focal.

A duração média da sintomatologia até ao diagnóstico é extremamente variável, com uma série apresentando variação de 3 a 120 dias(2). O atraso diagnóstico diminuiu significativamente após a disponibilização da TAC e da RMN(2,3).

No nosso caso, a clínica inicial de febre sem qualquer sinal de gravidade associado, seguida de um curto período de dejeções semilíquidas e apirexia, fez evocar o diagnóstico de gas-

troenterite, apesar do rápido desaparecimento das dejeções. O aparecimento posterior de vômitos e prostração foi interpretado persistentemente como manutenção de gastroenterite, apesar da ausência de diarreia ou desidratação, o que deveria ter tornado pouco provável a hipótese. A prostração, recorde-se, era muito importante, dificilmente se podendo atribuir a uma gastroenterite sem desidratação. A ausência de febre na fase de agravamento do estado geral e neurológico terá provavelmente contribuído para o atraso no diagnóstico.

Como explicar que uma criança com sinais clínicos pouco habituais tenha por duas vezes sido observada no Serviço de Urgência sem que tais manifestações tenham sido valorizadas ou notadas? Se por um lado a criança, pela prostração, provavelmente não foi observada a andar, por outro, parece difícil uma ptose palpebral passar despercebida, a menos que fosse muito discreta. O grande número de doentes que habitualmente recorre ao Serviço de Urgência, levando com alguma frequência a «consultas» mais apressadas, poderá também ter sido um factor com interferência.

## Conclusão

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 55-59

Num movimentado aeroporto do Oriente, assistimos, o nosso professor de Pediatria e um de nós, ao desfile das malas por dois funcionários da alfândega, enquanto fazemos horas para o nosso vôo.

Uma multidão acotovela-se ao longo de uma passadeira rolante. Malas de todos os volumes e feitios deslizam e os dois polícias deitam-lhes um olhar oblíquo e ensonado. Olham alternadamente para as malas que se aproximam com lentidão e para os presumíveis proprietários que as reclamarão mais adiante, no fim da linha. Cinco segundos, é o tempo de circulação de cada mala no campo visual dos homens. Samsonite compactas, humildes malas de napa enfaixadas para não ceder ao excessivo conteúdo, imitações Louis Vuitton. De vez em quando um polícia estende o braço e interrompe o percurso de uma mala, içá-a para um balcão contíguo. O dono abre caminho até ao local, identifica a mala, abre-a e ajuda na sua revista.

Interrogamo-nos sobre a eficácia do método. Quais os critérios que são utilizados, que sinais desencadeiam a suspeita? O nosso mestre explica então que na triagem do Serviço de Urgência não somos diferentes destes homens.

Passam crianças na nossa frente. Cem, cento e cinquenta por dia. Ranho e caca! "Estou farto de caca e ranho!" dizem alguns internos ao fim do primeiro ano. Caca e ranho? Pode passar!

Mas a arte, a suprema arte, está em que uma (uma entre mil) está mais prostrada do que seria de supor, não poisa bem a perna, os pais querem dizer algo que deve ser ouvido.

Precisamos de parar a passadeira rolante. Abrir a mala. Calçar a luva branca, vasculhar os forros.

**BIBLIOGRAFIA**

---

1. Sansano MIU, Capel ME, Montaner AE, Costa CM, Marco RH. Absceso cerebral en la infancia. Presentación de cinco casos. *An Esp Pediatr* 1996; 45: 177-180.
2. Sáez-Llorens XJ, Umaña MA, Odio CM, McCracken Jr GH, Nelson JD. Brain abscess in infants and children. *Pediatr Infect Dis J* 1989; 8: 449-458.
3. Dodge PR, Pomeroy SL. Parameningeal infections (including brain abscess, epidural abscess, subdural empyema). In Feyjin R, Cherry J.(Eds.) "Textbook of Pediatric Infectious Diseases" 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1993; 455-462.
4. Fischer EJ, McLennan JE, Suzuki Y. Cerebral abcess in children. *Am J Dis Child* 1981; 135: 746-749.
5. Wong TT, Lee LS, Wang HS, Shen EY, Jaw WC, Chiang CH et al. Brain abscess in children – a cooperative study of 83 cases. *Child's Nerv Syst* 1989; 5: 19-24.

Correspondência: Miguel Félix  
Hospital Pediátrico de Coimbra  
3000-076 Coimbra  
(Tel. 039 – 480 300)

*saúde  
infantil*

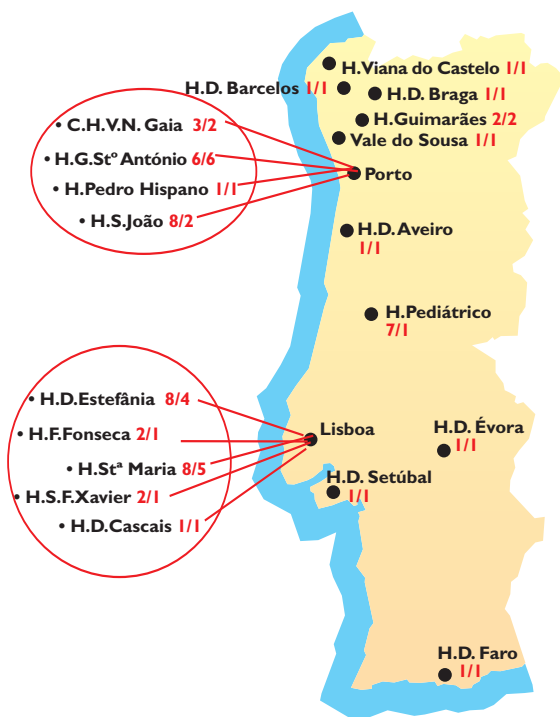
1999; 21/1: 55-59



## A BOLSA DE VALORES DA PEDIATRIA PORTUGUESA (1998)

Todos os anos a CNIM, ouvida a Ordem dos Médicos, estabelece as idoneidades dos Serviços para o internato de Pediatria e as vagas em cada um destes. Desta vez a Ministra da Saúde, sensível às vozes que unanimemente alertaram para a necessidade de preparar mais pediatras abriu, a nível nacional, 34 vagas.

Desconhecem-se as verdadeiras motivações das escolhas. Mas o modo como os jovens médicos se repartiram não pode deixar de constituir uma verdadeira avaliação dos serviços e um motivo de reflexão para todos.



Nº vagas / nº vagas preenchidas

L.J.

*saúde  
infantil*

1999; 21/1; 60

# VACINAÇÃO CONTRA O *HAEMOPHYLUS INFLUENZA* TIPO B

## Situação no Distrito de Aveiro das crianças nascidas nos anos de 1995 e 1996

Fernanda Loureiro<sup>1</sup>, Fernanda Castro<sup>2</sup>, Cristina Pinto Carmona<sup>3</sup>

### RESUMO

Desde que apareceu em Portugal, em Junho de 1994, e apesar de não fazer parte do Plano Nacional de Vacinação, a Vacina contra o *Haemophilus influenza* entrou no léxico comum da maioria dos profissionais de saúde, como o prova a parcela de participações com a HibTiter em cada ano.

Partindo destes dados e reportando-nos às crianças nascidas em 1995 e 1996, procurámos saber como é que estava a ser feita esta vacinação, qual a cobertura vacinal, quem prescrevia a vacina e se esta era feita correctamente.

Com uma amostra de 868 casos (cerca de 5,4% da população-alvo) distribuídos por dez dos dezanove concelhos do Distrito, elaborámos o presente estudo que nos permitiu concluir que das crianças em estudo apenas 469 (54%), se poderiam considerar correctamente vacinadas, apesar de terem tido contacto com a vacina cerca de 80%. Verificou-se um aumento do número de crianças com pelo menos um contacto com a vacina (de 95 para 96), que não é acompanhado por um melhor cumprimento da vacinação com a HibTiter.

A entrada desta vacina no PNV terá que ter em conta este aspecto sob pena de se fazer um investimento com eficácia comprometida e resultados duvidosos.

**Palavras-chave:** vacinação, HibTiter.

### SUMMARY

The vaccine against *Haemophilus influenza* entered in Portugal in June 1994. Although this vaccine has been a part of the medical vocabulary since its appearance in Portugal, it doesn't entered the National Programme of Vaccination, as is proved in the number of reimbursements with the HibTiter, each year.

Taking this facts in relation to the number of children born in 1995-1996, we tried to find out how the vaccination was been applied, the extension of the vaccine coverage, who prescribes the vaccine and if this was correctly administered.

1. Médica de Saúde Pública  
Subregião de Saúde de Aveiro

2. Médica de Saúde Pública e Pediatra

3. Enfermeira Directora

With a sample of 868 cases (about 5.4% of the aimed population) distributed to ten out of the nineteen bureaux of the District, we developed the present study which allowed us to conclude that of the children studied, only 469 (54%) could be considered correctly vaccinated, although 80% had been inoculated.

There was an increase in the number of children inoculated at least once (from 95 to 96), which isn't followed by a better administration of the HibTiter inoculation. For the introduction of this vaccine in the National Programme of Vaccination, this fact must be taken into account for an efficient outcome and also to avoid questionable results.

**Keywords:** vaccination, HibTiter.

## Introdução

### Definição do problema

O *Haemophilus influenza* tipo b, "Hib", é uma causa importante de Meningite bacteriana, sendo ainda comprovadamente responsável por Artrite Séptica, Epiglotite, Celulite, Sépsis, Pneumonia e Empiema.

A Meningite por Hib é responsável por uma mortalidade de cerca de 5% (1), havendo ainda a registar-se como sequelas da infecção, a surdez neuro-sensorial, atraso de desenvolvimento e défice auditivo, entre outras.

A incidência e o tipo de patologias provocadas pelo Hib varia com a idade. Até aos três meses elas são excepcionais (a criança está protegida pelos anticorpos maternos), a sua incidência aumenta brutalmente a partir dos 4 - 6 meses de idade com um pico entre os seis e os doze meses (1, 2) exceptuando a epiglotite que é rara antes dos doze meses, verificando-se o maior pico de ocorrência entre os dois e os quatro anos (3).

É sabido que, uma vez diagnosticada a infecção, o tratamento curativo assenta na antibio-terapia, cuja evolução, no decurso dos últimos anos, se deve, também, ao aumento das resistências aos antibióticos (4).

Estudos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos mostraram que o risco de surgir uma infecção grave pelo Hib nos indivíduos contactantes de uma criança com Meningite por *Haemophylus* é 600 vezes superior à da população geral (2). Considera-se actualmente que a contagiosidade do Hib é idêntica à da *Neisseria meningitides*, sendo esta uma das razões pela qual se preconiza a antibioprophilaxia aos contactantes (2).

Desde 1985 que existe uma vacina contra o Hib, constituída por polissacáridos capsulares cuja eficácia está comprovada a partir dos dois anos de idade (4). Estando o pico de incidência da maioria das doenças provocadas pelo Hib, situado entre os seis e os doze meses de idade, é óbvio que esta vacina não correspondia ao perfil requerido.

Em 1993 é registada, pela FDA nos EUA, uma vacina conjugada que, pela sua composição, se mostra eficaz a partir dos dois meses de idade.

saúde  
infantil

1999; 21/1: 61-68

Quando esta vacina é introduzida no mercado nacional, em Junho de 1994, tem, de imediato, uma ampla divulgação quer entre os profissionais de saúde (pediatras, clínicos gerais, enfermeiros e outros técnicos) quer na população em geral, o que se justifica pelos ganhos possíveis em termos de saúde:

- Previne uma infecção grave, potencialmente mortal;
- Concomitantemente, previne as sequelas desta infecção;
- Limita o recurso aos antibióticos, quer para tratamento quer para profilaxia, evitando o aumento das resistências por esta via;
- Ao reduzir o estado de portador (5), diminui a contagiosidade, beneficiando mesmo os não-vacinados;
- Em termos económicos, limita o número de dias de trabalho perdidos pelos pais e os custos do internamento e das sequelas (no outro prato da balança podemos colocar o custo da vacina quer para o estado quer para os pais);
- Por fim mas não menos importante, evita a dor, o sofrimento e as angústias de se saber que uma criança está gravemente doente.

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: ??-??

## Finalidades do estudo

Apesar desta vacina não integrar o Plano Nacional de Vacinação e não haver, por parte dos Serviços de Saúde, monitorização e avaliação que permitam conhecer a cobertura vacinal, sabe-se, a partir dos dados contabilísticos que, no Distrito de Aveiro, foram vendidas 12169 embalagens de HibTiter (única vacina contra o Hib actualmente disponível em Portugal) em 1995 e 19694 embalagens em 1996.

Como foram distribuídas estas vacinas? As crianças beneficiadas concentram-se num qual-quer pólo do Distrito? A vacinação efectuada está correcta? Houve alguma evolução entre 1995 e 1996? Quem prescreveu a vacina?

Foi com o objectivo de dar resposta a esta e a outras questões que elaborámos o presente estudo, que poderá, inclusivé, servir de comparação com outros trabalhos efectuados noutros locais com idênticos propósitos.

## Material e métodos

### Definição da população e escolha da amostra

População-alvo — crianças residentes no Distrito de Aveiro, nascidas em 1995 e 1996 num total de 15.967.

O Distrito de Aveiro é constituído por 19 concelhos, de características diferentes, urbanas, semi-urbanas e rurais, do litoral e interior, de baixa, média e alta densidade populacional,

predominantemente industriais, agrícolas ou piscatórias. Dada a panóplia de "características" verificadas e na impossibilidade de realizar o estudo em todos eles, decidimos **seleccionar** 10 concelhos, cujas características nos permitissem generalizar os resultados ao Distrito. Assim foram escolhidos os concelhos de Anadia, Arouca, Aveiro, Castelo de Paiva, Espinho, Ílhavo, Murtosa, Oliveira Azeméis, S. João da Madeira e Vagos.

## Tamanho da amostra

Seguindo os preceitos da técnica de amostragem em duas etapas segundo Lutz (4) seleccionámos 10 concelhos que correspondem a cerca de 50% da população do Distrito. Como a dimensão dos aglomerados concelhios é diferente e para evitar amostras muito pequenas em alguns dos concelhos de menor dimensão o que poderia condicionar a fiabilidade do estudo decidimos aplicar o estudo a 10% das unidades amostrais em cada concelho seleccionado (o que corresponde a 5% do total da população-alvo) num valor que ronda as 800 unidades.

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 61-68

## Técnica de amostragem

A amostra foi obtida por duas etapas, constituindo a seleção dos 10 concelhos (aglomerados) a primeira etapa. O tamanho de cada aglomerado é diferente, sendo também diferente e proporcional o tamanho da amostra recolhido em cada um. A escolha da amostra em cada aglomerado foi aleatória, obedecendo, no entanto, a um critério único de ser feita em 50% na sede do C. S. e 50% nas respectivas extensões, obedecendo também aqui ao critério da proporcionalidade.

Do acerto, em cada C.S. e em cada extensão do número de unidades da amostra, resultou uma amostragem de 868 casos.

## Recolha de dados

### Instrumento de anotação

Foi elaborada uma ficha de recolha de dados e feita uma reunião com um representante do Serviço de Enfermagem dos Centros de Saúde dos concelhos seleccionados a fim de lhes darmos a conhecer os objectivos e a metodologia do trabalho e de pedir a sua colaboração na colheita dos dados.

A recolha de dados teve lugar entre 15 de Março e 15 de Maio de 1998.

Estes dados, uma vez recolhidos, foram-nos enviados para tratamento estatístico.

Para efeitos deste trabalho foi considerado:

- Vacinação completa: 1,2,3 ou 4 doses de vacina, atendendo à idade da 1ª dose e segundo as recomendações da American Academy of Pediatrics(3).
- Vacinação incompleta: todas as situações de crianças que até aos 18 meses não cumprissem as recomendações acima referidas.
- Vacinação por completar: situação de crianças que na altura da recolha de dados tinham entre 14 e 18 meses e que poderiam ainda completar a vacinação até aos 18 meses.

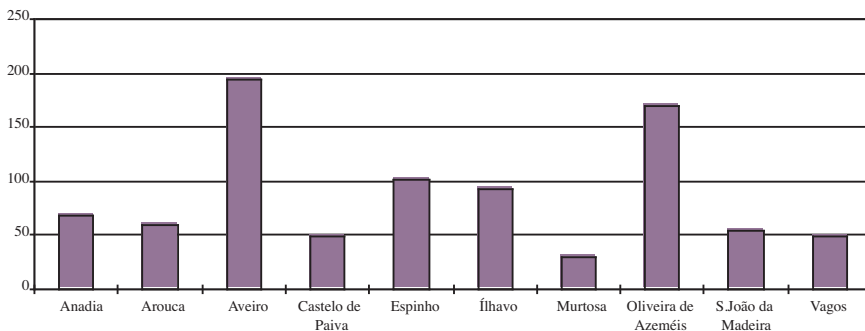
Os dados serão trabalhados em computador tendo como base o programa estatístico Microstat.

## Resultados

### Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 868 crianças nascidas em 1995(432) e 1996(436), de idades compreendidas entre os 16 e os 40 meses, sendo 27 meses a média de idades.

Gráfico 1 - Distribuição das crianças pelos Centros de Saúde



*saúde  
infantil*

1999; 21/1: ??-??

Os 10 Centros de Saúde seleccionados estão representados na amostra em percentagem variável (de 3,46 a 22,35%) e de acordo com a sua representatividade no distrito (Gráfico 1). Cerca de 52% das crianças fazem parte dos ficheiros das sedes dos Centros de Saúde, e as restantes pertencem às respectivas extensões.

O sexo feminino representa 51,61% dos casos e o sexo masculino 48,39%.

### Avaliação do estado vacinal

Das 868 crianças que fizeram parte da amostra, 178 (20,51%), não tiveram qualquer contacto com a vacina, 690 (79,49%) fizeram, pelo menos, uma inoculação de vacina contra o *Haemophylus*. Destes, cerca de 68% tinham a vacinação completa, 23,5% tinham-na inter-

rompido e 8,42% embora também a não tivessem completado, tinham uma idade (entre os 14 e os 18 meses) em que ainda era possível, de acordo com as recomendações actuais, completá-la.

Resumindo, das 868 crianças em estudo, apenas 469, (cerca de 54%) se podiam considerar correctamente vacinadas, atendendo à sua idade e à idade de início da vacinação, o que corresponde a 58% das crianças nascidas em 1995 e 50% nascidas em 1996.

O médico prescriptor foi, em cerca de 55% dos casos, o médico de família e, em segundo lugar o médico pediatra na privada (30%); em 59 casos não foi possível identificar o prescriptor.

## Discussão

Apesar de podermos tirar algumas ilacções importantes deste trabalho, nomeadamente quanto à cobertura vacinal e ao cumprimento da vacinação em cada ano em estudo, não previmos que as crianças nascidas em 1996, à data da realização do trabalho de campo, de Março a Maio de 1998 e apesar de cumpridas escrupulosamente as datas de vacinação, poderiam não ter ainda a vacinação completa. Este facto condicionou, de alguma forma, a análise de algumas variáveis, pelo que considerámos três possíveis respostas a esta variável. Assim, além de vacinação completa e incompleta, acrescentámos vacinação por completar.

Neste trabalho foram avaliadas em relação ao parâmetro em estudo, 5,4% das crianças residentes no Distrito de Aveiro nascidas em 1995 e 1996.

Se por um lado, a realização deste trabalho vem confirmar algumas das nossas suspeitas, por outro, surpreenderam-nos alguns resultados obtidos:

- Uma grande percentagem das crianças teve, pelo menos, um contacto com a vacina (cerca de 80% das crianças em estudo), no entanto, apenas cerca de 54% se encontram correctamente vacinadas. Em relação às restantes 26% foi feito um investimento quer pelos pais, quer pelo Estado, que não é eficaz em termos de prevenção para além de ser causa provável de falsa segurança.
- O prescriptor foi, na maioria dos casos, o médico de família, o que se compreende uma vez que as "novidades" chegam rapidamente a todos os profissionais de saúde.
- Talvez por isso, foi com surpresa que verificámos que os resultados dos Centros de Saúde em relação às crianças inscritas não é uniforme, havendo Centros de Saúde com balanço mais positivo e outros mais negativo em relação aos valores esperados. Curiosamente este achado não está relacionado com a situação geográfica, acessibilidade, riqueza, ou qualquer outra especificidade que distingue os concelhos entre si, daí ser necessário algum cuidado ao extrapolar os dados verificados para outros concelhos de idênticas características. Por exemplo, o concelho de Aveiro, cidade, capital de Distrito, com Hospital Distrital e alta concentração de pediatras, onde seria de esperar uma boa cobertura, pelo menos num primeiro contacto com a vacina, apresenta dados mais negativos que Vagos, vila essencialmente rural e piscatória.

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 61-68

- Não se verificaram diferenças significativas entre a Sede e as Extensões dos Centros de Saúde no que diz respeito a um primeiro contacto com a vacina ou ao facto de a vacinação estar completa, incompleta ou por completar. Também não se encontraram diferenças entre os médicos prescritores no que se refere à continuação da vacinação após um primeiro contacto, ou seja, o abandono da vacinação após uma primeira, segunda ou terceira dose não depende do facto do prescritor ser pediatra ou clínico geral, dependerá provavelmente de outros factores a investigar.
- A vacina contra o Hib entrou no nosso país em 1994 e nesse mesmo ano passou a fazer parte do léxico comum de muitos médicos que rapidamente a integraram na sua prática diária (o que se compreende dadas as vantagens óbvias da vacinação), portanto não admira que tenha havido uma evolução positiva de 1995 para 1996 em termos de, pelo menos, um primeiro contacto com a vacina. Curiosamente esta melhoria não parece verificar-se quando se trata de avaliar se as crianças nascidas em 1996 estão correctamente vacinadas em maior número do que as nascidas em 1995. Embora não estatisticamente significativo, parece notar-se uma ligeira tendência para haver mais casos de vacinação incompleta nos nascidos em 96. Não parece justificar-se esta tendência e pensamos que ela seria alterada se o estudo fosse efectuado apenas com crianças com idade igual ou superior a dezoito meses. Convém lembrar que 59 crianças nascidas em 96 ainda podiam completar a vacinação ficando correctamente vacinadas.

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: ??-??

Apesar das condicionantes do trabalho já referidas no início deste capítulo, dada a estruturação e a dimensão da amostra, pensamos que os resultados obtidos se podem generalizar, senão a todos os nascidos em 95 e 96, pelo menos à população deste grupo etário residentes no Distrito de Aveiro.

## Conclusões

A vacina contra o Hib actualmente disponível em Portugal pode ser administrada em uma, duas, três ou quatro doses, dependendo da idade de início da vacinação, sendo natural a tendência para fixar o número de doses em quatro. Em relação a este estudo, convém não esquecer que foi feito tendo como população-alvo os nascidos em 1995 e 1996, ou seja, um ano após a entrada da vacina no mercado nacional. A mudança nos procedimentos e atitudes quer dos profissionais, quer dos pais é naturalmente lenta e gradual, o que no caso em estudo não se verificou, tendo havido uma rápida adesão à vacinação.

Sem dúvida que é de louvar esta atitude e a preocupação de usar as novas armas ao dispor na prevenção primária. Lá diz o velho ditado que "mais vale prevenir que remediar". Pensamos que será muito benéfico para a população e para os serviços utilizar este potencial para assegurar o cumprimento de todo o Programa Nacional de Vacinação em vigor.

O estudo efectuado não nos permitiu conhecer a razão ou razões que estiveram subjacentes à não-vacinação de alguns dos não-abrangidos por esta medida preventiva, no entanto



podíamos avançar com algumas hipóteses explicativas como o não-cumprimento do Programa de Vigilância de Saúde Infantil, a pouca sensibilização de alguns profissionais médicos para a vacinação (não esquecer que esta vacina tem que ser prescrita por um médico), as más condições sócio-económicas de alguns grupos populacionais (a vacina é paga parcialmente pelas famílias), a falta de esclarecimento de alguns pais para as vantagens da vacinação. A entrada desta vacina no PNV, como está previsto, resolverá alguns destes problemas, tornando a vacinação acessível (pelo menos teoricamente) a todas as crianças. Outros, como o abandono da vacinação, terá que ser conseguido com o empenho de todos os profissionais, através duma monitorização activa da vacinação, do esclarecimento da população sobre as suas vantagens, não permitindo a perda de oportunidades de vacinar. Isto é válido para todas as vacinas porque não nos podemos esquecer de que "a vacinação é o método mais eficaz de medicina preventiva".

**Agradecimentos:** agradece-se às Sras Enfermeiras que participaram neste trabalho a sua preciosa colaboração.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Márcia, MP. Infecção por *Haemophilus influenza* e Estratégias do Controlo da Doença. Espelhos 2 - Publicação Seriada da SRS de Coimbra. Janeiro de 1997.
2. P. Marani et al. Infections à *Haemophilus* en Pédiatrie. Encyclopédie Médico-chirurgicale (Elsevier, Paris). Pédiatrie 4-260-A-10, Maladies Infectieuses, 8-017-F-15, 1998, 6p.
3. American Academy of Pediatrics. Report of the Committee of Infectious Diseases. Red Book, 1994.
4. Melo MA. Novas vacinas, perspectivas futuras. Revista Portuguesa de Clínica Geral. Novembro de 1990 (Vol. 7, nº11).
5. P. T. Heath et al. Persistência de anticorpos e estado de portador de *Haemophilus Influenza* tipo b depois da vacinação dos lactentes com PRP-T. Actualidade em Pediatria, 1998 VI, 35-41.
6. Lutz W. Como seleccionar amostras para inquéritos - 2. Inquéritos de Saúde na Comunidade, Guia prático para profissionais de saúde. Traduzido por Prof. Amélia Leitão, ENSP, Lisboa 1986. Edição original em Inglês, Escócia 1981.

**Correspondência:** Fernanda Loureiro

Subregião de Saúde de Aveiro  
Av. Dr. Lourenço Peixinho, 42, 6º  
3804 - 502 AVEIRO

saúde  
infantil

1999; 21/1: 61-68

# TEXTOS DE APOIO DA CONSULTA DE PEDIATRIA GERAL



## Dor abdominal na criança

"Não conheço nenhum sintoma mais desconcertante nas suas causas do que a cólica abdominal na criança". Still 1909

São numerosas as causas de dor abdominal aguda (DAA), com etiologias diferentes consoante o ambiente (ambulatório ou hospitalar) em que a criança é observada. Contudo, apesar dessa diversidade, apenas um reduzido número de causas é responsável pela maioria das situações.

Em ambiente hospitalar são observadas as situações graves, muitas exigindo internamento. As mais comuns são: as gastroenterites agudas com desidratação, a apendicite aguda, a agudização duma obstipação latente (cursando com quadro clínico aparatoso de cólicas abdominais), a pielonefrite aguda, a pneumonia, a invaginação intestinal, etc.. Embora rara, a cetoacidose diabética poderá apresentar-se como DAA. Terão resolução espontânea, sem diagnóstico definitivo, cerca de 50% dos casos.

Em ambulatório, as causas mais comuns de DAA são as infecções respiratórias altas (um terço dos casos); síndromas febris virais (um quarto dos casos); gastroenterite aguda; obstipação patente ou "oculta"; em cerca de um sexto dos casos, a DAA resolve-se sem esclarecimento da causa.

No conjunto, a maioria das DAA são situações benignas e do foro médico; as situações potencialmente graves representam só cerca de 5% dos casos e apenas 1% são situações cirúrgicas.

São sinais de alarme de DAA, sugerindo uma situação grave: vômitos tardios ou biliares; irritabilidade paroxística; agravamento progressivo; recusa do colo; adopção de decúbito dorsal com pernas flectidas; prostração; mau estado geral; choque; defesa abdominal; dor à percussão; dor no balanceio; antecedentes pessoais (AP) de cirurgia abdominal; antecedentes familiares (AF) de anemia hemolítica.

São dados clínicos orientadores do diagnóstico de DAA: febre associada a tremores e ou acrocianose (pielonefrite ou pneumonia); urina turva (pielonefrite), taquipneia/respiração entrecortada ou gemido expiratório/tosse escassa produtiva (pneumonia); choro paroxístico/rectorragia (invaginação intestinal); defesa ou dor à percussão abdominal (processo inflamatório, apendicite); distensão ou massa abdominal (oclusão intestinal ou massa); AP cirurgia digestiva (oclusão intestinal); AF de anemia hemolítica (colecistite).

Na abordagem inicial de DAA a maioria dos casos não necessita de exames complementares. As tiras-reagentes urinárias (Combur-10, Multistix-10) poderão orientar para infecção urinária, hepatite, diabetes, etc. Outros exames eventualmente úteis, a utilizar caso a caso são: sumária de urina, urocultura, hemograma, proteína C reactiva (CRP), tele-radiografia do tórax, transaminases, ecografia abdominal. Contudo a clínica é soberana !

A dor abdominal recorrente (DAR) (definida como > 1 vez/mês 3 meses consecutivos, com interferência nas actividades diárias, sem sintomas em intercrise) afecta 10 a 15% das crianças de idade escolar e justifica cerca de 5% das consultas de Pediatria Geral.

Também um pequeno número de etiologias é responsável pela larga maioria dos casos de DAR. É clássico dividir as etiologias das DAR em "orgânicas" (gastrite, úlcera péptica, hidronefrose, alergia alimentar, apendicite crónica, etc), "funcionais" (obstipação, intolerância à lactose, cólon irritável, etc), "psicogénicas" e "idiopáticas". As respectivas incidências são variáveis em função do tipo de consulta (maior percentagem de causas orgânicas nas consultas de Gastroenterologia Pediátrica).

Na consulta de Pediatria Geral do HP, e da análise de 88 casos consecutivos (anos 1993-96), foram diagnosticadas: causas orgânicas (8%), funcionais (34%), psicogénicas (17%) e idiopáticas (43%). As entidades mais comuns foram: obstipação (27%) e a gastrite por *Helicobacter pylori* (Hp) (6%).

A localização epigástrica das dores deverá sugerir patologia esófago-gastro-duodenal. A realização de serologia para Hp poderá ajudar no diagnóstico desta gastrite.

A obstipação é a causa mais comum de DAR numa consulta de Pediatria Geral. Esta deverá ser evocada perante dores tipo cólica, especialmente durante ou após as refeições (reflexo gastro-cólico), localização à fossa ilíaca esquerda (FIE), fezes palpáveis na FIE ou na ampola rectal, maus hábitos alimentares ou de higiene intestinal. Não é raro que obstipações graves cursem com períodos alternados de cólicas abdominais e períodos assintomáticos.

A intolerância à lactose tipo adulto (ILTA) é um processo fisiológico de transmissão autosómica dominante. Calcula-se que a ILTA afecte cerca de 50% dos habitantes adultos da Península Ibérica. É variável a idade de perda da lactase intestinal, podendo já ocorrer parcialmente a partir dos 4 a 5 anos de idade. Deverá sugerir ILTA a presença de distensão abdominal e história familiar de intolerância ao leite (ou recusa na sua ingestão).

Embora não seja rara, DAR psicossomática será menos comum do que é habitualmente admitido. Será fundamental reconhecer que, em regra, a dor psicossomática é real e não simulada e, só excepcionalmente, existe ganho secundário.

São sinais de alarme de DAR, sugerindo patologia orgânica ou funcional: localização distante do umbigo; irradiação; horário nocturno; crises demoradas; presença de sinais sistémicos; clínica de órgão específico (ex. diarreia, artrite); relação com as refeições; alteração nas características das dores; idades inferior a 4 anos ou superior a 15 anos; AP cirurgia digestiva ou anemia hemolítica; AF de doença péptica ou de anemia hemolítica.

Os exames complementares pouco ajudam na maioria dos casos de DAR. Quando solicitados, deverão sempre assentar na clínica, ser simples e em número reduzido (hemograma, VS, transaminase pirúvica, sumária de urina, urocultura, exame parasitológico de fezes). Embora seja muito frequentemente solicitada, a ecografia abdominal, na ausência de clínica orientadora, só muito ocasionalmente ajuda no diagnóstico etiológico duma DAR. A endoscopia digestiva só deverá realizar-se em casos seleccionados, especialmente nos casos com serologia positiva para Hp.

Manuel Salgado  
Consulta Externa de Medicina

saúde  
infantil

1999; 21/1: 69-70

# Caso Clínico



## "NEM TUDO O QUE PARECE É" E "QUEM NÃO PROCURA, NÃO ENCONTRA"

### TRÊS CASOS DE ATRASO DE DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR

Luísa Macieira<sup>1</sup>, José Eduardo Boavida<sup>2</sup>, Luís Borges<sup>3</sup>

#### RESUMO

Os autores apresentam três casos clínicos de crianças com atraso de desenvolvimento psicomotor (ADPM), grave problema social e risco ambiental, que levaram à atribuição do atraso ao ambiente de privação (1).

A investigação clínica permitiu identificar em todos os casos uma causa orgânica, não relacionada com o meio ambiente (duas agenesias do corpo caloso e uma paquigiria com atrofia subcortical). Pretende-se chamar a atenção para a necessidade de uma correcta avaliação e investigação clínica de todos os casos de ADPM, independentemente de todos os factores de risco e privação ambiental, não atribuindo ao meio o papel único e exclusivo. A identificação das causas orgânicas sempre que possível, permite uma definição de estratégias de actuação e acompanhamento, tal como aconteceu nestes casos. Salienta-se o seu papel no aconselhamento genético e na prevenção de outros casos de ADPM na família.

**Palavras-chave:** atraso de desenvolvimento psicomotor, agenesia do corpo caloso, paquigiria, risco ambiental.

#### SUMMARY

The authors describe the cases of three children with development delay, severe social problem and environmental risk, which led to the attribution of the delay only to the depriving conditions (1).

---

1. Interna de Pediatria 2. Assistente Graduado de Pediatria 3. Chefe de Serviço de Neurologia/Desenvolvimento Hospital Pediátrico de Coimbra.

The investigations showed an organic cause for the development problems in the three children (agenesis of corpus callosum in two cases and pachygyria with subcortical atrophy in another one).

The authors intend to stress the need to investigate all cases of development delay, in spite of considering the environment as the single cause of delay in all children living in poverty and deprivation. Failure to identify an existing organic cause, will prevent children and families to get the appropriate advising and intervention.

**Keywords:** developmental delay, agenesis of corpus callosum, pachygyria, environmental risk.

## Introdução

O ADPM nas crianças constitui um grupo heterogéneo com variadas etiologias. Estas actuam de uma forma temporal nos vários períodos da vida de uma criança: pré-natal, peri/neonatal e pós neonatal. Muitas das causas de ADPM actuaes nos vários períodos da vida são conhecidas. Assim, no período pré-natal destacamos as causas genéticas (ex. S. Down), infecciosas (toxoplasmose, citomegalovirus, etc), tóxicas (alcoolismo, drogas, etc.). No período pré e neonatal predominam as causas infecciosas e traumáticas, como a asfixia durante o parto (2). No período pós-neonatal muitas são também as causas responsáveis por ADPM, nomeadamente infeções, traumatismos e intoxicações. A maioria dos casos de ADPM tem origem durante o desenvolvimento embrionário. É referido na literatura que cerca de 25-55% dos casos de ADPM grave e 7-25% dos atrasos moderados ou ligeiros tem origem neste período (3). Pensa-se que só 7-10% dos atrasos de desenvolvimento graves e 2-4% dos moderados ou ligeiros são originados no período pós neonatal (3). O papel do meio é sem duvida importante, pois pode contribuir para "acentuar" um ADPM secundário a uma causa orgânica .

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 71-76

## Caso clínico nº 1

V. S.M., 19 meses de idade, sexo feminino.

Pais não consanguíneos e separados. Pai com 20 anos, alcoólico e desempregado. Mãe de 17 anos, solteira e desempregada. Avó materna com surdez congénita e problemas de linguagem relacionados. Problema social grave.

Gestação vigiada, de risco. Parto às 38 semanas. Apgar 10 ao 5º minuto. Aos 12 meses de idade é entregue por decisão do tribunal aos cuidados da avó materna por os pais não possuírem quaisquer condições de estabilidade (social, económica e familiar) que lhes permitissem cuidar adequadamente da filha. Durante o primeiro ano de vida a V.S.M. foi uma criança gravemente negligenciada, quer em termos físicos quer em termos afectivos .

Na primeira consulta de desenvolvimento, aos 19M apresentava microcefalia PC«P5 (com cruzamento de percentis), olhar triste, parecendo haver diminuição da acuidade auditiva.

Apresentava um atraso moderado do desenvolvimento (entre os 12-15 meses).

Estávamos perante um ADPM com microcefalia e antecedentes familiares de surdez congénita, acrescido de um problema social grave, com falta de estimulação e risco ambiental.

No decurso da investigação foi-lhe feita uma TAC cranio-encefálica que revelou uma malformação cerebral-paquigiria com atrofia cortical.

Foi programada consulta de otorrino, entrada para o infantário com apoio do ensino especial e acompanhamento pelo serviço social. Tem feito progressos, apesar de manter ADPM significativo, principalmente na linguagem e na autonomia. Continua a ser seguida nas consultas de desenvolvimento e de otorrinolaringologia.

## Casos clínicos nº 2 e nº 3

F.M.S. –Aos 6 meses é observado em consulta de desenvolvimento na comunidade no âmbito do Projecto Integrado de Intervenção Precoce (PIIP).

Constata-se hipotonia global e ADPM para além de um problema social grave (alcoolismo, desemprego, ausência de higiene, estimulação, dieta adequada, etc.).

Programada consulta de desenvolvimento no Hospital Pediátrico (H.P.) aos 7M para investigação. Peso e estatura no P25, perímetro cefálico no P10-25 (sem cruzamento de percentis). Apresentava um atraso global, com um desenvolvimento médio de 3M, para além de hipotonia acentuada.

Antecedentes familiares: sem consanguinidade. Pai falecido um ano antes, em acidente de moto. Irmão de 3 anos, seguido no H.P. por ectasia piélica e litíase renal esquerdas. Apresentava ainda ADPM. Do agregado familiar constavam ainda a bisavó materna, acamada devido a AVC, e a avó materna, com hábitos alcoólicos. Todos partilhavam uma habitação sobrelotada, sem condições higieno-sanitárias. Tratava-se em resumo de uma criança com ADPM e hipotonia, com um irmão com ADPM, litíase renal e ectasia piélica, oriundos de uma família com graves carências socio-económicas.

Fez ecografia transfontanelar que revelou agenesia do corpo caloso; o cariótipo (46, XY) era normal. No sentido de despiste de doença metabólica fazem estudo metabólico que não revelou alterações. A TAC cranio-encefálica feita ao irmão revelou também agenesia do corpo caloso.

Diagnóstico final: agenesia do corpo caloso em dois irmãos com ADPM e problema social grave.

Esta família continua a ser apoiada pelo Projecto Integrado de Intervenção Precoce (PIIP), tendo sido possível empregar a mãe e adquirir habitação condigna. O irmão mais novo está

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 71-76

aos cuidados de uma ama, sendo regularmente visitado pela mãe e irmão. Tem feito progressos no desenvolvimento, apresentando aos 15M um desenvolvimento médio de 9-12M.

O irmão mais velho foi submetido a cirurgia urológica com boa evolução, vive com a mãe e frequenta o infantário, com apoio do ensino especial. Aos 46M tem um desenvolvimento médio de 24-36M, tendo feito, tal como o irmão, alguns progressos.

Em conclusão: descrevemos três casos clínicos de três crianças com ADPM, todas de alto risco ambiental (pobreza, negligência, privação afectiva, estimulação e alimentar, etc).

Nos três casos foi possível identificar uma causa orgânica não relacionada com o ambiente.

## Discussão

O ADPM pode dever-se a várias causas, actuando em fases diferentes da vida (3). A maioria das causas de ADPM, principalmente as responsáveis por atrasos graves e moderados do desenvolvimento, actuam no primeiro semestre de gestação, durante a formação do sistema nervoso. As malformações cerebrais resultam da acção de factores adquiridos (circulatórios, infecciosos, tóxicos, metabólicos...) ou de factores inatos (aberrações cromossómicas, anomalias genéticas) (2, 3). Para um grande número de casos de ADPM a etiologia permanece desconhecida, embora os avanços em áreas como a neuropediatria, neurobiologia, bioquímica genética e outras tenham vindo a reduzir este número.

A morfogénese do cérebro inicia-se no primeiro semestre de vida intrauterina com a morfogénese geral (encerramento do tubo neural, formação das vesículas telencefálicas).

As células nervosas formam-se e proliferam nas zonas germinativas e dirigem-se posteriormente para os locais definitivos. Os factores patogénicos, inatos ou adquiridos, agem durante este período dando lugar a anomalias macroscópicas da organogénese, que afectam a divisão do telencéfalo em dois hemisférios, podendo também induzir alterações da génese e migração dos neurónios conduzindo à redução da população neuronal ou à alteração da normal disposição dos neurónios corticais.

Após o quinto mês inicia-se o período de maturação e crescimento dos neurónios. É uma fase de crescimento rápido do cérebro durante a qual se formam a maior parte dos sulcos e circunvoluções cerebrais (secundárias e terciárias). As células da glia multiplicam-se activamente e a mielinização de certos feixes de fibras começa a dar-se neste período, continuando após o nascimento. As malformações cerebrais durante o referido período resultam essencialmente de processos destrutivos de origem isquémica e/ou infecciosa limitadas ao córtex ou mais extensas. Os tóxicos, infecções virais e alterações metabólicas podem agir mais subtilmente sobre o crescimento das células nervosas, levando a défices moderados do desenvolvimento. Em dois dos casos apresentados identificou-se agenesia do corpo caloso (dois irmãos). Esta malformação pode aparecer isolada ou associada a outras anomalias do desenvolvimento cerebral. As fibras calosas não cruzam a linha média, mas são condensadas em dois feixes longitudinais. A ausência hipocámpica é habitual e pode ser

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 71-76

parcial ou total. O diagnóstico é feito pela imagiologia. A clínica é muito variável podendo existir em indivíduos perfeitamente "normais" sem qualquer atraso de desenvolvimento (3,5). Em outros casos aparece ligado a atrasos de desenvolvimento, especialmente se associado a outras malformações cerebrais. É rara a existência de casos familiares, como nos nossos casos. É evocada uma hereditariedade autossómica recessiva ou recessiva ligada ao cromossoma X.

No primeiro caso identificou-se uma paquigiria que é originada durante o primeiro semestre de gestação e que consiste numa insuficiência maciça da migração dos neurónios destinados ao neocórtex, o que pode levar a uma ausência parcial de sulcos e circunvoluções. Clinicamente pode existir uma paquigiria com atraso de desenvolvimento psicomotor associado (2,4,5).

## Considerações finais

É hoje um dado inquestionável que a privação ambiental, particularmente se associada à pobreza, coloca as crianças em risco de uma enorme variedade de efeitos adversos no desenvolvimento e no comportamento(6). A razão é desconhecida, pois outras crianças, em ambientes igualmente empobrecidos, têm evoluções completamente distintas.

O diagnóstico de "atraso de desenvolvimento por falta de estímulo", quase sempre evocado como primeira hipótese em qualquer criança claramente sub-estimulada, para além de ser culpabilizante para os prestadores de cuidados, deve sempre ser um diagnóstico de exclusão. De contrário, as crianças que vivem em ambientes de pobreza, passam a contar com um duplo risco: o da exposição aos factores de risco e o próprio risco de serem privadas duma adequada investigação e orientação. O desenvolvimento psicomotor é acima de tudo o produto final da função neuronal (7). Para além do ambiente, muitas são as situações que podem estar na origem duma disfunção do sistema nervoso central, só que "nem tudo o que parece é" e "quem não procura, não encontra"

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 71-76

## BIBLIOGRAFIA

1. Macieira L, Boavida J, Borges L. Atraso de desenvolvimento - 3 casos clínicos. Trabalho apresentado no V Seminário do Desenvolvimento do H.P.; 19-20 de Novembro de 1998, Coimbra.
2. Lyon G, Evrard P. Neuropédiatrie. Paris: Masson, 1987.
3. Murphy C, Boyle C, Schendel D, Decouflé P, Yeargin M. Epidemiology of Mental Retardation in Children – Research Reviews 1998; 4: 6-13.
4. Cambier J, Masson M, Dehen H. Neurologia. Paris: Masson, 1988.
5. Menkes J. Child Neurology. Philadelphia: Lea e Febiger, 1975.



6. Parkers, Greer S, Zuckerman B. Double Jeopardy: the impact of poverty on early child development. *Pediatr. Clin North Am* 1988; 35: 1227-1240.
7. Capute AJ, Accard PJ. Developmental disabilities in infancy and childhood. Baltimore: Paul H Brookes, 1991.

Correspondência: Luísa Macieira  
Hospital Pediátrico  
Avenida Bissaya Barreto  
3000-076 Coimbra

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 71-76

# A CHUPETA

Ana Sofia Morgadinho Carvalho

## RESUMO

Muitos bebés usam chupeta. Uns precisam dela para adormecer, outros consideram-na um "amigo" inseparável. Alguns nunca chegam a utilizá-la.

Pretendemos neste trabalho, e de uma forma sucinta, abordar vários aspectos mais directamente relacionados com um objecto tão familiar da criança e do seu meio envolvente: a chupeta.

**Palavras-chave:** chupeta, objecto transitivo.

## SUMMARY

Most babies use a pacifier. Some of them need it to fall asleep, while others consider it their best "friend". On the other hand, some babies will never use it. In this article we refer several aspects which seem relevant about an object so familiar to the child and his environment as the pacifier.

**Keywords:** pacifier, transitive object.

## Introdução

A chupeta é introduzida durante as primeiras semanas de vida. Sabe-se que o bebé nasce com alguns reflexos sendo um dos mais importantes o reflexo de sucção que se encontra mais desenvolvido entre os dois e os quatro meses, diminuindo a partir daí. É ele que permite ao bebé adquirir as calorias de que necessita para sobreviver mas também parece desempenhar um papel importante como um comportamento de auto-consolo. Poderíamos quase chamar a este último o reflexo de sucção não-nutritivo, não querendo contudo menosprezar a sua importância na vida de um bebé.

## A primeira vez...

Nas Maternidades a chupeta é, por vezes, introduzida precocemente com o objectivo de "aproveitar" a capacidade de sucção do RN que é muito evidente na primeira hora de vida (hora de grande reactividade). Parece, no entanto, que esta medida não é muito adequada — estudos recentes demonstram que o uso da chupeta afecta negativamente a amamentação materna, visto que reduz a intensidade de estimulação do mamilo o que, consecutivamente, leva a uma diminuição da produção de leite.

Mesmo nos bebés que são alimentados com leite de fórmula parece haver uma certa interferência — o uso frequente da chupeta pode criar uma certa desmotivação no bebé visto que a sucção, neste caso, não lhe permite obter calorias.

Alguns pais resolvem introduzir a chupeta quando observam que os seus bebés têm uma tendência "exagerada" para chuchar no dedo. Esta decisão tem algumas vantagens mas também algumas desvantagens. Alguns estudos demonstram que a chupeta exerce menos pressão nos dentes do que o "dedo" causando assim um menor trespasse vertical. Além disso o uso da chupeta pode ser controlado pelos pais que podem decidir quando é que a criança deve deixar de a usar, não acontecendo o mesmo com o "dedo". No entanto, o uso prolongado de qualquer um deles tem a mesma probabilidade de causar problemas dentários. Quanto às desvantagens, a chupeta pode perder-se, o que nunca acontece com o "dedo" e aquela não está de certeza mais limpa do que o "dedo".

Por último, há ainda pais que começam a dar a chupeta aos seus filhos sem nenhuma justificação especial — talvez porque a imagem de um bebé está muitas vezes associada à chupeta, porque acham que é a melhor maneira de o adormecer ou porque pensam que é uma forma de acalmar o bebé quando este está a chorar. Neste último caso é importante que os pais se apercebam que o choro tem inúmeras causas (fome, sono, necessidade de atenção, dor...) e que é a única forma de comunicação que o bebé possui nos primeiros meses de vida. Por isso, não é correcto colocar uma chupeta na boca do bebé sempre que este começa a chorar sem antes tentar perceber o que é que o perturba. Isto é prejudicial pois pode não resolver o problema do bebé e, por outro lado, parece querer dizer-lhe que os seus pais preferem que ele esteja "calado" e sossegado pois o barulho do seu choro é incomodativo.

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 77-81

## A escolha da chupeta

Hoje em dia já não basta dizer "gostaria de comprar uma chupeta por favor". É preciso escolher uma, de entre as muitas que existem no mercado.

As chupetas disponíveis diferem entre si:

- no tamanho — há chupetas mais pequeninas ou maiores dependendo da idade do bebé;
- no material — existem as que são totalmente feitas de borracha, as que têm a teta de borracha mas o disco de plástico rígido e as de silicone;
- no modelo morfológico — existem chupetas em forma de "cereja", em forma de "gota" e as chamadas "anatômicas" cuja forma pretende mimetizar a da mamilo durante a mamada.

Relativamente à terceira característica referida, as opiniões divergem quando se coloca a questão "Qual a melhor?". Há marcas que defendem o modelo anatómico pois afirmam que é o que mais se adapta à boca do bebé não causando deformações no palato e permitindo um correcto posicionamento mandibular, sendo este indispensável para uma boa implantação dentária. Outras defendem o recente modelo "gota", mais fino e achatado visto que ocupa um espaço mínimo na boca do bebé, não interferindo com a sua posição natural.

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 77-81

Embora nos dias de hoje se procure sempre, e cada vez mais, o que é "melhor", convém esclarecer que não é necessário e até talvez não aconselhável, mudar a forma da chupeta a que o bebé está habituado só com o intuito de seguir as "tendências da moda" ditadas pelos fabricantes.

## O consolo de chuchar

Todas as pessoas têm um ritual para adormecer ou para se reconfortar. A maioria dos adultos enrola-se sobre si mesmo num abraço ou adopta a posição fetal numa espécie de regresso ao aconchego materno dos primeiros anos de vida. Para as crianças, esse ritual de "consolo" reside muitas vezes na relação de cumplicidade que se cria entre elas e uma chupeta, um urso de peluche ou uma fralda de pano "velha" mas insubstituível. Esta parece ser a forma encontrada para tentar reconstruir a segurança e o equilíbrio que até uma certa altura lhes são dados exclusivamente pela mãe.

O começo da consciência infantil está, também ele, profundamente associado à presença materna pois, após o nascimento, o bebé confunde-se com a mãe visto que ela é o seu primeiro mundo. Esta união incondicional dá-se até aos seis meses mas a partir daí as crianças começam a distinguir o que lhes é exterior e a explorar o mundo de uma forma mais independente. No entanto, continuam a viver o quotidiano em função de si próprias nos primeiros anos de vida.

Há momentos em que as crianças se sentem cansadas ou assustadas já que parte do mundo continua ainda a ser um mistério. Assim, é normal que tenham saudades da sensação de conforto e segurança que o colo da mãe lhes transmitia e por isso muitas delas elegem a chupeta na tentativa de recriar esse "aconchego" sem terem de renunciar à independência conquistada.

## Os problemas da chupeta

A chupeta é frequentemente veículo de bactérias e outras partículas, principalmente quando é deixada cair no chão e reintroduzida na boca sem qualquer lavagem (como é feito pelas crianças!). Teoricamente isto parecer-nos-ia uma causa de infecções orais ou do tubo gastrointestinal. Felizmente, a realidade não parece ser essa.

Outra das questões muitas vezes colocada é a interferência da chupeta no crescimento dos dentes. Aqui encontram-se opiniões divergentes: alguns consideram que a chupeta pode causar malformações dentárias que justificam a proibição do seu uso precocemente. Outros, porém, defendem que não há provavelmente um efeito a longo prazo se a criança não usar chupeta depois dos cinco anos de idade pois o grande espaço que surge entre os incisivos regride sem tratamento activo. O que é indiscutivelmente prejudicial é revestir a chupeta com substâncias açucaradas podendo isto causar cáries dentárias. É igualmente perigoso revesti-la com mel, não só pelo que foi atrás referido, mas também porque, no primeiro ano de vida, existe o risco acrescido da transmissão do botulismo.

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 77-81

## Deixar de usar chupeta

A relação de dependência que existe entre a criança e a chupeta é por vezes tão intensa, que é motivo de preocupação quando esta alcança alguns anos de idade.

Não há normas pré-estabelecidas e rígidas para que a criança deixe de usar chupeta mas há alguns "conselhos" que podem servir de ajuda:

- os pais devem falar ao seu filho, de uma forma encorajadora, do dia em que ele deixará de usar chupeta "por já ser crescido".
- pode ser benéfico oferecer algum incentivo à criança, como por exemplo, propor trocá-la por outro objecto (ex: um boneco de peluche).
- quando a criança está muito ligada à chupeta, pode tentar-se, primeiro, que deixe de a usar à hora da sesta e a partir daí progredir lentamente.
- remover a chupeta da boca da criança depois dela ter adormecido pois isso contribuirá para a diminuição do seu interesse por ela.
- sempre que a criança esteja cansada ou triste deve ser acarinhada evitando assim que ela procure o "consolo" na chupeta.
- nunca forçar a criança a deixar de usar chupeta através de castigos ou humilhações.

## A chupeta e o futuro

A investigação não pára e, como tal, estudos realizados nesta década nos EUA demonstraram que a chupeta talvez possa ser útil no desenvolvimento do reflexo de sucção e deglutição nos bebés com idade gestacional muito baixa. Como se sabe estes reflexos começam a desenvolver-se pelas 32-34 semanas de gestação e, graças aos avanços da Neonatologia, muitas vezes é possível assegurar a sobrevivência de bebés com menos semanas e que, consequentemente ainda não apresentam este reflexo. Os estudos realizados no Texas, nos quais foi utilizada uma chupeta especial para prematuros, mostraram que este objecto tão simples e tão pouco sofisticado (quando comparado com as altas tecnologias usadas para cuidar destes bebés), parece ser vantajoso para os bebés muito prematuros. Estes, não tendo ainda o reflexo de sucção desenvolvido, têm que ser alimentados por sonda. Pensa-se que a introdução da chupeta nestes casos pode contribuir para uma mais precoce tolerância ao aleitamento materno ou artificial.

Com a rápida evolução do conhecimento humano, é bem possível que durante a realização deste trabalho muito se tenha descoberto sobre as novas potencialidades da chupeta.

**Agradecimento:** ao assistente da cadeira de Pediatria I pelo desafio proposto e por todo o apoio prestado.

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 77-81

## BIBLIOGRAFIA

1. Eugénio A. Revista "Pais & Filhos". 1998, 86: 18-19.
2. Fry D. "Pacifier Use - Pros and Cons.". Internet, Parenthood web comments @ parenthood eb.com.
3. Illingworth R.S. "The Newborn Child".1979, 280-281.
4. Schimtt B.D. "Yours Child Health", 1991. Internet, © family com.
5. Vulliamy's. The Newborn Child".1993, 22-23, 60- 66.
6. Wendler R. "News From the University of Texas". Internet, rewendler.mhsdat @ dat 4.hsc.uth.tmc edv.

### MEDICAMENTOS FALSOS

A polícia de Paris está perseguindo os pharmaceuticos que vendem medicamentos e aguas mine-  
raes falsos. Passam de trinta as pharmacias em que  
se vendiam falsas drogas.

Um dos pharmaceuticos surprehendidos teve o  
cynismo de declarar:

— Com effeito, vendo medicamentos falsos, mas  
nenhum d'elles é prejudicial e são baratissimos. os  
pobres podem curar-se com elles se tiverem fé na  
receita.

(RESPEITADA A REDACÇÃO DA ÉPOCA)

In *Soberania do Povo* (Águeda), 16 de Outubro de 1898

saúde  
infantil

1999; 21/1: 82

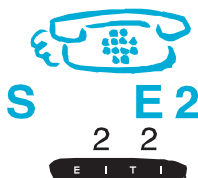
### *Brasileiros em Risco devido a Medicamentos Falsos*

«Cinco por cento dos medicamentos vendidos no Brasil são falsificados, o que  
representa, pelo menos, 500 milhões de dólares», declarou José Serra, ministro  
brasileiro da Saúde.

Foram já descobertos e encerrados vários laboratórios clandestinos que se dedi-  
cavam à produção de medicamentos falsos. O mesmo aconteceu com algumas far-  
mácias que vendiam medicamentos adulterados ou simplesmente sem substância  
activa. Os principais alvos dos falsificadores são os antibióticos, os contraceptivos  
e os produtos contra o cancro.

In *Médicos fora d'horas*, nº 2, Outubro de 1998

# O p i n i ã o



## Dói dói? Trrrim trrim!

Desde meados de Fevereiro que os pais das cidades de Lisboa, Almada e Coimbra podem recorrer a um numero telefónico e pôr questões sobre a saúde dos filhos. O centro de atendimento telefónico é constituído por um núcleo de enfermeiras que utilizam um algoritmo de decisão. Com esta mediação eles respondem às interrogações dos pais e fazem um aconselhamento. Propõem cuidados no domicílio, a marcação de uma consulta, ou nos casos de doença aguda em que uma observação urgente parece aconselhada, orientam para o médico assistente o Centro de Saúde da residência ou o Hospital local, de acordo com a gravidade estimada. Quando tal acontece, o C.S. ou o Hospital são notificados por um fax que precede a criança/adolescente.

Este sistema de orientação foi "comprado" pelo Ministério da Saúde a uma empresa seguradora depois de um parecer da Comissão Nacional da Saúde da Mulher e da Criança. O Prof. Mário Cordeiro e o Prof. Coelho Rosa foram os grandes entusiastas e a persistência do segundo foi determinante para a sua entrada em funcionamento.

O sistema tem óbvias vantagens:

1. Disponibiliza informação credível, adequada, controlável e fá-lo através de uma voz treinada para ser próxima, apoiante, carinhosa.
2. O acesso é fácil, rápido e de custos imediatos reduzidos (chamada local).
3. Pode reduzir o número de consultas e o afluxo injustificado de crianças e adolescentes aos serviços de urgência hospitalares. Um estudo realizado sobre o impacto da utilização de uma linha telefónica de triagem nos USA mostrou uma redução de 32% para 3% no recurso ao serviço de urgência hospitalar.
4. Visibilisa o funcionamento do sistema de saúde: que serviços estão disponíveis e a que horas, qual o limite etário que praticam, que organização possuem para o atendimento da doença aguda?
5. A triagem que realiza é pedagógica: a maioria dos portugueses desconhece ou tem uma ideia imprecisa do modo de funcionamento dos serviços de saúde, dos níveis de cuidados, das competências dos médicos de família e das funções dos Centros de Saúde, do papel do serviço hospitalar, da distinção entre doença aguda, urgência e emergência.



6. Possibilita acções que fortaleçam a *interface* Centros de Saúde/serviços hospitalares (cursos de formação e actualização, revisões conjuntas, protocolos de comunicação, de articulação e actuação).
7. Dado ser monitorizado, permite uma visão instantânea da urgência - pedra de toque da saúde dos portugueses. A adesão ao serviço, a sua utilidade do ponto de vista dos utentes, profissionais e instituições, a eficácia no redireccionamento dos doentes, a eficiência dos algoritmos e o nível do serviço são objecto de meticuloso escrutínio.
8. Pode salvar vidas ao referenciar doentes cujos sinais e sintomas tinham sido desvalorizados pelas famílias. A ligação ao Centro de Intoxicações e ao INEM está assegurada.
9. Num futuro próximo, os que têm defendido a introdução de uma moderação para a utilização inadequada dos serviços públicos de saúde sentir-se-ão reforçados.

Neste número duas das vozes mais influentes da "s.i." e, neste caso, com visões contrastadas, dão a sua opinião.

L.J.

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 83-87

## A quimera das urgências solucionadas\*

Para tentar atenuar a afluência descontrolada de doentes e utentes aos Serviços de Urgência hospitalares, a Comissão Nacional da Saúde da Mulher e da Criança propôs a instalação de uma central de orientação de doentes que permita ao público um fácil acesso telefónico a informações sobre o que fazer perante uma doença súbita ou mal-estar inesperado.

Discordo de tal medida.

O núcleo do SNS português é o Centro de Saúde (CS); tudo o que interfira com a ligação directa entre o utente, doente ou cliente e o seu CS, compromete a eficiência do SNS.

É o caso da Central de Orientação. Sempre que julgar necessitar inesperadamente de cuidados de saúde, o doente, utente ou cliente do SNS, é convidado a procurar informação adequada não no seu CS mas numa anónima central telefónica de informações.

Responder-lhe-ão enfermeiras treinadas em tele-orientação algoritmo-dicotómico (febre/sem febre; tosse/não tosse...), que os informarão de qual o Centro de Saúde onde poderão ter consulta imediata, se a situação o justificar, ou tentarão convencê-los de que a falta de apetite não exige consulta urgente.

Essa Central Telefónica terá de conhecer cada um dos mais de trezentos CS e suas extensões, com os bairros e aldeias servidos por cada um, bem como os respectivos horários (de segunda a sexta e nos fins-de-semana em que estiverem abertos). Será exequível?

Em contraste com a tentativa de descentralizar o poder e a responsabilidade, de forma a adequar as decisões às necessidades específicas das populações, propõe-se uma solução classicamente centralizadora.

\* solucionadas — uma mistura de solução e de soluço.

Em vez de se promover o diálogo directo entre a população e o seu CS (o primeiro escalão na rede do SNS), sem o que todo o edifício ruirá, intercala-se um intermediário invisível, onnipotente, aureolado pela tecnologia, oráculo semi-sagrado, cujas orientações tenderão a prevalecer sobre as dos CS em caso de desacordo. O sotaque de cada região será mais um elemento de perturbação da comunicação do emissor e do receptor.

A vantagem duma vigilância nacional sobre o cumprimento dos horários e das normas de atendimento pelos CS não compensa os graves inconvenientes de curto-circuitar os actuais órgãos dirigentes locais e regionais. Mais um olho do "big brother"? Não, obrigado.

O SNS tem regras intrínsecas que há que cumprir e fazer cumprir.

- Enquanto as instituições do SNS (CS e hospitais) e cada um dos médicos que ali trabalham, não forem recompensados pelos seus resultados, nada se modificará. Que ganho eu ou o meu Serviço em fazer mais ou melhor? Que arrisco eu se fizer apenas o necessário para evitar um processo disciplinar?

O SNS tem regras intrínsecas que há que cumprir e fazer cumprir.

- Enquanto aos doentes, utentes ou clientes do SNS, for permitido recorrer directamente ao escalão do SNS da sua escolha, curto-circuitando toda a estrutura organizativa, nada se modificará. Permite-se que um cidadão que se sinta injustamente tratado se dirija directamente ao Supremo Tribunal? E à Direcção Geral do Ministério? Nem ao gabinete do secretário da Câmara...

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 83-87

Todas as medidas que não bulam nesta situação, que todos conhecem mas parece não terem coragem de corrigir, são meros panos quentes; ao menos estes ainda aliviavam um pouco o sofrimento do doente.

Temo que as medidas anunciadas mais não façam que permitir uma saída airosa, com cobertura técnica, aos que hesitam tomar atitudes difíceis, mas indispensáveis.

Quando está em risco a sobrevivência do sistema hospitalar e do SNS português, não se justificam placebos.

PS.: A Ministra da Saúde, concordou com a CNSMC e a Central foi baptizada com o carinhoso nome de "dói, dói? trim-trim"...

A enxurrada quase inunda os passeios da ladeira; as sarjetas entupidas desde há anos, não dão vazão à chuva intensa. As estreitas ruas transversais estão atravancadas de normas e inércia, pelo que não ajudam a escoar o turbilhão que se concentra no beco onde a rua termina.

Para remediar a situação, vai-se instalar um semáforo só com verde e amarelo intermitente.

O sabor é amargo e contínuo.

**H. Carmona da Mota**

## Urgências hospitalares pediátricas: uma linha azul num fundo negro

A péssima situação (paroxisticamente caótica) dos Serviços de Urgência hospitalares de Pediatria — fala-se mais na comunicação social dos Hospitais Centrais mas a realidade estende-se aos Hospitais Distritais — tem tendência a manter-se ou a agravar-se. Quer pelo crescente consumo de cuidados "urgentes", quer pelo reduzido número de profissionais que, anualmente, ingressam na especialidade de Pediatria (e que não compensam os que vão abandonando, por idade, a prestação física nas urgências) quer ainda pelas necessidades decorrentes da abertura de novos Hospitais.

Este é um problema de âmbito nacional.

As propostas que os sucessivos Ministros da Saúde encomendaram para minorar ou solucionar este problema — da Comissão Nacional da Mulher e da Criança (C.N.M.C.), presidida pelo Prof. Torrado da Silva e da Comissão Nacional sobre Urgências, presidida pelo Dr. Baptista Pereira e para a qual também contribuiu a C.N.M.C. — ficaram nas gavetas do Ministério.

Optou-se aparentemente por apoios a "projectos-piloto", de que é paradigmático exemplo o "Alfa", que permitem sempre ao Ministério afirmar que o assunto não está esquecido mas que, por falta de avaliação independente, em tempo útil e convenientemente divulgada, se arrastam da pior maneira: sem nada se saber sobre dois "chavões" do Ministério: eficácia e eficiência.

Por outro lado este "projecto-piloto", que foi inicialmente proposto na área de Lisboa, em nada modificou a situação nacional no atendimento de situações agudas relativamente benignas. Aguarda-se sempre a sua avaliação antes de eventualmente alargar a respectiva área de implantação... os anos passam... e o resto do país vai aguentando.

Neste contexto de indefinição governamental referente à problemática das Urgências, surge na renovada sub-Comissão Nacional da Saúde da Criança e Adolescentes (C.N.S.C.A.), um outro projecto "piloto" — o "Projecto de Orientação de Doentes" ou "Saúde 24" — que abrange o grupo etário pediátrico, em situações de doença aguda.

O meu amigo Prof. Coelho Rosa foi o grande animador deste projecto que iniciou as suas actividades em meados de Fevereiro de 1999, em Lisboa, Almada e Coimbra (cidade).

Reconheço que, face ao panorama actual, se trata de um serviço complementar que poderá (na versão da experiência americana original e de uma inglesa, posterior) trazer algum benefício na orientação dos casos que contactarem a central telefónica de orientação. Mas só a rigorosa monitorização futura, que felizmente parece estar garantida, permitirá tirar conclusões sobre o real impacto desta nova abordagem, num meio cultural e assistencial completamente diferente daquele em que este serviço foi originalmente posto em prática.

Entendi (e entendeu também a Direcção Clínica do Hospital Pediátrico de Coimbra) que não nos devíamos alhear de uma experiência que, entre outros pressupostos, permitiria um complemento formativo para os intervenientes no processo, na área dos Centros de Saúde.

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 83-87

No caso particular da cidade de Coimbra – servida por 6 Centros de Saúde e onde nunca houve S.A.P. ou qualquer outro sistema de atendimento significativo de situações agudas pediátricas – este projecto tem a virtude de contribuir para um re-arranjo assistencial nesses Centros, que permita uma maior disponibilidade de atendimento daquelas situações, para já das 08 às 20 h, nos dias úteis.

Neste contexto assumi a responsabilidade local (H. Pediátrico) pelo projecto.

Mas não quero deixar de manifestar publicamente a minha preocupação pelo facto de constatar que o acento tónico posto neste projecto (que, não o esqueçamos, é um projecto complementar) está a conduzir a uma secundarização da implementação de soluções nacionais para o problema de fundo das urgências pediátricas. Estas medidas, estruturais, são cada vez mais imperiosas e a C.N.S.C.A. não pode deixar de ter em conta os autênticos dramas que muitos pediatras vivem regularmente nos S. Urgência hospitalares, fora das zonas abrangidas por este projecto: Almada, Lisboa e Coimbra.

Luís Lemos

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 83-87

## O ESTILO DE COMUNICAÇÃO DENTRO DA FAMÍLIA

O pai veio aflito, assustado e fora de si.

Muito sangue. “Ela deitou muito sangue da boca”. Via-se a roupinha com a gola branca bem manchada.

Tinha caído, choro imediato, sem perda de consciência, sem hematomas subgálicos, e agora estava com uma excelente boa disposição e olhava-nos desconfiada.

— Agora não tem dentes. Ela tinha os dois dentes de cima tão crescidos como os que tem em baixo.

— Tinha?

Via-lhe a gengiva desdentada própria de um bebé de 9 meses como tantos outros a quem ainda não nasceram os dentes. O frênulo do lábio superior lacerado, daí o sangue. Mas vestígios dos ditos dentes...

— Aflito, falava alto, agitava-se de um lado para o outro da sala de triagem.

— Eu vou telefonar para procurarem os dentes em casa.

Ausentou-se e foi telefonar ao carro onde tinha o telemóvel. eu estava quase a ser convencida. Teriam com a pancada ficado inclusos de novo?

Não havia sinal disso. Bom, nada a fazer. Fariam nova erupção qualquer dia e pronto, era esperar.

Quando voltou, não! Afinal nunca tivera dentes: tinham-lhe dito pelo telefone...

Henriqueta Vieira

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 88

## Um caso inesquecível



**N**uma longa manhã de catarros e diarreias, a chamada seguinte faz entrar na sala de triagem uma mãe com um lactente gorducho e sorridente, ao colo. É enfermeira num centro de saúde próximo e «tirou o dia» para esclarecer a situação. Está um pouco defensiva e começa por declarar que compreende que «o seu filho seja sôfrego», «está constipado» e que «sim, tem o nariz muito achatado» (como um boxer, de facto...) mas não pode continuar a apaziguar-se com essas razões! ...Nessa altura toda a sala fixa já os dois. Finalmente conta-nos: desde há quase uma semana que o bebé, de 8 meses, se engasga «constantemente» a tomar o biberão. «Não, nunca tinha acontecido antes», «Não, não houve nada de estranho a anteceder esta semana», «Não, não acontecia tanto com os alimentos dados à colher», «Não, não tinha perdido o apetite... não parecia ter dores... nem sialorreia... ou febre... ou mais nada... nem mudou de tetina» ... e ... «Sim, estava óptimo no intervalo das refeições», acrescenta, ofegante. O gorducho agita-se alegremente marcando as palavras da mãe — esta parece embaraçada, as pessoas que tinham entrado durante a história foram ficando e havia alguns olhares de estranheza, ela bem notava.

Mas, estava precisamente na hora do biberão, nada como uma demonstração para ajudar a esclarecer o quadro. É trazido um biberão à mãe, todos se aproximam e suspendem a respiração. O gorducho fica «louco», estende as duas mãos, mergulha a tetina na boca e ... NADA! ... Não aconteceu nada! ...

Um suspiro resignado percorre a sala, a história era esquisita mesmo... agora a mãe está decididamente embaraçada, quase vexada, nós bem notamos — uma onda de desconforto percorre os mais próximos, desviam-se olhares, todos ficam inesperadamente ocupados. A mãe retira o biberão, olha-o incrédula e abana lentamente a cabeça:

— Filho, por favor não me faças isso... sopra baixinho, entre lágrimas.

Como respondendo à súplica materna, o gorducho torna a lançar-se no biberão... desta vez desata a tossir violentamente, retira-o por breves segundos, arqueja e torna a mamar para voltar a tossir, repetindo toda a cena... cabeça projectada para diante, olhos arregalados e boca escancarada, ruborizado escuro... e aquele som! ... o evitamento transforma-se em surpresa e susto — todos se voltam e alguém lhe arranca o biberão desencadeando um choro ofendido no bebé que não tinha desistido.

A mãe é a mais calma... quase aliviada agora, tem a tolerância de quem viu várias vezes.

A sala recupera a compostura.

Tenho de ir ver isto! — exclama o colega da ORL interrompendo a actividade do gorducho, já conformado, que atacava com afinco uma série de papéis na secretária. Ninguém notara a sua entrada, é verdade, foi chamado para «o do milho no nariz», tinha chegado mesmo a tempo de assistir ao aparato. Saem os três e não se falava noutra coisa, alvitrandose hipóteses e planeando a sua investigação. Que teria o miúdo?

Cerca de 15 minutos depois, voltam. A mãe radiante, distribui cumprimentos. Todos os olhares confluem num ORL estupefacto:

— Já lhes tirei de tudo... mas isto!? — ergue a mão e, num gesto dramático, suspende um longo fio de lã vermelha, peludo e babado... silêncio... risos e uma quase ovação, seguida de uma explosão de perguntas. A mãe confirma que a avó está a tricotar uma camisola angorá, mas não imagina como pode ter acontecido sem se dar conta.

— Ele está numa fase terrível, agarra tudo para a boca! anuncia erguendo os ombros. Anuímos revendo as folhas amassadas da secretária.

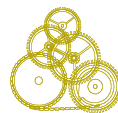
Depois de muitas recomendações ficamos a vê-los afastarem-se... hoje correu bem, a Urgência!!

*saúde  
infantil*

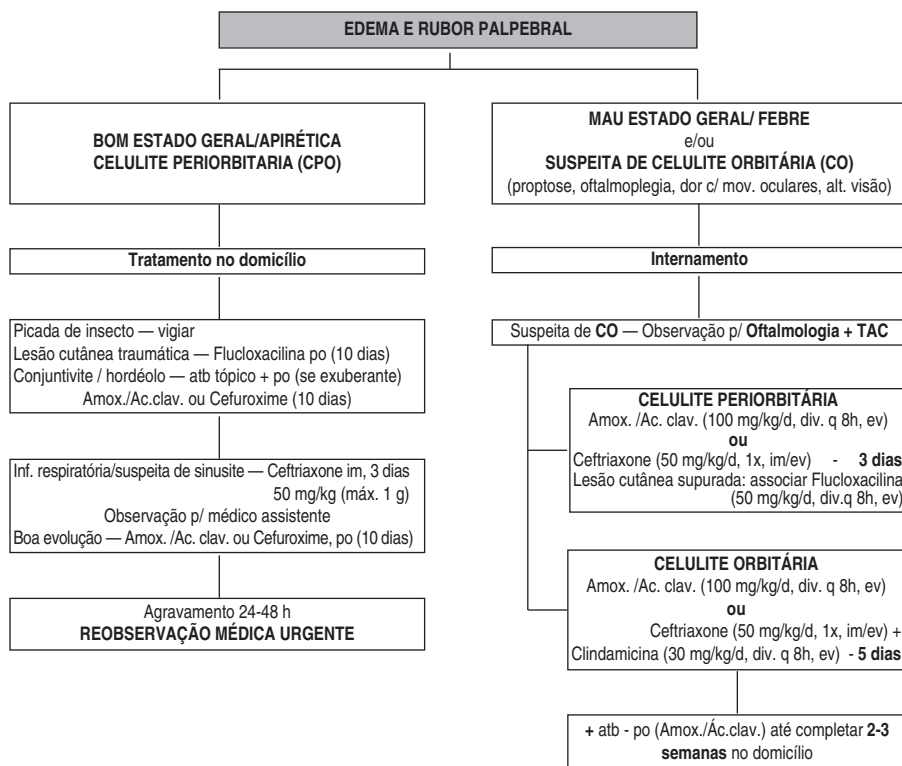
1999; 21/1: 89-90

Nota: o fio de lã contornava a epiglote com as duas pontas "entrançadas" no interior do esófago. A administração por biberão estabeleceria uma corrente cujo fluxo mobilizava o fio, provocando o engasgamento. Aparentemente o volume oferecido por colher não seria tão eficaz a desencadear este reflexo.

Susana Nogueira



## CELULITE DA REGIÃO ORBITÁRIA NA CRIANÇA PROTOCOLO DE ABORDAGEM



Adenda ao artigo *Celulite da Região Orbitária*, SI, 1998; 20/3: 33-41.



### **Os portugueses estão hipocondríacos?**

No inquérito nacional de saúde (1995) verificou-se que apenas 30% dos portugueses (>14 anos) declararam considerar o seu estado de saúde bem como bom ou muito bom; 41% consideraram-no razoável.

Quase metade (41%) das famílias portuguesas tem um animal em casa — cão - 19%; pássaro - 12% e gato - 10%.

Uma em oito (13%) mulheres em idade fértil fumam contra 39% dos homens da mesma idade (15 a 45A); em 8 anos, a percentagem de mulheres fumadoras subiu 3% enquanto que a dos homens baixou 3%.

# Revisões Bibliográficas



## **Terapêutica da enurese noturna primária: tenhamos também em conta o desejo da criança!**

Tradicionalmente, nesta situação, os médicos adoptam uma atitude contemporizadora do ponto de vista terapêutico, com base na noção de auto-limitação do quadro clínico.

A enurese é ressentida pelas crianças como uma situação traumatizante e que pode pôr em causa a sua auto-estima, numa idade em que o equilíbrio psicológico é importante.

O tratamento deve ser iniciado quando a criança manifesta o desejo de dormir seca.

No artigo aborda-se a utilização racional das medidas possíveis: alarmes, DDAVP e oxibutirina.

Hjalmas K . Pathophysiology and impact of nocturnal enuresis. *Acta Paediatr* 1997; 86:919-22.

---

## **Crianças asmáticas sob terapêutica inalatória com glucocorticóides: atenção aos impactos no crescimento.**

Neste estudo finlandês foi estudado o crescimento pré-pubertário de crianças asmáticas, antes e até 5 anos depois do início da terapêutica inalatória com beclometasona ou budesonide, por comparação com crianças saudáveis.

As crianças asmáticas cresceram como as saudáveis, antes da introdução dos glucocorticóides inalados.

O atraso de crescimento, que não foi dependente da dose, foi observado precocemente após o início da terapêutica e foi mais profundo no primeiro ano de tratamento.

Saha MT, Laippala P, Lenko HL. Growth of asthmatic children is slower during than before treatment with inhaled glucocorticoids. *Acta Paediatr* 1997;86:138-42.

---

## **É preciso reduzir a utilização inapropriada de antibióticos, no ambulatório! Expliquem isso aos pais!**

Pois é!

Eis um artigo estimulante sobre o tema.

Assistimos a importantes modificações da susceptibilidade de alguns germes do ambulatório aos antibióticos e, ao mesmo tempo, ao abuso da utilização destes fármacos.

Nesta revisão abordam-se: 1) a amplitude da utilização inapropriada de antibióticos por via oral; 2) as indicações diagnósticas para a respectiva utilização e 3) a necessidade de esclarecer os pais (e jovens) sobre a necessidade (ou não) da prescrição de antibióticos.

Lembram os autores que não basta fazer a educação médica nesta área. Sem a modificação de atitudes dos familiares continuará a pressão irracional para a prescrição e ...o saltitar de médico até que apareça um que se preste a receitar o almejado e quantas vezes injustificado antibiótico...

A educação dos familiares e jovens também é da responsabilidade dos médicos que trabalham predominantemente no sector ambulatorio.

**Bauchner H, Philipp B. Reducing inappropriate oral antibiotic use: a prescription for change. *Pediatrics* 1998;102:142-5.**

---

**In western Europe, many cases of TB occur in individuals and families who are: impoverished**

from ethnic minorities  
recently arrived in their country of residence  
have a poor understanding of the local language...

*saúde  
infantil*

1999;21/1: 93-94

... although vaccines and chemotherapy are the currency of doctors, who therefore feel it is legitimate to plan and discuss their use, it is not these tools but poverty which has dictated and continues to dictate the incidence of TB throughout recent history. TB peaked with the horrors of urban poverty and industrialisation in western Europe in the 19th century and started to fall as living standards rose, rising again in times of warfare and attendant social strife. Today, geographical and temporal differences in global incidence rate principally reflect poverty, while use of anti-TB drugs or of BCG are secondary factors. Although doctors and scientists have a part to play in the saga, the centre stage for the moment is occupied by politicians.

**Adam Finn, BCG and tuberculosis (Commentary). *Arch Dis Child* 1999; 80: 80-8.**

---

**Os Reis, magos mas não perdulários, traziam também cloreto de etilo para obsequiar o Menino. O FRIO é tão eficaz como o EMLA.**

Compararam a eficácia de dois processos para atenuar a dor da injeção da vacina em crianças de 4 a 6 anos: anestésico local (EMLA — 2,5% lidocaína, 2,5% prilocaína) 2 700\$ por criança e um jacto (*spray*) refrigerante (fluori-methane) 90\$00 por criança.

O frio foi tão eficaz quanto o EMLA, com um efeito mais rápido e muito mais barato.

**Reis EC, Holubkov R Vapocoolant spray is equally effective as EMLA cream in reducing immunization pain in school - aged children. *Pediatrics* 1997; 100: e5.**



## A criança e o adolescente com problemas de atenção e hiperactividade

6 e 7 de Maio de 1999

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

**Organização:** Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC) — Hospital Pediátrico de Coimbra

Serviço de Avaliação Psicológica e Reabilitação e

Centro de Psicopedagogia — Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação — Universidade de Coimbra

**Comissão Científica:** Dr. Luís Borges (CDC-HP)

Prof. Dr. Castro Fonseca (Fac. Psicologia UC)

Dr. Boavida Fernandes (CDC-HP)

Prof. Dr. Mário Simões (Fac. Psicologia UC)

Dr<sup>a</sup> Helena Porfírio (CDC-HP)

**Secretariado:** ASIC — Hospital Pediátrico

Av. Bissaya Barreto — 3000-076 Coimbra Tel. (039) 480 335 Fax (039) 484 464

**Inscrição:** 10.000\$ (sócios da ASIC, estudantes e pais - 8.000\$)

### Quinta-feira, 6

09h 00 — Sessão de abertura — Luís Borges

09h 30 — Problemas de atenção e hiperactividade:  
questões e perspectivas actuais  
Castro Fonseca

10h 00 — Défice de atenção e hiperactividade  
(ADHD). O diagnóstico e a avaliação  
médica — Boavida Fernandes, Helena Porfírio

10h 30 — A genética do ADHD — James L. Kennedy

11h 30 — Biologia molecular do ADHD  
James Swanson

12h 00 — As dificuldades de aprendizagem e outros  
problemas associados à hiperactividade/défice de atenção — Luís Borges

14h 30 — A avaliação neuropsicológica da criança  
hiperactiva — Joe Sergeant

15h 15 — Instrumentos de avaliação psicológica no  
estudo da hiperactividade — Mário Simões

15h 45 — Problemas emocionais na criança — sua  
relação com problemas da atenção  
James L. Kennedy

### Sexta-feira, 7

09h 30 — Intervenção na família — Ana Miranda

10h 15 — Intervenção na escola — James Swanson

10h 45 — Intervenção na sala de aula — Ana Miranda

11h 45 — Recomendações europeias para a abordagem do ADHD — Joe Sergeant

14h 30 — Resultados de um estudo de tratamento envolvendo 600 crianças — James Swanson

15h 15 — Novos fármacos na terapêutica do défice de atenção e hiperactividade  
James Swanson

16h 00 — O futuro da criança e adolescente hiperactivos — Castro Fonseca

16h 30 — Pannel com palestrantes — discussão.

## XVI Curso de Pediatria Ambulatória

18 e 19 de Junho de 1999

**Local:** Auditório da Reitoria da Universidade de Coimbra  
**Direcção:** Dr. Nicolau da Fonseca, Dr. Luís Lemos  
**Secretariado:** ASIC — Hospital Pediátrico  
 Av. Bissaya Barreto — 3000-076 Coimbra Tel. (039) 480 335 Fax (039) 484 464  
**Inscrição:** 7.000\$ (sócios da ASIC - 5.600\$) **Nota** - Almoço de trabalho do dia 18 incluído nas inscrições até 4 de Junho

### Sexta-feira, 18

09h 00 — Abertura  
 09h 30 — Cefaleias  
 10h 15 — Assistência de saúde ao recém-nascido  
 11h 30 — Fórmulas lácteas: AR<sub>1</sub>, HA<sub>2</sub> — Uma equação com várias incógnitas  
 12h 15 — Experiência de promoção da saúde com crianças e adolescentes  
 14h 30 — Piodermites  
 15h 15 — As fobias na infância  
 16h 15 — Casos clínicos — Consulta externa de Medicina (HPC)

### Sábado, 19

09h 30 — Rinite alérgica  
 10h 15 — Descentralização da Pediatria Ambulatória  
 11h 30 — Plano Nacional de Vacinações — perspectivas  
 12h 15 — Terapêuticas antibióticas curtas  
 13h 00 — Encerramento do curso

*saúde  
infantil*

1999; 21/1: 95-96

### Palestrantes:

- Dr. Nicolau da Fonseca (HP)
- Enfª Teresa Mª Campos Silva (Maternidade Dr. Daniel de Matos)
- Prof. Carmona da Mota (FMC, HP)
- Dr. Carlos Ferreira e Enfª Pedro Miguel Silva (Centro Saúde de Gouveia)
- Drª Ana Moreno (HUC)
- Drª Beatriz Pena (HP)
- Dr. José António Pinheiro (HP)
- Drª Mª João Lomelino (H.D. Anadia)
- Drª Graça Rocha (HP)
- Dr. Luís Lemos (HP)