

saúde infantil

A B R I L 2 0 0 0

A Secção de Pediatria Ambulatória da SPP

A criança com atraso da linguagem

Alterações cutâneas nos primeiros dias de vida

Brucelose, um problema de saúde pública

Recém-nascido filho de mãe AgHBs+

Atitudes e conhecimentos dos adolescentes
escolarizados face ao aleitamento materno

As repercussões da doença oncológica na
vida do adolescente

Hábitos do sono

Tuberculose

Textos de apoios — Opinião

Um caso inesquecível — Fichas clínicas

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: 239 48 44 64 **Tel.** 239 48 03 35
E-mail: asic.hp@mail.telepac.pt

Assinaturas 2000

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

Tiragem: 1100 exemplares

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

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

Depósito Legal nº 242/82



Impresso em papel reciclado

agora na net:
<http://www.chc.min-saude.pt/hp/index.htm>

HOSPITAL PEDIÁTRICO DE COIMBRA

**neste
número**

*saúde
infantil*

Nº 22/1 — ABRIL — 2000

EDITORIAL

A SECÇÃO DE PEDIATRIA AMBULATORIA (SPA) DA SOCIEDADE
PORTUGUESA DE PEDIATRIA (SPP) 3
Manuel Salgado

A CRIANÇA COM ATRASO DA LINGUAGEM* 5
Susana Nogueira, Boavida Fernandes, Helena Porfírio, Luís Borges

*TEXTO PARA PAIS — SUPLEMENTO

ALTERAÇÕES CUTANEAS NOS PRIMEIROS DIAS DE VIDA 17
Estudo transversal em 414 recém-nascidos
Helena Melo, Ana Luísa Teixeira

BRUCELOSE, UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA 27
Judite Marques, José Luís Clemente, Paulo Ferreira,
Manuela Ferreira Isabel Silva, Irene Ferreira

RECÉM-NASCIDO FILHO DE MÃE AgHBs POSITIVO 33
Carla Veiga, bilhota Xavier

ATITUDES E CONHECIMENTOS DOS ADOLESCENTES
ESCOLARIZADOS FACE AO ALEITAMENTO MATERNO 41
Vitor Bastos, Alberto Rocha

AS REPERCUSSÕES DA DOENÇA ONCOLÓGICA NA VIDA DO
ADOLESCENTE 53
Paula Fonseca, Tereza Oliva, Nilza Ferreira, B.P:Sodré Borges

HÁBITOS DO SONO 61
Teresa Borges, Margarida Azevedo, Paula Fonseca, Paula Torres,
Fernanda Manuela Costa

TUBERCULOSE INFANTIL — Revisão Casuística 69
Fátima Santos, Paulo Guimarães, Margarida Guedes

TEXTOS DE APOIO DA CONSULTA DE PEDIATRIA GERAL

O TÍTULO DE ANTI-ESTREPTOLISINA 77

OPINIÃO

O PAI E A NOVA LEGISLAÇÃO DA PATERNIDADE 81
Luís Januário

UM CASO INESQUECÍVEL

SR. DR. CANALIZADOR, POR FAVOR AJUDE-NOS... 87
“INTOXICAÇÃO”... DOCE..... 89

FICHAS CLÍNICAS

DENTE NATAL 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 — 3000-076 COIMBRA. Os trabalhos propostos serão submetidos à Redacção da Revista, que poderá aceitá-los, solicitar correções ou rejeitá-los.
 4. Os direitos de autor serão transferidos através da seguinte declaração escrita que deve acompanhar o manuscrito e ser assinada por todos os autores: «Os autores abaixo assinados transferem os direitos de autor do manuscrito (título do artigo) para a Revista Saúde Infantil, na eventualidade deste ser publicado. Os abaixo assinados garantem que o artigo é original e não foi previamente publicado.» Situações excepcionais de textos não originais poderão ser apreciadas.
 5. Serão oferecidas 10 separatas ao primeiro autor de cada artigo, **desde que previamente solicitadas**.
 6. Preparação dos originais:
 - A. A revista agradece que, sempre que possível, os trabalhos sejam executados em computador. (Por questões de compatibilidade recomenda-se, no caso do PC, o uso do programa Word for Windows ou qualquer outro processador de texto que permita a gravação do documento com extensão MCW — Word for Mac e, no caso do Macintosh, o uso do Word em qualquer das suas versões. De notar contudo que o Word 6 é já inteiramente compatível com os dois sistemas operativos, pelo que a sua utilização é recomendada). Neste caso solicitamos aos autores o envio da disquete, que lhes será devolvida logo que o texto seja transcrito.
 - B. Caso os artigos sejam dactilografados, pede-se que os sejam a duas entrelinhas com pelo menos 2,5 cm de margem. A página de título, os resumos em português e em inglês, os nomes dos autores e as instituições onde trabalham devem ser dactilografados em páginas separadas.
 - C. O número de autores deve ser restrito aos que verdadeiramente participaram na concepção, execução e escrita do manuscrito.
 - D. Página do título: deve conter o título do artigo (conciso e informativo), os apelidos e nomes dos autores e respectivo grau profissional ou académico, o nome da instituição donde provém o trabalho, o nome e morada do autor responsável pela correspondência acerca do manuscrito, o nome da entidade que eventualmente subsidiou o trabalho.
 - E. Resumos: não devem exceder 150 palavras. Incluem: objectivos do trabalho, observações fundamentais, resultados mais importantes (sempre que possível com significado estatístico) e principais conclusões. Realçar aspectos originais relevantes. Indicar as palavras-chave do artigo (até cinco palavras).
 - F. Texto: os artigos devem ser divididos em 4 secções:
 - a) Introdução (definição dos objectivos do trabalho).
 - b) Métodos (critérios de selecção dos casos, identificação das técnicas utilizadas, sempre que possível com referência bibliográfica).
 - c) Resultados (apresentados na sequência lógica do texto, das figuras e dos quadros).
 - d) Discussão e conclusões (implicações e limitações dos resultados, sua importância). As conclusões devem estar relacionadas com os objectivos enunciados inicialmente. Não usar ilustrações 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.
- H. Quadros e ilustrações:
- Não utilizar o programa de processamento de texto para criar quadros. Os dados dos quadros devem ser apresentados sem linhas ou sublinhados e as colunas devem ser separadas unicamente por uma tabulação e nunca por espaços. As instruções específicas para a preparação de cada quadro devem ser fornecidas separadamente em suporte de papel.
 - A referência a cada quadro/gráfico/figura deve ser incluída sequencialmente no texto e indicado claramente — através da colocação da respectiva legenda, separada do texto por um parágrafo — o local da sua inserção.
 - Os gráficos devem ser apresentados em ficheiro separado, capaz de ser decodificado através do Excel e acompanhados do respectivo suporte de papel.
 - Sempre que não for possível entregar o trabalho em disquete mas apenas em suporte de papel, o mesmo deverá estar limpo e preciso, de modo a possibilitar a sua ulterior digitação electrónica.
 - As radiografias devem ser fotografadas pelo autor. As dimensões destas fotografias devem ser de 9 por 12 cm. As figuras podem ser: fotografia, desenho de boa qualidade, de computador ou profissional.



A SECÇÃO DE PEDIATRIA AMBULATORIA (SPA) DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA (SPP)

É um lugar comum dizer-se que a prática da Pediatria é essencialmente uma "actividade realizada em ambulatório". Mas em geral esta expressão é apenas de retórica.

Apesar de nos últimos anos se ter investido mais na formação da Pediatria Ambulatória, em Portugal a formação pediátrica continua a ser essencialmente hospitalar. Ao futuro pediatra é inculcido o interesse e a necessidade de se ocupar, durante os anos do seu internato, com os casos menos vulgares. A absorvente ocupação que estas situações mais raras e mais difíceis proporcionam (para depois serem apresentados em reuniões científicas e, se possível, publicados) não deixa tempo para que se estude o banal, nem para se adoptar uma atitude crítica em relação à actividade do dia-a-dia. Daí que, num inquérito recente feito a internos de Pediatria portugueses, a maioria tenha referido terem adquirido uma deficiente preparação em Ambulatório não urgente.

Depois, quando se observam crianças numa consulta, perante casos muito comuns, são tantas vezes adoptados os mesmo raciocínios próprios duma actividade duma enfermaria, com evocação dos mesmos diagnósticos diferenciais e a adopção duma investigação logo exaustiva (no internamento é necessário investigar "tudo" rapidamente para se preparar também a alta). Exactamente ao invés das atitudes mais temperadas, próprias do Ambulatório, com investigação mais faseada ou mesmo dispensada.

Ao contrário de alguns países da Europa, onde a Pediatria Ambulatória (PA) tem uma actividade bem estruturada e com uma formação (provavelmente) adequada, em Portugal, a PA ainda é o parente pobre da Pediatria. A aprendizagem da puericultura e dos "problemas menores" mas extraordinariamente mais frequentes, é feita quase sempre após a graduação, numa actividade em regra já não tutelada.

Por outro lado, uma parcela muito significativa das consultas pediátricas é feita em consultas privadas. As experiências de cada um de nós, obtidas nesta actividade não-oficial, não têm tido espaço nem local para serem partilhadas.

A necessidade da diferenciação esteve na origem da criação das diversas Secções da SPP. Na sua maioria, também estas têm privilegiado o internamento. Também a generalidade das reuniões científicas de Pediatria tem sido um reflexo de quem as organiza, os serviços hospitalares.

Recentemente foram dados passos importantes para parcialmente colmatar alguns destes problemas. Assim, em Outubro de 1999, em Coimbra:

- foi criada a Secção de Pediatria Ambulatória da Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPA-SPP);
- foi nomeada a sua Direcção, com Sede e Secretariado em Coimbra, na Consulta Externa do Hospital Pediátrico;
- foram elaborados os estatutos da SPA-SPP, dando abertura a todos os médicos e outros profissionais de saúde que se interessem pelos problemas de saúde das crianças;
- foram nomeados colaboradores regionais para fomentar o interesse e promover alguma investigação nesta área;

Em Fevereiro de 2000, em Albufeira, foi realizada a segunda reunião da Direcção da SPA-SPP:

- adoptou-se o logotipo da SPA-SPP;
- desenharam-se estratégias para uma maior divulgação desta Secção (ver modelo do Boletim de Inscrição neste número da Saúde Infantil);
- programou-se a primeira Reunião Científica da SPA-SPP, temática, sobre "Variantes do Normal", para 11 de Novembro de 2000 em Tomar;
- deram-se os primeiros passos para um intercâmbio com a Sociedad de Pediatria Extrahospitalaria de la Asociacion Española de Pediatria (AEP), atribuindo-se, a dois representantes da SPA-SPP, a participação numa mesa-redonda no XIV Congreso Nacional de la Sociedad de Pediatria Extrahospitalaria de la AEP e II Congreso Hispano-Luso de Pediatria Extrahospitalaria, a realizar em Sevilha, em Outubro de 2000;
- foi proposto que os sócios desta Secção se inscrevam como assinantes da revista que, ao longo dos anos, tem primado pelos problemas do Ambulatório, a **Revista Saúde Infantil**, e a colaboração da SPA-SPP com esta revista.

Foram assim dados passos para uma formação pós-graduada dos problemas pediátricos mais comuns, e a criação dum espaço científico para se partilharem experiências menos divulgadas.

Aos profissionais especialmente interessados nos problemas banais de saúde das crianças, fica este desafio: o de seguir os passos do grande mestre português de Pediatria Ambulatória, o Dr. Nicolau da Fonseca (Presidente da SPA-SPP) e os do maior entusiasta pela criação da SPA-SPP, o Dr. Emídio Sancho (Vice-Presidente da SPA-SPP).

Manuel Salgado

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 3-4

A CRIANÇA COM ATRASO DA LINGUAGEM

Susana Nogueira¹, Boavida Fernandes², Helena Porfírio¹, Luís Borges³

RESUMO

A comunicação humana é um fenómeno complexo e o processo neurológico que nos permite compreender e produzir linguagem corresponde a essa complexidade. A aquisição alterada da linguagem pode constituir um problema isolado ou traduzir uma perturbação mais global do desenvolvimento. Qualquer que seja a etiologia, a criança deverá ser avaliada em relação às suas capacidades verbais e linguísticas, audição e desempenho cognitivo global, sendo instituído um plano de intervenção individual. Com a maturação e intervenção adequadas, a maioria dos problemas de linguagem tem uma evolução favorável, contudo podem associar-se dificuldades específicas de aprendizagem e persistirem perturbações residuais.

Palavras-chave: desenvolvimento da linguagem, atraso da linguagem, etiologia, orientação, intervenção, prognóstico.

SUMMARY

Human communication is a complex phenomenon and the neurological process that allows us to understand and produce language is correspondingly complex. Disturbed language acquisition may be an isolated problem, or it may be part of a general developmental impairment. Regardless the etiology, children should have a comprehensive evaluation, including assessment of their speech and language skills, hearing, and general cognitive abilities. An individualized therapy plan should then be constructed. With appropriate therapy and maturation, most speech and language problems are likely to improve, although there may be associated learning disabilities and residual impairments.

Keywords: language development, language delay, etiology, management, therapy, prognosis.

1 Assistente Hospitalar de Pediatria 2 Assistente Graduado de Pediatria 3 Chefe de Serviço de Neuropediatria
Centro de Desenvolvimento da Criança do Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução

A **linguagem** é um veículo para a comunicação ou seja, constitui um instrumento social usado em interações visando a comunicação. Desta forma, deve ser considerada mais como uma força dinâmica ou processo que como um produto (1). Pode ser definida como um sistema convencional de símbolos arbitrários, que são combinados de modo sistemático e orientado para armazenar e trocar informações (2). Indivíduos de locais diferentes não usam o mesmo código e podem expressá-lo de forma diversa: acústica, a fala, ou visual, a escrita e a linguagem gestual (3). A **fala** refere-se aos aspectos mecânicos da produção de sons (4). Para aprender a falar a criança necessita de ouvir os outros a fazê-lo e ser ouvida, ter oportunidades para imitar sons e palavras e um ambiente estimulante, com reacção ajustada às suas respostas que reforce a necessidade de comunicar.

Desenvolvimento da linguagem

Muito antes de começar a falar, a criança está habilitada a usar o olhar, expressão facial e o gesto para comunicar com os outros. Tem também capacidade para discriminar precocemente os sons da fala. A aprendizagem do código linguístico baseia-se no conhecimento que vai adquirindo acerca dos objectos, acções, locais, propriedades, etc e estadia-se de acordo com a progressão do desenvolvimento psicomotor (5) resultando da interacção complexa entre capacidades biológicas, inatas e estimulação ambiental (4).

Apesar de não estar completamente esclarecido o grau de eficácia com que a linguagem é adquirida, sabe-se que as crianças de diferentes culturas parecem seguir o mesmo percurso global no desenvolvimento da linguagem (3). Ainda antes de nascer, iniciam a aprendizagem dos sons da sua língua nativa e desde os primeiros meses distinguem-na de línguas estrangeiras. Do mesmo modo, foi demonstrada a perda de capacidade para distinguir contrastes vocais não existentes no seu ambiente linguístico, estabelecida cerca dos 12 meses de idade (2).

No desenvolvimento da linguagem podem ser reconhecidas duas fases distintas: a **pré-linguística**, em que são vocalizados fonemas, sem palavras e que persiste até aos 11-12 meses, seguindo-se a **fase linguística**, quando a criança começa a falar palavras isoladas com compreensão (6). Posteriormente progride na escalada de complexidade da expressão. Este processo é contínuo e ocorre de forma ordenada e sequencial, com sobreposição considerável entre as diferentes etapas deste desenvolvimento (7).

A criança vai assim adquirindo mestria na sua língua materna entre os 12 e 48 meses de idade. Aos 12 meses, em média, começa a dizer pequenas palavras como mamã, papá ou papa. Pelos 18 meses poderá ter 30 ou 40 palavras (pópó, bebé, miau, pé, ão-ão, ó-ó, upa ...) utilizando-as em “generalização” para designar outras dum mesmo grupo (ão ão para vários animais ou pópó para diferentes tipos de veículos) e começa a combinar duas palavras (mais papa, pópó mamã ...). Em regra aos 24 meses tem um vocabulário de cerca de 150 palavras que usa em combinações de duas ou três. As crianças de 30 meses, usam

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 5-16

habitualmente uma linguagem telegráfica (bêbê papa pão, mamã vai pópó...) mas aos 36, em média, iniciam o uso de artigos, plurais, preposições, verbos auxiliares... e aos 48 meses formulam frases correctas, fazem perguntas, usam a negação, falam de acontecimentos no passado ou antecipam outros no futuro e descrevem situações complexas, na sequência adequada e atribuindo explicações (5).

Este processo de aquisição da linguagem envolve o desenvolvimento de quatro sistemas interdependentes: o **pragmático** que se refere ao uso comunicativo da linguagem num contexto social, o **fonológico**, envolvendo a percepção e produção de sons para formar palavras, o **semântico**, respeitando às palavras e seu significado e o **gramatical**, compreendendo as regras sintáticas e morfológicas para combinar palavras em frases compreensíveis (3,5). Os sistemas fonológico e gramatical conferem à linguagem a sua forma (3).

O sistema pragmático descreve o modo como a linguagem deve ser adaptada a situações sociais específicas transmitindo emoções e enfatizando significados. Face à intenção comunicativa, cada interveniente procede a adaptações linguísticas para atingir esse objectivo, considerando os diferentes pontos de referência e grau de informação (1,3). Esta intenção pode ser demonstrada de forma não verbal através da expressão facial, sinais e gestos. Entre os comportamentos comunicativos que traduzem aspectos pragmáticos incluem-se o iniciar e responder à comunicação, esperar pela vez, questionar e argumentar mantendo o mesmo tópico em curso. Esta competência comunicativa reflecte a noção de que o conhecimento da adequação da linguagem a determinada situação e a aprendizagem das regras sociais de comunicação, é tão importante como o conhecimento semântico e gramatical (2).

A **fala** caracteriza-se habitualmente quanto à articulação, ressonância, voz, fluência/ritmo e prosódia. A **articulação** refere-se à produção de sons, vogais e consoantes pelos lábios, língua e dentes. A **ressonância** está relacionada com o equilíbrio do fluxo aéreo entre o nariz e a boca. Os sons m, n e nh requerem a passagem de ar através do nariz e alterações da ressonância causam um som hipo ou hipernasal. A vibração das cordas vocais na laringe transmite à fala a qualidade designada como **voz**. Alterações no controle laríngeo podem tornar a voz invulgarmente grave, aguda ou profunda. A fluência típica imprime uma certa frequência e ritmo que podem estar modificados em situações como a gaguez (3). A **prosódia** designa a melodia da linguagem falada. Sendo específica de cada língua possibilita reconhecê-la a uma distância superior à que permite a identificação das palavras. Por esse motivo, é importante para a criança aprender os padrões de entoação da linguagem que comunicam emoções e atitudes, ao acompanhar a mensagem verbal (2).

Bases biológicas da linguagem

Apesar de não se compreender ainda toda a complexidade do processo, sabe-se que uma vasta rede de neurónios, distribuída entre diferentes regiões do cérebro lhe está devotada. Em contraste com os sons do ambiente, a fala engloba múltiplos sons que ocorrem simultaneamente, em várias frequências e com rápidas transições entre estas. O ouvido tem de

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 5-16

sintonizar este sinal auditivo complexo que descodifica e transforma em impulsos eléctricos, sendo conduzidos por células nervosas à área auditiva do córtex cerebral, no lobo temporal. Este reprocessa os impulsos, transmite-os às áreas da língua e provavelmente armazena a versão do sinal acústico por um certo período de tempo. A **área de Wernicke** reconhece o padrão de sinais auditivos e interpreta-os até obter conceitos ou pensamentos, activando um grupo distinto de neurónios para diferentes sinais. Ao mesmo tempo são activados neurónios na porção inferior do lobo temporal que formam uma imagem do que se ouviu e outros, no lobo parietal que armazenam conceitos com ele relacionados. De acordo com este modelo, a rede neuronal envolvida forma uma **complexa central de processamento** (Figura 1). Para verbalizar um pensamento acontece o inverso. Inicialmente é activada uma representação interna do assunto que é canalizada para a **área de Broca**, na porção inferior do lobo frontal e convertida nos padrões de activação neuronal necessários à produção da fala. Estão ainda envolvidas na linguagem áreas de controle motor e as responsáveis pela memória.

saúde
infantil

2000; 22/1: 5-16

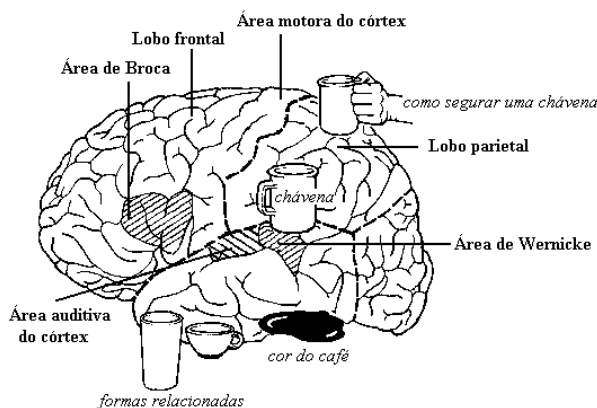


Figura 1 — Um conceito (por exemplo “chávena”) engloba várias ideias inter-relacionadas, com a participação de diferentes áreas do cérebro nesta compreensão complexa (3).

Finalmente, é de notar que o cérebro é um órgão dinâmico e que se adapta constantemente a novas informações. Como resultado, as áreas envolvidas na linguagem de um adulto podem não ser as mesmas na criança. É possível que algumas zonas do cérebro sejam usadas apenas durante o período de desenvolvimento da linguagem.

Pensa-se que o hemisfério esquerdo seja dominante para a linguagem em cerca de 90% da população, contudo, o hemisfério direito participa no processamento, principalmente nos aspectos da pragmática. As mulheres parecem ter uma especialização esquerda-direita menos rígida que os homens (3).

As perturbações da linguagem são o mais frequente dos problemas do desenvolvimento atingindo 3-15 % das crianças (4,5,6). Em regra distingue-se entre atraso, dissociação e desvio. No atraso, a progressão na linguagem processa-se na sequência certa mas a um ritmo menor, sendo o desempenho semelhante ao de uma criança de idade inferior. Na

dissociação existe uma diferença significativa entre a evolução da linguagem e das outras áreas do desenvolvimento. No desvio, o padrão de desenvolvimento mais alterado, verifica-se uma aquisição qualitativamente anómala da linguagem, apresentando por vezes aspectos dependentes de outros que a criança ainda não demonstrou. É um achado comum nas perturbações da comunicação do espectro do autismo (6).

Etiologia

Ambiental — Apesar do atraso da linguagem ser frequentemente observado em associação com vários factores de risco social e emocional, muitos dos que inicialmente parecem desse tipo ou relativos a estimulação ambiental são confundidos por variáveis orgânicas como património genético, estado nutricional, exposição a tóxicos (álcool, chumbo...) etc. Exceptuando condições extremas de vida, existe uma notável resiliência no desenvolvimento da linguagem e a falta de estimulação, raramente ou nunca é causa de atraso da linguagem. Sugerir essa causa aos familiares pode instalar nestes uma culpa infundada e atrasar a investigação da verdadeira etiologia (3,4).

A “preguiça”, ordem de nascimento, gemelaridade e “freio da língua” não causam atraso na linguagem, assim como a educação bilingue. Neste caso a criança pode misturar palavras de ambas as línguas mas a extensão total do vocabulário e o tamanho e estrutura das frases devem ser normais cerca dos 2-3 anos (4).

Atraso isolado da linguagem expressiva (“constitucional”) — em cerca de 10-15% (1) das crianças verifica-se um atraso inicial da linguagem expressiva, de causa não demonstrável, associado a uma compreensão, pragmática e desenvolvimento não verbal normais. Uma história familiar positiva poderá ser documentada. Nesta situação as crianças adquirem uma linguagem funcional antes dos 4 anos e pelos 5 terão recuperado o nível dos seus companheiros (1,8).

O diagnóstico de atraso constitucional, implica uma evolução normal a longo prazo pelo que, só poderá ser efectuado retrospectivamente. Adoptar apenas uma atitude de “esperar e ver”, numa criança pré-escolar com atraso da linguagem, na esperança de que este seja constitucional, raramente é justificável (4,9).

Défice cognitivo — responsável por mais de 50% dos atrasos da linguagem, é a principal causa desta situação (6). A linguagem é frequentemente a área mais afectada, em 25% dos casos com um desempenho ainda inferior ao esperado em função da idade cognitiva. Em 50% dos indivíduos com défice cognitivo, o nível de linguagem compreensiva e expressiva é semelhante ao global e, nos restantes 25%, a cognição e linguagem compreensiva são semelhantes mas a linguagem expressiva apresenta-se inferior a ambas (1). Nos primeiros anos, a progressão da linguagem na criança com atraso de desenvolvimento, é semelhante ao da criança sem problemas mas num ritmo inferior (1,3). Assim, abaixo de 10 anos de idade cognitiva as diferenças são essencialmente quantitativas (frases mais curtas, menor vocabulário) mas posteriormente as diferenças qualitativas evidenciam-se, traduzindo as dificuldades de integração de todos os aspectos da linguagem num contexto dinâmico (1).

Défice auditivo — apesar da baixa incidência relativa, (1-3/1000) (6) é dos primeiros diagnósticos considerados numa criança com atraso da linguagem. Deve ter-se em considera-

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 5-16

ção que um lactente de inteligência normal mas perda auditiva significativa, desenvolverá a sequência normal de aquisições até cerca dos 6-9 Meses. Nessa altura começam a notar-se alterações do galreio com perda da qualidade vocal, consoantes que desaparecem ou não chegam a surgir, modificação da sonoridade das vogais até que, eventualmente apenas sons primitivos e guturais acabam por persistir. Esta deterioração na vocalização constitui o indicador mais significativo da suspeita de surdez (6). A perda auditiva de transmissão, ligeira a moderada, surgindo nos dois primeiros anos de vida, foi associada a atrasos subtis no desenvolvimento da linguagem, atribuídos a perturbações na maturação dos circuitos cerebrais auditivos que comprometem a competência para a linguagem e permanecem para além dos efeitos da diminuição da acuidade auditiva (4).

Autismo — a maioria das crianças com perturbações do espectro autista apresenta atraso da linguagem. A compreensão e a pragmática estão invariavelmente afectadas e outros achados incluem a prosódia aberrante, ecolália imediata ou tardia e preservação (persistência inapropriada no mesmo tema) (5). Outros sintomas estão também presentes distinguindo-as das crianças portadoras apenas do atraso da linguagem, particularmente as perturbações da comunicação não verbal, comportamentos estereotipados e perseverantes, interesses restritos e/ou inusuais e alteração das capacidades sociais (3).

Alterações específicas da linguagem — não são um único síndrome mas um grupo (5) e caracterizam-se por limitações significativas da função linguística que não podem ser atribuídas a perda auditiva, défice cognitivo ou alterações da estrutura e função fonadora (1). Um critério frequente de aproximação diagnóstica consiste na comparação das capacidades linguísticas com o nível cognitivo global, preferencialmente o desempenho não verbal (5). Esta situação atinge 3-8% das crianças em idade pré-escolar e escolar (5,8).

Foram identificados os **subtipos receptivo, expressivo e misto** consoante as alterações predominantes. O primeiro caracteriza-se por uma capacidade inadequada de compreensão da linguagem falada. A disfunção pode verificar-se na percepção e/ou processamento auditivo ou a nível da cognição verbal (semântica e sintáctica). As alterações expressivas comprometem a capacidade para produzir linguagem falada adequadamente. Podem ser subtis, afectando a organização ou formulação da fala, ou tão pronunciadas que resultem numa incapacidade de produzir linguagem falada. As alterações mistas, receptivo-expressivas, não são invulgares e reflectem a combinação variável entre os dois tipos (2).

Subtipo expressivo

Dispraxia verbal do desenvolvimento — caracteriza-se por um défice no automatismo da linguagem expressiva, com produção extremamente reduzida e défices severos na fonologia e fluência. Corresponde a uma incapacidade neurológica de organizar e efectuar apropriadamente os movimentos coordenados dos músculos respiratórios, laríngeos e orais necessários à articulação da fala, na ausência de uma afecção neuromuscular identificada. A criança poderá apresentar uma história de problemas alimentares por dificuldades na mastigação e deglutição assim como atraso na aquisição das etapas motoras. O início da fala é tardio e o discurso quando existente, laborioso. Esta alteração não é atribuída a

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 5-16

fraqueza muscular ou paralisia pseudobulbar como na disartria da paralisia cerebral (5,8).

Défice da produção fonológica — é caracterizado por uma perturbação fonológica e sintáctica que compromete a inteligibilidade do discurso com preservação da fluência. Esta situação é compatível com um vocabulário bem desenvolvido e pragmática adequada. A compreensão é normal ou sublimiar (5).

Subtipo receptivo-expressivo ou misto

Agnosia verbal auditiva (surdez verbal) — verifica-se uma alteração severa da capacidade de descodificar a fonologia através da via auditiva impedindo a atribuição de significado linguístico a sinais auditivos. A audição é normal. Os défices da compreensão e expressão são muito importantes e se a criança fala a fonologia está também muito alterada. Em regra aprendem facilmente a linguagem gestual traduzindo um desenvolvimento cognitivo normal (2). A pragmática mantém-se adequada.

Défice fonológico-sintáctico — esta combinação de défices receptivo e expressivo interfere na capacidade de compreender e produzir fonologia, sintáctica, semântica e com frequência conduzindo a alterações da pragmática. A capacidade receptiva é semelhante ou superior à expressiva, a criança pode imitar palavras ou frases simples mas a fluência está alterada.

Défice sintáctico-lexical — nesta situação a compreensão está alterada mas melhor que a expressão. Em regra a sintáctica é imatura e a anomia no discurso severa porque a criança tem dificuldade em recorrer às palavras, apesar de existirem no seu vocabulário. Se a criança é inteligente recorre a termos alternativos (parafasias) ou descrições que podem ser complexas e criar uma falsa impressão de fluência. A fonologia e inteligibilidade podem ser boas. Formas minor desta situação não são raras na população (8).

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 5-16

Subtipo receptivo

Défice semântico-pragmático — a capacidade expressiva está em regra melhor desenvolvida que a linguagem receptiva. A criança pode parecer verborreica, mas a compreensão e pragmática estão muito afectadas, particularmente no discurso. Apresenta dificuldade em iniciar e manter o tópico da conversação, assim como o comportamento social adequado ao longo desta (saudação, atenção, monitorização de emoções...). São aparentes défices na escolha e recordação das palavras apropriadas, perdem-se aspectos subtis da linguagem como o sarcasmo, e o uso do gesto ou pistas não verbais é restrito, podendo transmitir insensibilidade ou indelicadeza ao interlocutor. As alterações da pragmática sugerem a possibilidade dum distúrbio invasivo do desenvolvimento do espectro autista (5,8).

Outras situações

Disartria — define um defeito articulatório ligado à função alterada dos órgãos fonadores. Distingue-se das alterações funcionais da fala, em que não é possível demonstrar alterações anatómicas ou neurológicas. Na sua forma mais severa pode verificar-se uma anartria. Na paralisia cerebral existem lesões piramidais ou extrapiramidais e, com frequência, paralisia pseudobulbar causando graus variáveis de disartria. Pode coexistir com disfasia, défice auditivo, visual e cognitivo que acentuam as dificuldades de comunicação. A espastici-

dade da musculatura fonadora associa-se a um discurso lento, sincopado e laborioso, com um padrão de entoação anormal.

Alterações estruturais — o lábio leporino, fenda palatina, incompetência do véu do palato, hipertrofia das amígdalas e adenóides, isoladas ou em associação, são responsáveis por alterações da articulação e ressonância, particularmente dos sons **n**, **m** e **nh**. As formas sindrômicas podem coexistir com outras alterações da linguagem e a melhoria da articulação pode não ser acompanhada por aumento das competências linguísticas (8).

Disfluência — designa uma incordenação entre as funções respiratória e articulatória causando prolongamento dos sons ou palavras, interrupção do discurso, fraccionamento e repetições. É comum em cerca de 3% das crianças entre os 2 e 4 anos, constituindo a gaguez fisiológica. Em 1% dos casos persiste na idade escolar, sem relação com qualquer doença neurológica ou funcional (8).

Em resumo:

- Ambiental
 - Atraso isolado da linguagem expressiva — “constitucional” (10-15 %)
 - Défice cognitivo (> 50 %)
 - Défice auditivo (1-3/1000)
 - Autismo
 - Alterações específicas da linguagem (3-8 %)
 - Subtipo expressivo
 - Dispraxia verbal do desenvolvimento
 - Défice da produção fonológica
 - Subtipo receptivo-expressivo ou misto
 - Agnosia verbal auditiva (surdez verbal)
 - Défice fonológico-sintático
 - Défice sintático-lexical
 - Subtipo receptivo
 - Défice semântico-pragmático
 - Outras situações
 - Disartria
 - Alterações estruturais
 - Disfluência (1-3 %)
-

Quadro I – Etiologia do atraso da linguagem.

Orientação

O atraso da linguagem ou da fala constitui um dos principais motivos de envio a consultas de medicina e de desenvolvimento (5,8).

A preocupação dos pais acerca da aquisição anormal da linguagem pelos seus filhos, deve ser sempre tomada em consideração de forma séria e motivar uma avaliação adequada do seu nível funcional.

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 5-16

Quando uma criança evidencia atraso significativo na aquisição da linguagem, é muito importante para o esclarecimento diagnóstico e orientação, tentar responder às seguintes questões (10):

- Como é o desenvolvimento da criança nas restantes áreas?
- Existe alguma suspeita, por parte da mãe ou dos outros prestadores de cuidados, relativa à audição da criança?
- A criança não fala mas parece compreender o que lhe dizem de acordo com a sua idade ?
(Atenção às pistas não-verbais a que a criança está geralmente atenta e que podem dar uma falsa noção de compreensão verbal adequada) (4).
- A criança não fala mas é ou não comunicativa? Tem tendência a isolar-se ou a evitar o contacto com outras crianças?
- Existe um padrão de aquisição tardia da fala nalgum familiar?

A resposta a estas questões pode fornecer pistas importantes para o diagnóstico diferencial. Na grande maioria das situações, o atraso da fala não é mais do que uma faceta de um atraso global do desenvolvimento (8): resulta daí a importância da avaliação do desenvolvimento em todas as crianças com atraso da fala.

O défice auditivo, apesar da incidência relativamente baixa, é a causa de suspeita mais frequente no atraso da aquisição da linguagem. Esta preocupação é adequada pois a intervenção otorrinolaringológica ou, se indicado, próteses auditivas, podem ser de benefício terapêutico significativo (6). Não esquecer que a dúvida da mãe sobre a audição é o principal sinal de alarme e deve levar obrigatoriamente à pesquisa de surdez. Outros factores de risco incluem:

- História familiar de défice auditivo
- Infecções pré-natais (CMV, rubéola, toxoplasmose, sífilis)
- Peso nascimento < 1500 g
- Hiperbilirrubinémia grave
- Asfixia neonatal
- Meningite bacteriana
- Otite crónica / otite sero-mucosa de repetição (4)

Independentemente da presença destes factores, é importante excluir a existência dum défice auditivo em qualquer criança que apresente um atraso significativo na aquisição da linguagem aparentemente não explicável. O atraso no diagnóstico de surdez pode comprometer definitivamente a recuperação.

Nas disfasias do desenvolvimento a criança apresenta um nível intelectual e uma audição que não justificam o atraso na aquisição da linguagem. Reflectem disfunção nos sistemas cerebrais necessários para a compreensão, elaboração e produção da linguagem (disfasias receptivas, expressivas e mistas).

Nos designados distúrbios invasivos do desenvolvimento que incluem o autismo, o atraso da fala associa-se a um défice significativo na comunicação verbal e não verbal e na capa-

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 5-16

cidade de interacção social, apresentando-se a criança com um comportamento francamente alterado e pouco comunicativo.

Outras situações que podem justificar o atraso na fala incluem a disartria e as anomalias estruturais do tracto respiratório superior, podendo ser suspeitadas pela história e observação clínica.

Não se deve esquecer que muitas destas causas podem coexistir e complicar não só o diagnóstico como a terapêutica. Um défice auditivo, ou uma disfasia, podem agravar um atraso global, surgindo neste caso uma criança com um atraso global do desenvolvimento e um atraso da linguagem não justificado apenas pelo défice intelectual existente.

Nos últimos anos, tem-se assistido a uma mudança de atitudes, com tendência a valorizar mais precocemente os atrasos na aquisição da linguagem, particularmente quando estes se associam a ausência de interacções comunicativas. No entanto, poderá manter-se com alguma segurança uma atitude expectante, nos atrasos da fala em crianças com menos de três anos, que apresentem inequivocamente um bom desenvolvimento psicomotor, uma boa compreensão verbal, boas capacidades comunicativas e uma história familiar de aquisição tardia da fala.

Devem ser referenciados a um centro diferenciado as crianças que apresentem os seguintes sinais de alarme:

- Ausência de resposta a vozes próximas ou sons correntes, às 8 semanas
- Ausência de vocalizações repetidas, aos 10 meses
- Ausência de qualquer palavra simples, aos 18 meses
- Ausência de qualquer frase, aos 24 meses
- Linguagem incompreensível por estranhos, aos 3 anos
- Uso não comunicativo da linguagem ou ecolália
- Defeitos na articulação das palavras, aos 6 anos (11).

Intervenção

A intervenção no atraso da linguagem é essencialmente educacional, visando reforçar a interacção social e intuito comunicativo na criança afectada e sendo individualizada de acordo com as suas necessidades específicas (4).

Tradicionalmente os estímulos usados, método de ensino e contexto em que decorriam as sessões de terapia da fala, afastavam-se das experiências comunicativas da vida real. Em regra envolviam um instrutor trabalhando com a criança sempre na mesma sala, repetindo o material e sequência de intervenção, utilizando um padrão de reforço contínuo ao longo das múltiplas sessões. A ênfase era colocada na forma e articulação da linguagem e a reduzida semelhança com o discurso social normal conduzia a que a aprendizagem não se generalizasse ao ambiente familiar e escolar (12).

Actualmente a finalidade da intervenção consiste em dotar a criança dum repertório linguístico que possa ser utilizado para comunicar de forma socialmente adequada no seu contexto habitual (reforço da pragmática) e adaptar esse contexto de modo a estimular e facilitar o desenvolvimento global da linguagem.

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 5-16

Uma aproximação funcional reconhece a necessidade de orientar a intervenção na linguagem de forma a incluir familiares e professores, como facilitadores da comunicação e utilizar situações da vida diária para encorajar uma comunicação funcional, num contexto de experiências significativas e com um padrão mais próximo do das crianças sem problemas de linguagem, visando a generalização das aprendizagens (1). Na intervenção funcional, de acordo com estes aspectos interactivos e integrativos, o papel do terapeuta transforma-se no de um consultor para os facilitadores da linguagem que interagem com mais frequência com a criança.

Se a comunicação oral eficaz não puder ser esperada a curto prazo, deverão ser providenciadas formas alternativas tendo em consideração o nível cognitivo, sensorial e motor da criança (3,9). Habitualmente utiliza-se a linguagem gestual, códigos de imagens e pictogramas, podendo também iniciar-se a leitura (9). Apesar da preocupação dos pais em relação ao uso da linguagem gestual, na ausência de défice auditivo importante, não se verifica atraso adicional na aquisição da fala. Ao contrário, a manutenção do contacto social e redução do nível de frustração facilita essa mesma aquisição (3).

Para as situações mais graves e persistentes, existem quadros de comunicação de complexidade variável, associando figuras, letras e palavras que a criança combina. Além destes, existem sistemas computadorizados com teclado ou painel de contacto e com possibilidade de utilização de dispositivos de voz.

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 5-16

Prognóstico

O prognóstico a longo prazo em crianças com problemas da linguagem é variável. Apesar de cerca de um terço resolver completamente, na maioria persistem algumas alterações e é mais frequente a associação com défices cognitivos específicos, dificuldades de aprendizagem e perturbações do comportamento (6,8).

A etiologia subjacente do atraso da linguagem é o factor mais importante na determinação do seu prognóstico (3) e em crianças com alterações específicas da linguagem, o factor predictivo mais relevante é o nível cognitivo não verbal (8). A proficiência linguística relaciona-se estreitamente com o nível cognitivo global em crianças normais ou com atraso do desenvolvimento (4). Nos casos de atraso da linguagem associado a atraso de desenvolvimento, a linguagem pode melhorar com apoio de terapia da fala, no entanto, não é de esperar que supere o nível cognitivo não verbal.

No autismo, se a linguagem verbal não se estabeleceu pelos 6 anos, é pouco provável que venha a ser funcional no futuro (3).

Os problemas isolados da articulação resolvem-se habitualmente nos primeiros anos de escolaridade, sob terapia adequada. As alterações específicas da linguagem têm um prognóstico mais variável. Apesar da maioria melhorar substancialmente, com frequência mantêm-se perturbações subtis da linguagem que persistem até à vida adulta, em particular nas crianças com alterações da linguagem receptiva. Estas apresentam um risco mais elevado de perturbações da aquisição da leitura que as portadoras de alterações expressivas isoladas (3,8). Devido à linguagem e leitura serem tão importantes nos processos de aprendizagem, muitos

dos indivíduos apresentam um rendimento escolar inferior ao esperado em função das suas capacidades cognitivas. A associação com problemas de comportamento (agressividade, hiperactividade e défice de atenção) verifica-se em cerca de 30% dos casos, predominando igualmente nas perturbações da linguagem que envolvem a compreensão (13).

BIBLIOGRAFIA

1. Owens RE. Language Disorders: A Functional Approach to Assessment and Intervention. Needham Heights: A Simon & Schuster Company, 1995.
2. Wilson BC. Developmental Language Disorders. In: Yitzchak F, ed. Pediatric Behavioral Neurology. New York: CRC Press. 1996: 1-31.
3. Wang PP, Baron MA. Language, A Code for Communicating. In: Batshaw ML, ed. Children with Disabilities. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co. 1997: 275-92.
4. Coplan J. Language Delays. In: Parker S, Zuckerman B, ed. Behavioral and Developmental Pediatrics: A Handbook for Primary Care. Boston: Little, Brown and Company. 1995: 195-9.
5. Rescorla L, Mirak J. Normal Language Acquisition. In: Bodensteiner JB, ed. Seminars in Pediatric Neurology. Philadelphia: WB Saunders Company. 1997: 70-6.
6. Capute AJ, Accardo PJ. Language Assessment. In: Capute AJ, Accardo PJ, ed. Developmental Disabilities in Infancy and Childhood. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co. 1991: 165-79.
7. Johnson BA. Language Disorders in Children .An Introductory Clinical Perspective. New York: Delmar Publishers, 1996.
8. Hall DMB, Hill P. Communication Disorders. In: Hall DMB, Hill P, ed. The Child with a Disability. London: Blackwell Science. 1996: 173-209.
9. Chevrie-Muller C. Pathologie du langage. Médecine & enfance 1988; 1: 17-20.
10. McRae KM, Vickar E. Simple Developmental Speech Delay: A Follow-up Study. Dev Med and Child Neur 1991; 33: 868-874.
11. Sheridan MD. From birth to five years – Children developmental progress: London: Routledge, 1975.
12. Nelson CD. Practical Procedures for Children with Language Disorders. Boston: Butterworth-Heinemann, 1995.
13. Silva PA, Williams S, McGee R. A longitudinal study of children with developmental language delay at age three. Later intelligence, reading and behaviour problems. Dev Med and Child Neur 1987; 29: 630-40.

Correspondência: Susana Nogueira

Centro de Desenvolvimento da Criança
Hospital Pediátrico de Coimbra
3000 Coimbra

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 5-16

ALTERAÇÕES CUTÂNEAS NOS PRIMEIROS DIAS DE VIDA

Estudo transversal em 414 recém-nascidos

Helena Melo¹, Ana Luísa Teixeira²

RESUMO

Os autores procederam a um estudo transversal em 414 recém-nascidos, no Hospital Amato Lusitano, Castelo Branco, com o objectivo de analisar alterações observadas a nível da pele, faneras, mucosas e genitais. Todos os recém-nascidos apresentavam pelo menos uma alteração, quase sempre de natureza benigna e transitória. A hiperplasia sebácea (76,6%), a descamação (52,2%), o edema dos genitais (51,4%), a hiperpigmentação dos genitais (46,1%) e a leucorreia mucoide (54,8% no sexo feminino), constituíram as lesões mais frequentes. O Eritema tóxico diagnosticou-se em 27,8% dos casos. Entre as alterações vasculares predominaram os “Salmon patch” (44,9%) e a acrocianose (39,1%). Dentro das lesões pigmentadas prevaleceram as “manchas mongólicas” (22,2%). Destacam-se dois casos mais raros: um *nevus* melanocítico gigante e uma *cutis marmorata telangiectasica*. Comparam-se os resultados obtidos com outras séries publicadas.

O reconhecimento clínico das dermatoses do recém-nascido permite, geralmente, tranquilizar os pais. Em casos mais raros, é necessária a colaboração entre a Pediatria, a Dermatologia e por vezes outras especialidades.

Palavras-chave: alterações cutâneas, recém-nascido, pele.

SUMMARY

A total of 414 newborns delivered at the Amato Lusitano Hospital, Castelo Branco, were examined for presence of skin, genital and mucous membranes lesions within 72 hours of birth. All the newborns presented at least one lesion, but most were of a transitory nature. Commonly observed lesions were sebaceous hyperplasia (76,6%), desquamation (52,2%), mucous leuchorrea (54,8% of females), genital oedema (51,4%) and hyperpigmentation (46,1%). Erythema toxicum neonatorum occurred in 27,8% of infants. The frequency of birthmark types were: salmon patches, 44,9%; mongolian spots, 22,2%; pigmented nevi, 2,2%; *café-au-lait* spots, 1,2%. Various other abnormalities were found. The authors point out two cases: one giant melanocytic nevi and one *cutis marmorata telangiectasica*.

1. Assistente Hospitalar de Dermatologia
Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco

2. Assistente Hospitalar de Pediatria

Recognition of dermatoses in newborns allows the physician to reassure most parents. Consultation with a dermatologist, a plastic surgeon or a neurosurgeon may be necessary.

Keywords: skin diseases, skin abnormalities, infant, newborn.

Introdução

A pele do recém-nascido (RN) é diferente da pele do adulto. Constituindo em ambos o órgão de interface entre o meio exterior e o meio interno, a pele do RN é mais fina, tem menos adesões intercelulares, menor número de folículos pilosos, menos melanossomas e menor secreção sudorípara. Estas diferenças são ainda mais acentuadas no RN prétermo, pois, embora a queratinização se inicie às 24 semanas de gestação, ela só está completa perto do termo da gravidez. A função de barreira que reside essencialmente na camada córnea, está comprometida no RN, sobretudo no prematuro, sendo a perda de água transcutânea maior e a resistência à penetração de agentes tópicos menor (1,2).

Nas últimas décadas tem-se assistido a um interesse crescente em torno do período neonatal mas são raros os estudos publicados sobre a pele do RN. A semiologia dermatológica durante esta fase da vida é, no entanto, bastante rica. Geralmente as manifestações cutâneas traduzem apenas uma resposta fisiológica, quer relacionada com o meio intra-uterino ou factores maternos, quer como adaptação a um novo ambiente exterior. No entanto, algumas alterações encontradas na pele do RN podem ser a primeira manifestação de uma doença potencialmente grave...

A pele é um órgão que está bem à vista e os pais ficam sempre muito preocupados quando descobrem no seu bebé algumas “borbulhas”, “sinais” ou “manchas”. Por outro lado, na nossa prática diária, não é raro assistirmos a tratamentos intempestivos ou consultas ao especialista por “lesões” que afinal são benignas e transitórias. O diagnóstico correcto de cada tipo de dermatose permite, na maioria dos casos, tranquilizar os pais e, quando necessário, avançar para outros tipos de investigação, tratamentos ou consultas especializadas.

O principal objectivo do actual trabalho foi estudar a frequência e discriminar os tipos de alterações cutâneas diagnosticadas numa população de RNs. As autoras compararam os resultados obtidos com outras séries publicadas.

Material e métodos

Trata-se de um estudo transversal, realizado numa população de RNs do Hospital Amato Lusitano (HAL) de Castelo Branco, durante o ano de 1996 e primeiro semestre de 1997.

Elaborou-se uma ficha individual para registo das alterações observadas a nível da pele, faneras, mucosas e genitais. Os critérios de diagnóstico foram previamente discutidos e aferidos entre os dois observadores. Este estudo excluiu RNs com idade gestacional inferior a 35 semanas.

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 17-25

Efectuou-se registo fotográfico das lesões consideradas mais significativas.

Os resultados foram introduzidos numa base de dados informatizada.

Resultados

De um de Janeiro de 1996 a 30 de Junho de 1997, nasceram vivos no HAL de Castelo Branco 1041 RNs, 39,8% dos quais foram incluídos no estudo (n=414).

Duzentos e oito (50,2%) eram do sexo feminino e 206 (49,8%) do sexo masculino.

Apenas quatro eram de etnia negra, sendo os restantes caucasianos.

Sete mães (1,7%) tinham menos de 18 anos e 25 (6%) mais de 35 anos.

O parto foi eutócico em 51,5%, por cesariana em 28,3% e por ventosa ou forceps em 20,3% dos casos.

Quanto à idade gestacional, 386 (93,2%) eram de termo (≥ 37 e < 42 semanas); 19 (4,6%) eram prematuros (< 37 Semanas) e 9 (2,2%) eram póstermo (≥ 42 semanas).

A mediana do peso ao nascer foi de 3354 g (mínimo-1800g e máximo-5100g).

Todos os RNs foram observados nas primeiras 72 horas de vida e 215 (52,9%) durante as primeiras 24 horas.

Em 100% dos casos foi diagnosticada pelo menos uma “lesão” da pele, faneras, mucosas ou genitais.

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 17-25

ALTERAÇÕES DOS ANEXOS	nº	%
Hiperplasia sebácea	317	(76,6)
Hipertricose	121	(29,2)
Milia	120	(29,0)
Unhas compridas	111	(26,8)
Alopécia parcial	7	(1,7)
Sudamina	2	(0,5)

Quadro I — Alterações dos anexos.

ALTERAÇÕES DAS MUCOSAS E GENITAIS	nº	%
Alterações das mucosas		
Pérolas de Epstein	213	(51,4)
Leucoedema mucosa oral	11	(2,7)
Alterações dos genitais		
Edema dos genitais	213	(51,4)
Hiperpigmentação	191	(46,1)
Leucorreia mucoide*	114	(54,8)*
Hiperplasia mamária	44	(10,6)
Hemorragia vaginal*	2	(0,9)*

*Sexo Feminino n=208

Quadro II — Alterações das mucosas e genitais.

ALTERAÇÕES DA PELE	nº	%
Descamação	216	(52,2)
Eritema tóxico	115	(27,8)
Vernix caseosa	86	(20,8)
Dismaturidade	65	(15,7)
Melanose pustulosa neonatal	15	(1,2)
Lesões tramáticas (parto)	10	(2,4)
Bolhas de sucção	2	(0,5)
Sinus pré-auricular	2	(0,5)
Tuberculo pré-auricular	1	(0,2)
Pólipo anexial justa-mamilar	1	(0,2)
Fibroma digital	1	(0,2)
Fosseta sacro-coccígea	1	(0,2)

Quadro III — Alterações da pele.

O achado prevalente foi a hiperplasia sebácea (quadro I), predominando a nível da pirâmide nasal (n=311), regiões malares (n=78) e genitais (n=34). Em segundo lugar apareceram as pérolas de Epstein, na maioria múltiplas e localizadas no palato duro. As alterações dos genitais, sobretudo o edema, a hiperpigmentação e a leucorreia mucóide (no sexo feminino), foram também frequentes (quadro II).

A dermatose transitória mais comum foi a descamação, sobretudo nas extremidades. O eritema tóxico neonatorum foi diagnosticado em cerca de 1/3 dos casos (quadro III). A maioria dos RNs tinha múltiplas formas de apresentação, predominando as lesões maculares (n=81) e urticariformes (n=63). Observaram-se 52 casos com formas pustulosas.

ALTERAÇÕES VASCULARES	nº	%
“Salmon-patch”	186	(44,9)
Acrocianose	162	(39,1)
Pele marmoreada	28	(6,8)
Angioma capilar (“Strawberry”)	2	(0,5)
Angioma cavernoso	1	(0,2)
“Port wine stain”	1	(0,2)
Cutis marmorata telangiectica	1	(0,2)

Quadro IV — Alterações vasculares.

LESÕES PIGMENTADAS	nº	%
Mancha mongólica	92	(22,2)
Nevus melanocítico	9	(2,2)
Manchas <i>café-au-lait</i>	5	(1,2)
Nevus melanocítico congénito gigante	1	(0,2)

Quadro V — Lesões pigmentadas.

saúde
infantil

2000; 22/1: 17-25

Os “angiomas” planos (*salmon-patch*) constituíram a lesão vascular mais comum (quadro IV). Entre as lesões pigmentadas, prevaleceram as chamadas “manchas mongólicas”, maioritariamente de localização lombo-sagrada e única (quadro V).

Das alterações mais raras destaca-se um caso de nevus melanocítico congénito gigante com múltiplas lesões satélite e um caso de cutis marmorata telangiectasica congénita.

Discussão

Neste estudo, todos os RNs apresentaram pelo menos uma alteração cutâneo-mucosa durante os primeiros três dias de vida. A prevalência de cada alteração é muito variável nos poucos trabalhos publicados. Esta heterogeneidade explica-se em parte por características populacionais relacionadas com factores genéticos e raciais mas provavelmente também por diferenças metodológicas, nomeadamente quanto a critérios de diagnóstico e variação inter-observadores.

A prevalência de hiperplasia sebácea (fig.1) (pápulas amareladas punctiformes múltiplas, predominantes no nariz, regiões malares, lábio superior e fronte) encontrada neste estudo (76,6%) é significativamente superior à de outras séries (30-50%) (3,4), aproximando-se dos valores encontrados por Teresa Fiadeiro e colaboradores (81,4%) (5).



Figura 1 — Hiperplasia sebácea.

As lesões de milia (pequenos quistos epidérmicos foliculares que normalmente desaparecem espontaneamente nas primeiras semanas de vida) ocorreram de acordo com outras casuísticas (30% a 40%) (3,5).

As Pérolas de Epstein (pequenas formações quísticas ao longo das linhas de fusão embrionária da cavidade oral) foram o nosso terceiro achado mais frequente (51,4%), embora inferior ao encontrado noutras séries

(66,7% na série portuguesa de Teresa Fiadeiro e colaboradores (5) e 88,7% na série indiana de Nanda e colaboradores) (3).

Em relação aos exantemas idiopáticos do recém-nascido, salienta-se pela sua frequência, o eritema tóxico neonatorum, caracterizado pelo aparecimento de manchas eritematosas, pápulas urticariformes e, em alguns casos pequenas pústulas de 2-4 mm de diâmetro dispersas pelo tronco e por vezes pelos membros e face (fig.2a e 2b). A prevalência descrita na literatura é muito variável (11,8% a 50%) (3,5-7). O valor por nós encontrado (27,8%) pode subestimar a prevalência real devido à percentagem elevada de recém-nascidos observados

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 17-25

nas primeiras 24 horas de vida, pois a frequência desta dermatose aumenta após o segundo dia de vida. As formas pustulosas de eritema tóxico neonatorum levantam, por vezes, problemas de diagnóstico diferencial com infecções víricas, bacterianas ou fúngicas. Em caso de dúvida é indispensável proceder a um



exame citológico e bacteriológico.

Figura 2a — Eritema toxicum neonatorum.



Figura 2b — Eritema toxicum neonatorum (pormenor).

Entre as alterações vasculares, predominaram os “angiomas” planos ou “salmon patch” (lesões maculares rosadas ou avermelhadas, formadas por capilares dérmicos superficiais ectasiados, geralmente múltiplas e predominando no occipitum, glabella e pálpebras superiores) (fig.3). Os salmon patch são malformações vasculares (hamartomas) e devem distinguir-se dos verdadeiros angiomas — neoplasias benignas — compostos por endotélio vascular proliferativo, com evolução clínica distinta (10). A prevalência no nosso estudo (44,9%), foi semelhante à encontrada por Teresa Fiadeiro e colaboradores (36,1%) (5), mas superior à de outras séries (3,6-9). Estas diferenças devem-se provavelmente às características das populações estudadas já que os “angiomas” planos podem ter influência genética (2) e são mais perceptíveis nas peles menos pigmentadas.

Entre as lesões pigmentadas, as mais frequentes foram as manchas mongólicas (manchas cinzento-azuladas localizadas, em 90% dos casos, na região lombo-sagrada que resultam da presença de células pigmentadas na derme profunda e com distribuição racial caracte-

rística). A percentagem relativamente baixa destas manchas no nosso estudo (22,2%) está provavelmente relacionada com o predomínio de recém-nascidos de etnia caucasiana na nossa população. Só encontrámos uma prevalência inferior no trabalho francês de Prigent F. e colaboradores (14%) (8). Em contraste, nas séries indiana e chinesa por nós consultadas, a incidência de manchas mongólicas foi elevada (62,2% e 86,3%) (3,9).



Figura 3 — Salmon Patch.

Observámos *nevus* melanocíticos em 2,2% dos recém-nascidos, o que é concordante com os valores referidos na literatura (0,44% a 2,8%) (3,4). No nosso estudo não procedemos ao exame histológico pelo que não podemos diferenciar os verdadeiros *nevus* de outras lesões pigmentadas. O registo da localização e das dimensões dos *nevus* melanocíticos congénitos é importante para posterior vigilância pois são potencialmente malignos, sobretudo os maiores ou com evolução atípica.

No decorrer deste estudo observámos um recém-nascido com um *nevus* melanocítico congénito gigante ocupando cerca de metade do tronco (região lombar, região nadegueira, parte do abdómen e região pélvica), com múltiplas lesões satélite distribuídas pelo couro cabeludo e pelos membros, ocupando aproximadamente 40% da superfície cutânea (fig.4). Trata-se de uma patologia rara, que levanta vários tipos de problemas. O primeiro é o potencial de malignização destas lesões, muito variável consoante os estudos (6% a 30%) (2) e a resultante necessidade de remoção cirúrgica profilática precoce, levantando dificuldades técnicas. O segundo é o risco de envolvimento neurológico- melanose neurocutânea-especialmente nos casos com localização axial posterior, cabeça, pescoço, nádegas e com *nevus* “satélite” (11,12). Por outro lado, o dano cosmético causado por estes *nevus* é importante. É fundamental a colaboração entre pediatras, dermatologistas, cirurgiões e por

vezes, neurologistas, para a terapêutica e acompanhamento destes doentes.

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 17-25



Figura 4 — *Nevus* melanocítico congénito gigante.

Observámos também um caso de *cutis marmorata telangiectastica* congénita, consistindo num eritema reticulado de cor violácea envolvendo a totalidade do membro inferior esquerdo. Havia também uma ligeira atrofia do tecido celular subcutâneo e uma discreta redução do diâmetro do membro afectado. Trata-se de uma malformação vascular capilar e venosa rara (1:3000 RN). A história natural desta malformação é de melhoria espontânea gradual, podendo no entanto persistir alguma discrepância na circunferência dos membros e algum reticulado na pele. Por vezes esta lesão associa-se a defeitos neuroectodermicos e mesodérmicos. Quando

atinge a face é maior a incidência de glaucoma congênito (2,13).

Conclusões

O actual estudo confirma a ocorrência frequente de dermatoses e outras alterações na pele, genitais e faneras no RN que geralmente são benignas, transitórias e facilmente reconhecíveis. A documentação fotográfica das alterações da pele do RN tem importância didáctica e a divulgação de estudos deste tipo facilita a formação actualizada, indispensável a todos os que lidam com RNs.

Salientamos a importância da colaboração estreita entre a Pediatria, a Dermatologia e por vezes outros especialistas, no diagnóstico e seguimento de algumas patologias mais raras.

BIBLIOGRAFIA

1. Solomon LM, Esterly BN. Common benign skin disorders. In: Taeusch HW, Ballard RA, Avery ME, ed. Diseases of the newborn. Philadelphia: WB Saunders, 1988: 991-6.
2. Atherton DJ. The neonate. In: Champion RH, Burton JL, Ebling FJG, ed. Textbook of dermatology. Oxford: Blackwell scientific publications, 1992:381-443.
3. Nanda A, Kaur S, Bhackoo ON, Dhall K. Survey of cutaneous lesions in Indian newborns. *Pediatr Dermatol* 1989; 6(1):39-42.
4. Rivers JK, Frederiksen PC, Dibdin C. A prevalence survey of dermatoses in the Australian neonate. *J Am Acad Dermatol* 1990;23:77-81.
5. Fiadeiro T, Claro C, Melo H, Videira Amaral JM, Bello RT. Dermatoses do recém-nascido. Um estudo de prevalência. *Trab Soc Port Derm Ven* 1996 ; 2 (LIV):93-8.
6. Hidano A, Purwoko R, Jitsukawa K. Statistical survey of skin changes in Japanese neonates. *Pediatr Dermatol* 1986; 3(2):140-4.
7. Plantin P, Delaire P, Gavanou J, Boog G, Guillet G. Benign cutaneous lesions observed within the 1st 48 hours of life in 874 infants born at a maternity ward of a university hospital. A propos of 148 cases. *Ann Dermatol Venereol* 1990; 117(3):181-4.
8. Prigent F, Vige P, Martinet C. Cutaneous lesions during the 1st week of life in 306 consecutive newborn infants. *Ann Dermatol Venereol* 1991; 118(10):697-9.
9. Tsai FJ, Tsai CH. Birthmarks and congenital skin lesions in Chinese newborns. *J Formos Med Assoc* 1993; 92(9):838-41(Abstract).
10. Silverman RA. Hemangiomas and vascular malformations. *Ped Clin North Am* 1991; 38(4):811-34.
11. DeDavid M, Orlov SJ, Provost N, Marghoob AA, et al. Neurocutaneous melanosis: clinical features of large congenital melanocytic nevi in patients with manifest central nervous system melanosis. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35(4):529-38.
12. Roth ME, Grant-Kels JM. Important melanocytic lesions in children and adolescence. *Ped*

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 17-25

Clin North Am 1991; 38(4):791.809.

13. Devillers AC, de Waard-van der Spek FB, Oranje AP. Cutis marmorata telangiectatica congenita: clinical features of 35 cases. Arch Dermatol 1999; 135(1):34-8.

Correspondência: Helena Melo

R. dos Antigos Estudantes de Castelo Branco, nº 1

6000 CASTELO BRANCO

email: antmelo@mail.telepac.pt

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 17-25

BRUCELOSE, UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Judite Marques¹, José Luís Clemente², Paulo Ferreira¹,
Manuela Ferreira¹, Isabel Silva¹, Irene Ferreira³

RESUMO

Os autores apresentam o estudo retrospectivo de 64 crianças com Brucelose, de idades compreendidas entre os 13 meses e os 14 anos, diagnosticada no Hospital Distrital de Bragança, entre 1 de Janeiro de 1995 e 31 de Dezembro de 1998.

O diagnóstico de Brucelose foi considerado perante uma clínica sugestiva e reacção de Wright maior ou igual a 1/160.

Foram estudados os parâmetros epidemiológicos, laboratoriais e terapêuticos.

A fonte de contágio provável foi identificada na totalidade das crianças, na sua maior parte por ingestão de leite não pasteurizado e/ou contacto com animais.

Os autores encontraram um predomínio significativo no sexo masculino (67,2%).

Os principais sinais e sintomas apresentados foram a artralgia/artrite, febre, anorexia e astenia.

Os fármacos utilizados foram a Doxiciclina, Gentamicina, Cotrimoxazol e Rifampicina (em esquemas de monoterapia ou em associação).

Ocorreram recidivas em 3 crianças e reinfecções em 4 casos.

Palavras-chave: brucelose, criança.

SUMMARY

The authors present a retrospective study involving 64 children with Brucellosis and ages between 13 months and 14 years, diagnosed in Hospital Distrital de Bragança from January 1995 to December 1998.

The diagnosis of Brucellosis was considered with suggestive clinical presentation and Wright's antibody testing $\geq 1/160$.

Epidemiological, laboratory and therapeutic parameters were analysed.

The likeliest contact source was identified in the majority of children being essentially through non pasteurised milk and/or contact with infected animals.

1 Assistente Hospitalar de Pediatria, Hospital Distrital de Bragança; 2 Assistente de Medicina Geral e Familiar, Centro de Saúde de Mirandela; 3 Chefe de Serviço de Pediatria, Hospital de S. Pedro — Vila Real

The authors found a significant predominance in males (67.2 %).

The main signs and symptoms were arthralgias/arthritis, fever, anorexia and fatigue. The drugs used were Doxycycline, Gentamicin, Trimethoprim-sulfamethoxazole and Rifampin (alone or in combination).

Tree children relapsed and 4 had re-infections.

Keywords: brucellosis, children.

Introdução

A importância da Brucelose em Portugal é de todos conhecida.

Apesar das medidas que vêm sendo implementadas desde 1935, o certo é que esta Antropozoonose continua a representar um grave problema de Saúde Pública. O número de casos oficialmente declarados de brucelose humana tem sido elevado, acima de 1000 casos/ano a partir de 1987, sendo necessário acrescentar que a OMS aconselha a multiplicação deste número por 5 para se ter uma aproximação ao número real de casos de doença (1).

A sinonímia da Brucelose é vasta, sendo conhecida também como Febre de Malta, Febre Ondulante, Febre Sudoroálgica, Febre de Gibraltar e, entre os criadores de gado, como Aborto Contagioso e Doença de Bang.

A Brucelose é uma infecção causada por um microorganismo do género *Brucella*, cujos reservatórios naturais são os animais. A *Brucella* é um coco-bacilo, Gram negativo, aeróbio e intracelular facultativo existindo seis espécies que podem ser transmitidas ao homem (*abortus*, *canis*, *melitensis*, *suis*, *ovis* e *neotomae*).

A transmissão ao Homem é feita essencialmente pelas vias cutâneomucosa, digestiva e inalatória. Outras formas possíveis na criança, embora raras, são a via placentária e o leite materno.

Sendo principalmente uma doença do adulto, também surge na criança (20 % dos casos) com maior incidência na idade escolar, podendo ter nesta uma apresentação clínica mais benigna e auto-limitada.

A gravidade da doença relaciona-se com o estado imunitário do hospedeiro, a existência de patologia subjacente e da espécie em causa (casos mais graves nas formas *melitensis* e *suis*).

A Brucelose pode apresentar-se de duas formas (1):

1. Brucelose sub-clínica: rara na criança, é detectada em rastreio de populações de risco e caracteriza-se pela existência de serologia positiva sem evidência clínica de doença.
2. Brucelose sintomática: quando existe clínica compatível e confirmação laboratorial. De acordo com o tempo de evolução podem ser consideradas três fases: a) aguda (corresponde à septicemia e é a mais frequente nas idades pediátricas), b) subaguda (os sintomas persistem por mais de 6 meses), c) crónica (os sintomas mantêm-se por mais de 1 ano).

Não existe um conjunto de sinais e sintomas patognomónicos da doença. Os mais frequentemente encontrados são a febre, sudorese (profusa, predominantemente nocturna), artral-

saúde
infantil

2000; 22/1: 27-32

gias (grandes articulações, como a coxo-femural e o joelho), adenopatias (cervicais), hepatoesplenomegalia, astenia, anorexia, mialgias, cefaleias, náuseas, vômitos, dores abdominais e alterações do trânsito intestinal (2).

O diagnóstico é feito de acordo com a clínica e recorrendo aos exames culturais, serologia e de técnicas de imagem, no caso de existirem focalizações (1, 2, 3).

O diagnóstico definitivo é obtido quando se isola a *Brucella* nos exames culturais. As hemoculturas devem efectuar-se antes do início da terapêutica e podem ser positivas em 70 a 90% dos casos (1,2,3). As mieloculturas são contudo eficazes nos casos em que já se iniciou antibioterapia e nas formas mais arrastadas (1). Os exames culturais só devem ser considerados negativos após 6 semanas de incubação.

Dada a importância de um diagnóstico precoce na evolução da doença, recorre-se aos testes serológicos:

- **Rosa de Bengala** (teste de aglutinação rápida em lâmina; método rápido e de fácil execução, que detecta quase exclusivamente imunoglobulinas da classe Ig G pelo que tem interesse nas formas subagudas ou crónicas, não sendo por isso de grande utilidade na fase aguda da doença (2,3,4)).
- **Wright** (teste de aglutinação lenta em tubo; detecta fundamentalmente Ig M, sendo considerado positivo quando o título é $\geq 1 : 160$). É o teste mais informativo na fase aguda da Brucelose, tendo ainda a vantagem de ser quantitativo. Pode tornar-se rapidamente negativo nas formas subagudas e é praticamente sempre negativo nas formas crónicas. Deve-se ter atenção ao facto de poderem ocorrer falsos positivos, por reacção cruzada com antígenos de *Salmonella*, *Yersinia enterocolitica*, *Francisella tularensis* e *Vibrio cholerae*, ou falsos negativos quer por excesso de anticorpos aglutinantes (fenómeno de zona), ou por presença de anticorpos bloqueantes) (2,3,4,5,6).
- **Reacção de Huddleson** (reacção rápida em lâmina que detecta Ig M, Ig G e Ig A. Apesar de sensível é pouco específica) (1,3).
- **Imunofluorescência Indirecta e Elisa** (doseiam as várias classes de Ig. Técnicas mais sensíveis e específicas mas também dispendiosas que as anteriores, pelo que não estão acessíveis em muitos hospitais, nomeadamente distritais).

O início precoce da terapêutica antibiótica encurtará a duração da doença e reduzirá a incidência de complicações. Vários esquemas têm sido propostos, mas a controvérsia mantém-se sobre qual o mais eficaz, isto porque a *Brucella* é um agente patogénico intracelular e as concentrações adequadas de antibióticos no interior da célula difíceis de obter. Esquemas de curta duração e em monoterapia, associam-se mais frequentemente a recaídas e recidivas, que podem ocorrer em 5-10% dos casos.

Os antibióticos mais frequentemente utilizados em Pediatria são: Doxiciclina (5 mg/Kg/dia), Cotrimoxazol (10-40mg/Kg/dia), Gentamicina ou Netilmicina (5-7,5mg/Kg/dia), Rifampicina (10-20mg/Kg/dia) ou Estreptomicina (15-20mg/Kg/dia) (3).

O prognóstico após terapêutica antibiótica específica é excelente. Se não for tratada, a mortalidade ronda os 3%.

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 27-32

A prevenção passa fundamentalmente por um controlo veterinário eficaz e por uma sensibilização e educação das populações sobre o risco do uso de produtos animais que possam estar contaminados. A notificação de todos os casos diagnosticados é muito importante, pois só assim se terão dados correctos da real dimensão do problema e se poderão implementar medidas mais eficazes de combate à Brucelose.

Metodologia

Procedeu-se à análise dos casos de Brucelose diagnosticados no período compreendido entre 1 de Janeiro de 1995 e 31 de Dezembro de 1998.

Foram seleccionados 64 processos clínicos que preenchiam os seguintes critérios:

- clínica sugestiva e/ou contexto epidemiológico
- associados a 1 ou mais dos seguintes critérios:
- hemocultura positiva para *Brucella*
- Wright $\geq 1/160$

Considerou-se:

Recidiva/recaída — quando, após cumprimento adequado da terapêutica e sem novo contacto com fonte de contágio, se registou aumento do título do teste de Wright ou reaparecimento de sintomatologia.

Reinfecção — aparecimento de sintomas e/ou positividade de testes serológicos com história epidemiológica positiva.

Cura — ausência de sintomatologia e testes serológicos negativos (Rosa de Bengala e Wright).

Os dados colhidos incidiram sobre o sexo, a idade, o concelho de residência, o mês de diagnóstico, a fonte provável de contágio, a clínica, os exames complementares de diagnóstico, o tratamento e o número de recidivas/reinfecções.

Resultados

Nos 64 processos analisados, verificou-se um predomínio do sexo masculino: 67,2 % dos casos.

A idade média foi de 7,6 anos, variando entre 1 e 14 anos. Sessenta e seis por cento das crianças estavam em idade escolar.

Na totalidade dos casos foi possível identificar a fonte provável de contágio. A forma mais frequente foi o contacto (54,7%), seguindo-se a inalação + ingestão (29,7%) e, só depois, a ingestão (4,7%).

Os sintomas/sinais predominantes foram a artralgia/artrite (76,6%), a febre (59,4%), a anorexia (53,1%), a astenia (43,8%) e a sudorese nocturna (35,9%). Nas crianças com queixas

articulares, a articulação mais frequentemente envolvida foi a coxo-femural em 67,3% dos casos.

Os exames auxiliares de diagnóstico mais vezes requisitados foram o hemograma, a velocidade de sedimentação, a Proteína C Reactiva, as provas de função hepática, as hemoculturas e os exames serológicos. Não se detectaram alterações significativas na contagem dos leucócitos na maioria das crianças, sendo de registar apenas três casos com leucocitose (4,7%) e 5 casos (7,8%) com leucopenia. A PCR foi positiva em 14 casos (21,9%) e a VS encontrava-se aumentada em 18 (28,1%). Verificou-se um aumento das transaminases em 30 crianças (46,9%). Todos apresentavam Rosa de Bengala positiva. A Reacção de Wright foi positiva em 54 (84,4%), variando entre 1/160 e 1/2560. As hemoculturas foram positivas em 25 (39%).

A terapêutica mais vezes efectuada foi a associação Cotrimoxazol + Gentamicina (37,5%), seguindo-se a associação Doxiciclina + Rifampicina (28,1%). O fármaco mais utilizado foi a doxiciclina em 38 casos.

Apresentaram-se como primeiro episódio 57 casos (89%), sendo 7 recidivas/reinfecções (11%). Três das recidivas (4,7%) ocorreram na terapêutica combinada Doxiciclina + Rifampicina.

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 27-32

Comentários

1. O predomínio do sexo masculino, por nós encontrado, poderá ter a ver com o facto de, nesta região, os rapazes participarem precoce e frequentemente nas actividades rurais, nomeadamente na pastorícia.
2. A sazonalidade encontrada, com predomínio nos meses quentes, também é concordante com o referido na maioria dos trabalhos sobre Brucelose (2,7,8,9,11).
3. Foi-nos possível identificar a provável fonte de contágio na totalidade dos casos e, contrariamente à literatura, a forma de transmissão mais vezes encontrada foi o contacto, explicável pelo facto de quase todos eles serem provenientes de regiões onde a pastorícia é uma importante fonte de rendimento e onde se contacta diariamente com os animais.
4. Contrariamente a outros trabalhos, a forma mais frequente de apresentação não foi a febre, mas a artralgia/artrite. A localização da articulação mais afectada (coxo-femural), é concordante com a encontrada na literatura (1,7,8,9,11).
5. O tempo médio por nós encontrado, entre o início dos sintomas e o diagnóstico (4 dias), foi bastante inferior ao referido na literatura (alguns trabalhos referem 18 dias) (2), o que se poderá dever à grande sensibilização existente dos clínicos que trabalham nesta zona do país, sem dúvida das mais afectadas quando se fala do problema Brucelose.
6. A percentagem de hemoculturas positivas (25 = 39%) é bem superior ao encontrado noutros trabalhos, mas está abaixo do descrito na literatura (70 a 90%) (1,2).

7. O facto da grande percentagem de utilização da associação de Doxíciclina + Rifampicina, deveu-se ao protocolo que estava instituído em conjugação com a Medicina Interna, no sentido da utilização destes fármacos. A partir de Outubro de 1995, adoptou-se o protocolo proposto pelo Hospital Pediátrico de Coimbra (2).

Conclusão

A resolução deste problema de saúde pública, endémico em Trás-os-Montes, passa fundamentalmente por um adequado controlo sanitário e veterinário. Aos médicos, compete minorar as complicações da Brucelose, diagnosticando-a e tratando-a precocemente, evitando simultaneamente os possíveis efeitos laterais resultantes da toxicidade de alguns fármacos utilizados, tão mais frequentes, quanto mais precoce a idade da criança.

Declarar todos os casos diagnosticados é também “obrigatório” e importante para que haja um verdadeiro conhecimento deste “flagelo”, alertando as entidades responsáveis deste país. De referir que, apesar do elevado número de casos por nós diagnosticados e tratados em apenas três anos (64), o número real de crianças afectadas por esta doença foi certamente superior, atendendo ao facto de termos conhecimento de que alguns casos foram tratados pelos respectivos médicos de família.

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 27-32

BIBLIOGRAFIA

1. Zarcos MM, Santa-Rita M, Carvalho L. Brucelose. Temas de Pediatria, Hospital D. Estefânia 1993, Vol. II, 127-33.
2. Agostinho M, Garcia P, Rocha G e Lemos L. Brucelose. Saúde Infantil 1995; 17: 29-38.
3. Análises Clínicas, 1990; 7 : 3-11.
4. Diagnostics Pasteur Manual, Microbiology Immunology ; 3th ed. 1991.
5. Feigin RD and Grossiek. Brucellosis. In Nelson ed. Textbook of Pediatrics, Philadelphia. WB Sanders, 1992; 741-2.
6. Serrano A, Cardoso I, Almeida F, Miranda C, Araújo F. Brucelose. O Petiz 1995; Vol. IV, N.º 2: 12-18.
7. Serrano A, Cardoso I, Almeida F, Miranda C, Araújo F. Brucelose — Casuística do Serviço de Pediatria do Hospital do Espírito Santo de Évora. O Petiz 1995; Vol. IV, N.º 3: 39-44.
8. Lemos L, Correia AJ e Costa ML. Brucelose. Saúde Infantil 1984; 3: 217-27.
9. Bastos V, Carvalho G e Castanheira J. Brucelose. Estudo dos casos do Serviço de Pediatria do Hospital de Viseu. Rev Port de Doenças Infecciosas 1993; 16 (1): 17-20.
10. Cabrita M, Santos C, Amaro G and col. Brucelose Humana. Casuística dos Serviços de Medicina do Hospital Distrital de Santarém 1986-92. Rev Port Doenças Infecciosas 1994; 17 (3): 139-44.
11. Gomes A, Belo E, Maciel I, Correia C, Martinez A. Brucelose - Um problema de Saúde Pública. Juvenil 1995; N.º 10: 43-47.

RECÉM-NASCIDO FILHO DE MÃE AgHBs POSITIVO

Carla Veiga¹, Bilhota Xavier²

RESUMO

Objectivos: Calcular a prevalência de grávidas portadoras de antígeno HBs (AgHBs), avaliar a efectividade do esquema de imunoprofilaxia utilizado e determinar factores que contribuem para a imunogenicidade.

Material e métodos: Foi elaborado um estudo descritivo exploratório cujo universo foram os recém-nascidos, filhos de mães AgHBs positivas que nasceram no Hospital de Stº. André de 1991 a 1996. A todos foi administrado ao nascimento imunoglobulina e vacina anti-hepatite B, recomendando-se a repetição da vacina, um e seis meses depois. Os lactentes foram distribuídos por dois grupos conforme o resultado do doseamento do anticorpo antiHBs (AcHBs): grupo A (10 a 1000mUI/ml) e grupo B (>1000mUI/ml). Em cada grupo procurou-se identificar a precocidade de administração da imunoglobulina e da vacina, tipo de vacina utilizado ao nascimento e o cumprimento dos tempos estabelecidos para o esquema vacinal proposto.

Resultados: Dum total de 12.680 grávidas, foram rastreadas 12.362 (97%), tendo-se identificado como portadoras 67 (0,5%). Dos filhos, apenas pudemos seguir 39 (58%); ficaram imunizados 37, um necessitou de uma quarta dose vacinal para atingir níveis séricos de AcHBs considerados protectores e um ficou AgHBs positivo. Das 37 crianças consideradas imunizadas, 13 (35%) pertenciam ao grupo A e 24 (65%) ao grupo B. As crianças que fizeram Recombivax® HB obtiveram níveis serológicos significativamente maiores ($p < 0,03$). Não houve diferenças significativas nos outros parâmetros avaliados.

Conclusões: A prevalência de mães AgHBs positivas no período em que decorreu o estudo foi de 0,5% e nas 39 crianças a efectividade do esquema de imunoprofilaxia utilizado foi de 97%.

Palavra-chave: mãe AgHBs +, recém-nascido, prevalência, vacina anti-Hepatite B.

1 Interna do Internato Complementar de Pediatria 2. Director do Serviço de Pediatria
Hospital de Santo André — Leiria

SUMMARY

Objectives: To determine the prevalence of Hepatitis B surface-antigen + (HBsAg+) pregnant women, to evaluate the immunoprophylaxy effectiveness and determinate the factors related to the immunogenicity.

Material and methods: A descriptive and exploratory study was made. The universe were the newborns, whose mothers were HBsAg +, who were born between 1991 and 1996 in Santo André's Hospital. The Hepatitis B immune globulin (HBIG) and the anti-Hepatitis B vaccine was given at birth to all of them and the vaccine at first and sixth month as advised. The infants were divided in two groups according to the anti-HBs levels: group A (10-1000mUI/ml) and group B (>1000mUI/ml). In each one of the groups we tried to identify the hour of HBIG and vaccine administration, the type of vaccine used at birth and schedule of vaccination.

Results: The screening of 12.362 was made among 12.680 (97%) pregnant women; 67 of them were HBsAg +. We followed 39 infants (58%); 37 of them were immunised, 1 needed a reinforcement and 1 was HBsAg +. From the 37 immunised infants 13 (35%) were of group A and 24 (65%) of group B. Higher significant levels ($p < 0,03$) were achieved in child who made Recombivax® HB. There were no significant differences among the other parameters studied.

Conclusions: The prevalence of HBsAg + mothers in the study period, was 0,5% and in the 39 infants followed the effectiveness of the immunoprophylaxy used was 97%.

Keywords: HBsAg + mother, newborn, prevalence, anti-hepatitis B vaccine.

*saúde
infantil*

2000; 22/1:33-39

Introdução

Estima-se que em Portugal ocorrem por ano cerca de 20.000 novos casos de infecção pelo Vírus da Hepatite B (VHB) (1). A prevalência de portadores crónicos é de cerca de 2%, o que nos coloca numa situação de endemidade intermédia baixa (1).

Dependendo sobretudo da presença do antígeno HBe (AgHBe), entre 70 a 90% dos bebés nascidos de mães infectadas adquirem a infecção, dos quais 90% desenvolvem infecção crónica (1-3). Esta é muitas vezes assintomática, mas constitui um risco de aparecimento de hepatite crónica activa, cirrose hepática e carcinoma hepatocelular primário. Uma vez que esse risco se relaciona com a duração da infecção crónica, aquele será inversamente proporcional a idade de infecção, rondando os 25% nos indivíduos infectados no período neonatal (1,3).

É inequívoca a importância da imunização em recém-nascidos (RN) de mãe AgHBs positivo (AgHBs +). Foi neste contexto que surgiu este estudo, no âmbito do qual foi estabelecido inicialmente um protocolo entre o Hospital de Leiria e a Administração Regional de Saúde de Leiria. Foi assim feito o rastreio sistemático do AgHBs no 3º trimestre de

gravidez, bem como o fornecimento gratuito das 2ª e 3ª doses da vacina anti-Hepatite B a todos os filhos de mães portadoras. O protocolo foi substituído em Julho de 92 pela circular normativa nº6/DTP da Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários (4).

Pretendeu-se, com este estudo, calcular a prevalência de grávidas portadoras do AgHBs, avaliar a efectividade do esquema de imunização activa e passiva nos recém-nascidos e ainda determinar factores que contribuem para a imunogenicidade.

Material e métodos

Foi elaborado um estudo descritivo exploratório prospectivo, cujo universo foram os RN filhos de mães AgHBs +, que nasceram no Hospital de Leiria de Janeiro de 1991 a Dezembro de 1996.

A todos os RN filhos de mães AgHBs + foram administradas, nos primeiros 3 dias de vida, imunoglobulina hiperimune anti-Hepatite B (IGHB) 0,5 ml intramuscular e conforme a disponibilidade hospitalar, aleatoriamente, as vacinas Engerix® B 20 µg ou Recombivax® HB 10 µg, administradas na região deltóide ou face anterolateral da coxa e em região muscular diferente da IGHB. Preconizou-se que as duas doses adicionais da vacina fossem administradas aos 1 e 6 meses de vida, a realizar nos Centros de Saúde da área de residência.

Os lactentes foram seguidos pelo seu médico assistente e foram reavaliados na consulta externa do nosso Serviço de Pediatria, por ocasião do doseamento do AcHBs, efectuado 3 meses após a última dose da vacina. Concomitantemente foram pesquisados os restantes marcadores. Foi utilizado o método ELISA para doseamento dos marcadores do VHB.

Considerou-se níveis seroprotectores de AcHBs sempre que estes foram iguais ou superiores a 10 mUI/ml(1); cumprimento dos tempos de vacinação até aos 2 meses para a 2ª dose e até aos 7 meses para a 3ª dose. Definiu-se imunogenicidade como a capacidade que a vacina tem de estimular a formação de anticorpos.

Os lactentes foram distribuídos por dois grupos de acordo com os títulos de AcHBs:

Grupo A: 10-1000mUI/ml

Grupo B: >1000mUI/ml

Para cada grupo procurou-se identificar a precocidade de administração da imunoglobulina e da vacina, o tipo de vacina utilizada e o cumprimento dos tempos estabelecidos para o esquema vacinal proposto. Foram construídas tabelas de contingência e avaliada a dependência/independência das variáveis pelo teste exacto de Fisher com um nível de significância de 5%.

*saúde
infantil*

2000; 22/1:33-39

Resultados

Do total de 12.680 grávidas atendidas nos seis anos do estudo, foram rastreadas 12.362 (97%), das quais 67 vieram a revelar-se portadoras do VHB. A distribuição da prevalência pelos diferentes anos pode ser observada na Fig. 1.

Nos 32 casos em que foi determinado, o AgHBe mostrou-se positivo em 7 (22%).

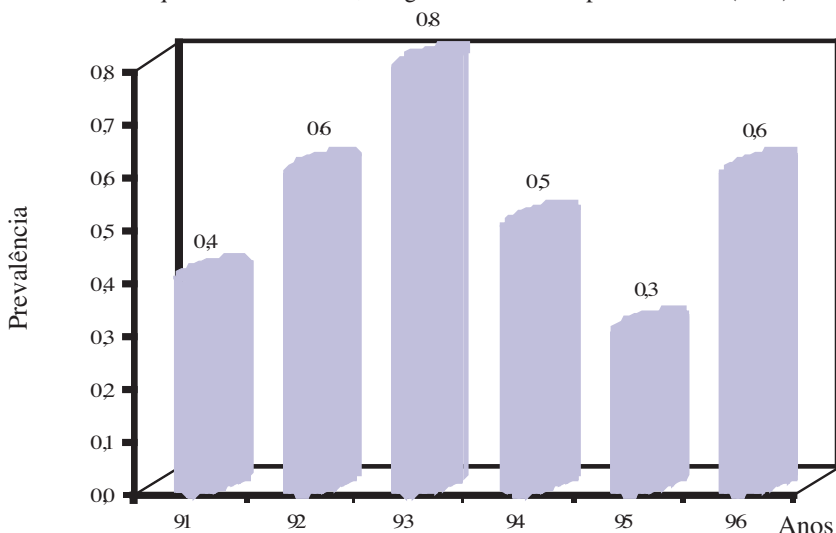


Fig. 1 — Prevalência do AgHBs+ nas grávidas por ano e por 100

A administração simultânea de IGHB e vacina anti-Hepatite B foi efectuada em média às 11,6 horas de vida, variando de 1 a 52 horas.

Na consulta externa de Pediatria foi possível avaliar 39 dos 67 lactentes. Foram considerados imunizados 37/39 (94%) e distribuídos pelo grupo A 13/37 (35%) e pelo grupo B 24/37 (65%). Dos dois restantes, um após a quarta dose da vacina atingiu níveis seroprotectores e o outro ficou AgHBs +. Salientar que este último era filho de mãe AgHBe + e que fez IGHB e a vacina anti-Hepatite B na primeira hora de vida e cumpriu os tempos de vacinação.

Todas as crianças fizeram as três doses da vacina, tendo sido efectuadas no momento preconizado em 62% dos casos.

A proporção de crianças do grupo A que cumpriram o esquema vacinal (73%) foi semelhante ($p = 0,3$) à do grupo B (57%) para um $n = 34$.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,6$) entre a proporção de recém-nascidos do grupo A — 11/13 (85%) e B — 20/24 (83%) que fizeram IGHB e vacina anti-Hepatite B até às 12 horas de vida, Fig. 2.

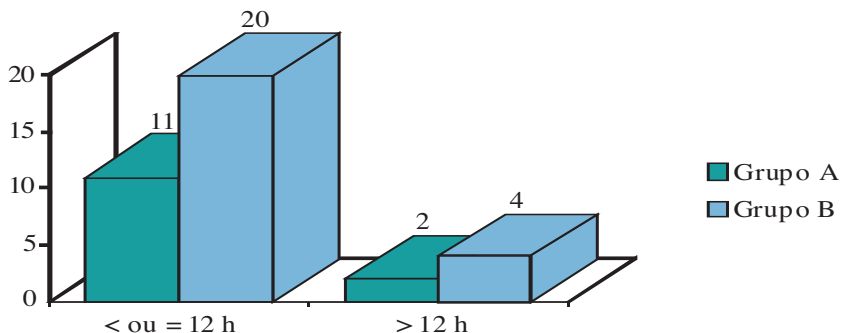


Fig. 2 — Hora de vida da administração de IGHB e vacina anti-hepatite B/AcHBs

Puderam ser caracterizados quanto ao tipo de vacina efectuada 29 casos: Engerix® B em 19 e Recombivax® HB em 10. As crianças que fizeram Recombivax® HB obtiveram níveis serológicos significativamente maiores ($p < 0,03$), como se pode observar na Fig. 3.

saúde infantil

2000; 22/1:33-39

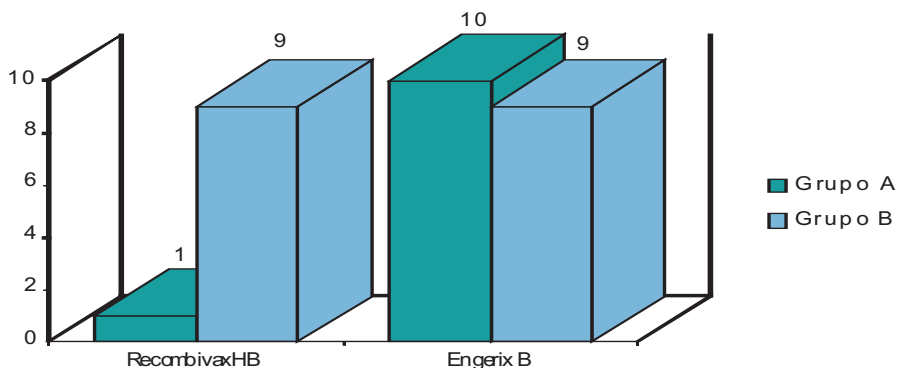


Fig. 3 — Tipo de vacina/AcHBs

Discussão e conclusões

No período de seis anos em que decorreu o estudo, a prevalência anual de grávidas AgHBs + no nosso Hospital foi de 0,5%. Este valor é inferior ao verificado nos Hospitais de D. Estefânia (2,7%) (5) e de S. Marcos em Braga (1,6%) (6), (mas compreendem

apenas períodos de 4 meses), ficando também aquém da prevalência da população portuguesa em geral (2%) (1). Aliás tem-se verificado uma grande variabilidade nos valores encontrados por diversos autores no que respeita à prevalência de positividade para o AgHBs. Tal variação dever-se-á, entre outros factores, às diferenças nas características dos grupos populacionais estudados (5).

A efectividade do esquema de imunoprofilaxia por nós encontrado foi de 97%, o que está dentro dos valores referenciados na literatura (90 a 100%) (2,7).

Na maioria das crianças, a transmissão ocorre no momento do parto, por contaminação do RN com as secreções maternas. Não podem ser prevenidas pela vacina anti-hepatite B e pela IGHB menos de 10% das infecções, devidas provavelmente a transmissão transplacentar (2).

Não nos surpreenderam os resultados obtidos. Estudos recentes mostram que a eficácia da vacina isolada não difere significativamente da sua associação com a IGHB(2,8). Há quem defenda mesmo que, se a mãe é AgHBe negativa, se deva fazer só a vacina anti-hepatite B, se for utilizado um calendário de vacinação rápido (0,1,2 e 12 meses) (7). Outros defendem o uso isolado da vacina independentemente do AgHBe materno (8).

Quando se pretendeu associar o título de AcHBs com as variáveis atrás referidas, verificaram-se notórias diferenças com o tipo de vacina utilizado ao nascimento (mas só puderam ser caracterizados 29 casos). A Engerix® B e a Recombivax® HB são ambas vacinas recombinantes de DNA, produzidas a partir de leveduras com pequenas diferenças segundo o fabricante: o AgHBs da segunda adquire uma estrutura tridimensional, com optimização da exposição dos epítopes, que são determinantes da imunogenicidade e talvez por isso lhe permita com metade da dose de antigénio da outra vacina obter pelo menos os mesmos efeitos. Em vários trabalhos têm-se comparado as duas vacinas em lactentes, filhos de mães AgHBs negativas. Concluiu-se que a eficácia e os efeitos secundários das duas foram semelhantes, mas as médias geométricas dos títulos de AcHBs foram superiores e mais precocemente atingidas com a vacina Engerix® B (8,9). Desconhecemos a existência de estudos que comparem estas duas vacinas em lactentes de mães AgHBs positivas.

No nosso trabalho a vacina Recombivax® HB pareceu ser mais imunogénica, apesar de não se terem utilizado médias geométricas dos títulos de AcHBs, o que pode ser uma fonte de viés. Por outro lado foram utilizadas doses de vacina de adulto por não haver disponível na nossa farmácia a apresentação pediátrica e a sua administração não ser acrescida de risco, o que pode ter contribuído para os resultados.

O facto da nossa amostra ser pequena impede-nos de fazer extrapolações.

Daí propormos que se continuem a seguir as recomendações da Academia Americana de Pediatria (1) para os recém-nascidos de mães AgHBs +: IGHB 0,5 ml intramuscular nas primeiras 12 h de vida e vacina anti-Hepatite B (5 µg de Recombivax® HB ou 10 µg de Engerix® B) intramuscular em regiões musculares diferentes de preferência nas primeiras 12 horas de vida. As restantes duas doses da vacina deverão ser administradas um e seis meses depois.

*saúde
infantil*

2000; 22/1:33-39

BIBLIOGRAFIA

1. Pita Groz Dias. Vacinas anti-hepatite B e anti-haemophilus influenza tipo b. Acta Médica Portuguesa 1997; 10:129-38.
2. Mark A. Kane. Hepatitis viruses and the neonate. Clinics in Perinatology 1997; 24:181-90.
3. Craig N, Shapiro MD. Epidemiology of hepatitis B. Pediatr Infect Dis J 1993; 12:433-7.
4. Circular normativa nº6/DTP de 28.07.92 da DGCS: Hepatite B - determinação sistemática do AgHBs nas grávidas e imunização dos recém-nascidos, filhos de mães portadoras.
5. Neto M, Ventosa L, Loureiro V, Leal F, Henriques M, Amaral J. Transmissão vertical do vírus da hepatite B, importância do rastreio na grávida. Rev Port Pediatr 1992; 23:79-84.
6. Antunes H, Cunha I. Prevalência de AgHBs na população de grávidas do Hospital de São Marcos-Braga. Rev Port Pediatr 1994; 25: 389-392.
7. Sangfelt P, Reichard O, Lidman K, von Sydow M, Forsgren M. Prevention of hepatitis B by immunization of the newborn infant — a long term follow up study in Stockholm, Sweden. Scand J Infect Dis 1995; 27: 3-7.
8. Greenberg D. Pediatric experience with recombinant Hepatitis B vaccines and relevant safety and immunogenicity studies. Pediatr Infect Dis J 1993; 12: 438-45.
9. Greenberg DP, Vadheim CM, Wong VK, Marcy SM, Partridge S, Greene T et al. Comparative safety and immunogenicity of two recombinant vaccines given to infants at two, four and six months of age. Pediatr Infect Dis J 1996; 15: 590-6. Am J Dis Child 1993; 147: 1316-20.
10. Committee on Infectious Diseases. Hepatitis B. In: Georges Peter ed. Red Book 1997. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics, 1997: 247-260.

*saúde
infantil*

2000; 22/1:33-39

Correspondência: Carla Regina Veiga
Serviço de Pediatria - Hospital de Stº. André
2410 Leiria

ATITUDES E CONHECIMENTOS DOS ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS FACE AO ALEITAMENTO MATERNO

Vítor Bastos¹, Alberto Rocha¹

RESUMO

Foi distribuído um inquérito no final do ano lectivo 98/99 a 218 adolescentes da Escola Secundária Emílio Navarro, em Viseu, a fim de investigar os respectivos conhecimentos e atitudes relativamente ao aleitamento materno.

Verificou-se uma elevada percentagem (genericamente superior a 90%) de atitudes positivas quanto às vantagens do aleitamento e a maior parte dos inquiridos mostrou-se receptiva a novas informações.

Identificaram-se alguns factores centrados na mãe (o aleitamento materno é o mais conveniente para a mãe, não enfraquece a mãe e não provoca perturbações na vida familiar) susceptíveis de influenciar positivamente a decisão de amamentar um futuro filho.

Conclui-se pela necessidade de investigação transcultural e educação para a saúde dos adolescentes, no sentido de realizar uma promoção mais eficaz do aleitamento materno.

Palavras-chave: aleitamento materno, adolescentes.

SUMMARY

A research was conducted among 218 adolescents in a Viseu's highschool, to evaluate attitudes and knowledge on breast-feeding.

The results revealed a high percentage (generically more than 90%) of positive attitudes in relation to breast-feeding and most of the students wanted to learn more about breast-feeding.

Some factors (breast-feeding is a more convenient method for the mother, does not weaken the mother and does not disturb family life) were found to be associated with increased future trying to breast-feed a baby.

This work confirms the need to perform transcultural research and health education to adolescent population, in order to increase the effectiveness of breast-feeding population.

Keywords: breast-feeding, adolescents.

¹ Assistente Hospitalar de Pediatria
Serviço de Pediatria do Hospital de São Teotónio — Viseu

Introdução

O aleitamento materno (A. M.) é o complemento lógico da gestação e do parto, constituindo a sua promoção uma prioridade mundial (1,2). Com efeito, os méritos do leite materno (L. M.), verdadeiro elo de cumplicidade mãe-filho com mútuos benefícios, são hoje universalmente reconhecidos (3-7). Assim, autêntico seguro de saúde e de desenvolvimento da criança, é consensualmente recomendado como único alimento até aos quatro a seis meses de idade (1,8-10).

Em Portugal, apesar das múltiplas medidas para fomentar a amamentação junto dos profissionais de saúde e da comunidade, a sua prevalência não é de todo satisfatória (8,9,11). Não obstante os elevados valores ao nascimento, os dados epidemiológicos disponíveis revelam rápida diminuição da duração da amamentação, pelo que muitas crianças continuam a receber pouco, ou mesmo nenhum, leite materno (4,6,11-13).

A decisão sobre o modo de alimentar um futuro filho é tomada geralmente antes do parto, fruto das experiências, conhecimentos e atitudes acumuladas ao longo da vida, ainda que sujeita a muitas influências (tradições regionais ou familiares, opiniões de pessoas significativas...) (8,9,11,14,15). Apenas uma minoria de gestantes deixa tal resolução para depois do parto, sendo este pequeno grupo o único susceptível de ser categoricamente influenciado pelo pediatra (2,9).

Dos vários factores apontados no sentido de aumentar o sucesso do aleitamento materno, tem sido salientado o valor dos respectivos conhecimentos e atitudes dos adolescentes (9,11). Considera-se que a promoção do aleitamento materno poderá ter maior eficácia quanto a resultados posteriores, se iniciada logo na adolescência, aproveitando inclusivamente o grande interesse e receptividade deste grupo etário (adolescentes grávidas em particular) em ampliar o seu entendimento da matéria (9,11,13). Ora, um ensino adequado neste campo pressupõe e torna indispensável averiguar as atitudes, os conhecimentos e dúvidas do grupo social a que se destina e daí tal objectivo no presente trabalho.

Material e métodos

O nosso estudo realizou-se no final do ano lectivo 98/99 na Escola Secundária Emídeo Navarro de Viseu, estabelecimento público frequentado por alunos de ambos os sexos e que serve uma população mista, urbana e rural, de classe social média.

A investigação incidiu sobre uma amostra populacional de adolescentes dos 15 aos 18 anos de idade, sorteada entre os alunos dos 10º, 11º e 12º anos de escolaridade.

O inquérito utilizado compreendendo vinte e duas perguntas de resposta múltipla, foi simultaneamente distribuído e preenchido pelos alunos no início de uma aula e seguidamente recolhido pelos professores.

A escolha deste questionário baseou-se no facto de já ter sido aplicado protocolarmente por N. T. Santos (13) e L. Levy (9,11) noutras escolas secundárias do país e assim permitir comparar resultados adquiridos em populações diferentes.

Os dados obtidos foram analisados e classificados de acordo com os conhecimentos, atitudes e fontes de informação, apresentados sob a forma de percentagens e avaliados estatisticamente com o teste do χ^2 .

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 41-51

Resultados

O questionário foi preenchido por 218 alunos, 141 raparigas e 77 rapazes. Os resultados, apresentados em valor numérico e percentual, podem ser consultados no quadro I.

Nº	Questão	R	Sexo fem. 141		Sexo masc. 77	
			Nº	%	Nº	%
1	O leite materno é o alimento mais saudável para a criança?	1	140	99,3	74	96,1
		2			1	1,3
		3	1	0,7	1	
		4			1	
2	A alimentação ao peito é mais económica que o aleitamento artificial?	1	134	95	71	92,2
		2				
		3	7	5	6	7,8
		4				
3	A alimentação ao peito perturba o trabalho e a liberdade da mãe?	1	68	48,2	23	29,9
		2	54	25,5	24	31,1
		3	17	32,6	30	39
		4	2	0,7		
4	A alimentação ao peito é a mais conveniente para a mãe?	1	58	41,2	23	29,9
		2	36	25,5	24	31,1
		3	46	32,6	30	39
		4	1	0,7		
5	A alimentação ao peito tem mais vantagens para a criança?	1	134	95,1	71	92,2
		2	2	1,4	1	1,3
		3	4	2,8	5	6,5
		4	1	0,7		
6	A alimentação ao peito provoca a obesidade da mãe?	1	3	2,1	7	9,1
		2	61	43,3	26	33,8
		3	77	32,6	44	57,1
		4				
7	A alimentação ao peito prejudica a estética da mãe?	1	34	24,1	22	28,6
		2	61	43,3	25	32,4
		3	46	32,6	30	39
		4				
8	A alimentação ao peito enfraquece a mãe?	1	11	7,8	14	18,2
		2	84	59,6	33	42,8
		3	46	32,6	30	39
		4				
9	A alimentação ao peito provoca perturbações na vida familiar?	1	1	0,7	6	7,8
		2	123	87,2	58	75,3
		3	17	12,1	13	16,9
		4				

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 41-51

Nº	Questão	R	Sexo fem. 141		Sexo masc. 77	
			Nº	%	Nº	%
10	Conhece as modificações do corpo da mulher que conduzem à lactação?	1	57	40,4	26	33,8
		2	61	43,3	40	51,9
		3	22	15,6	11	14,3
		4	1	0,7		
11	A alimentação ao peito é natural?	1	139	98,6	74	96,1
		2			1	1,3
		3	2	1,4	2	2,6
		4				
12	Julga que a alimentação ao peito é boa e desejável?	1	133	94,3	69	89,6
		2				
		3	8	5,7	8	10,4
		4				
13	A alimentação ao peito não é moderna e por isso não é popular?	1	14	9,9	21	27,3
		2	105	74,5	43	55,8
		3	21	14,9	12	15,6
		4	1	0,7	1	1,3
14	Pensou como vai alimentar um seu futuro filho?	1	52	36,9	27	35,1
14.1	Ainda não tem qualquer ideia?	2	70	49,6	40	51,9
		3	17	12,1	10	13
		4	2	1,4		
14.2	Tentará o aleitamento materno?	1	127	90,1	55	71,4
		2	2	1,4	8	10,4
		3	12	8,5	11	14,3
		4			2	2,6
14.3	Está decidido a não fazer aleitamento materno?	1	7	5	9	11,7
		2	116	82	55	71,4
		3	25	17,7	11	14,3
		4			1	1,3
14.4	Acordará com o seu parceiro conjugal a decisão sobre o aleitamento materno?	1	72	51,1	63	81,8
		2	44	31,2	2	2,6
		3	25	17,7	11	14,3
		4			1	1,3
15	A mãe que alimenta ao peito tem uma ligação emocional com o seu filho mais marcada do que a que não amamenta?	1	96	68,1	52	67,5
		2	32	22,7	12	15,6
		3	13	9,2	13	16,9
		4				
16	Fala com os seus amigos (as) sobre o interesse da amamentação?	1	25	17,7	12	15,6
		2	115	81,6	61	79,2
		3	6	4,3	5	6,5
		4				

saúde
infantil

2000; 22/1: 41-51

Nº	Questão	R	Sexo fem. 141		Sexo masc. 77	
			Nº	%	Nº	%
17	Viu a sua mãe, familiares ou amigas amamentar?	1	135	95,7	68	88,3
		2	6	4,3	7	9,1
		3			2	2,6
		4				
18	Foi você amamentado com leite materno?	1	110	78	64	83,1
		2	25	17,7	7	9,1
		3	6	4,3	5	6,5
		4			1	1,3
19	Ouviu já de alguma mãe que a amamentação era uma boa coisa?	1	130	92,2	54	70,1
		2	6	4,3	15	19,5
		3	5	3,5	8	10,4
		4				
20	Já teve alguma informação sobre aleitamento materno, através de:					
	20.1 Leitura	1	78	55,3,	34	44,2
		2	57	40,4	40	51,9
		3	5	3,6	3	3,9
	20.2 Rádio	1	12	9	9	11,7
		2	123	87	67	87
		3	3	2	1	1,3
		4	3	2		
	20.3 Televisão	1	97	68,8	43	55,8
		2	38	27	33	42,9
		3	5	3,5	1	1,3
		4	1	0,7		
21	Já teve alguma informação sobre leites industriais, através de:					
	21.1 Leitura	1	78	55,3	44	57,1
		2	57	40,4	30	39
		3	5	3,6	3	3,9
		4	1	0,7		
	21.2 Rádio	1	15	10,6	22	28,6
		2	117	83	52	67,5
		3	5	3,6	3	3,9
		4	4	2,8		
	21.3 Televisão	1	103	73	57	74
		2	30	21,3	18	23,4
		3	7	5	2	2,6
		4	1	0,7		
22	Está interessado em ser informado sobre aleitamento materno, nas aulas da sua escola	1	105	74,4	41	53,2
		2	18	12,8	21	27,3
		3	18	12,8	14	18,2
		4			1	1,3

R – Resposta 1 – Sim 2 - Não 3 – Não sei 4 – Sem resposta

Quadro I — Resultados em percentagem das respostas obtidas na população estudada (218).

saúde infantil

2000; 22/1: 41-51

Atitudes positivas

No quadro II obtiveram-se os resultados das atitudes positivas relativamente ao aleitamento materno, considerando as suas possíveis vantagens globais.

Nº	QUESTÃO	ATITUDES POSITIVAS	
		RAPARIGAS (141)	RAPAZES (77)
1	O leite materno é o alimento mais saudável para a criança	99,3%	96,1%
2	O A.M. é mais económico que a alimentação artificial	95,0%	92,2%
4	O A.M. é mais conveniente para a mãe	41,2%	29,9%
5	O A.M. tem mais vantagens para a criança	95,1%	92,2%
8	O A.M. não enfraquece a mãe	59,6%	42,8%
9	O A.M. não provoca perturbações na vida familiar	87,2%	75,3%
11	O A.M. é natural	98,6%	96,1%
12	O A.M. é bom e desejável	94,3%	89,6%
15	A mãe que amamenta tem ligação emocional mais forte com o filho	68,1%	67,5%

Quadro II — Aleitamento materno: atitudes positivas.

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 41-51

Atitudes vulneráveis

Os conhecimentos e atitudes que se julgam vulneráveis, atendendo à relação entre aleitamento materno e a mãe, apresentam-se no quadro III.

Nº	QUESTÃO	ATITUDES VULNERÁVEIS	
		RAPARIGAS (141)	RAPAZES (77)
3	O A.M. perturba o trabalho e a liberdade da mãe	48,2%	29,9%
4	A alimentação ao peito é a mais conveniente para a mãe	41,2%	29,9%
6	O A.M. não provoca obesidade da mãe	43,3%	33,8%
7	O A.M. não prejudica a estética da mãe	43,3%	32,4%
8	O A.M. enfraquece a mãe	7,8%	18,2%

Quadro III — Aleitamento materno e a mãe: atitudes vulneráveis.

Atitudes e decisões futuras

No quadro IV foram agrupadas atitudes e decisões que têm em vista, particularmente, o futuro.

Os resultados obtidos entre os rapazes são, de um modo geral, inferiores, com excepção da última alínea, já que 81,8% estão de acordo em tomar uma decisão com o seu futuro par.

Nº	QUESTÃO	ATITUDES E DECISÕES	
		RAPARIGAS (141)	RAPAZES (77)
13	A alimentação ao peito não é popular por não ser moderna	9,9%	27,3%
14	Como pensa alimentar os seus futuros filhos?		
14.1	Ainda não tem qualquer ideia	36,9%	35,1%
14.2	Tentará o aleitamento materno	90,1%	71,4%
14.3	Está decidido a não fazer aleitamento materno	5%	11,7%
14.4	Acordará com o seu parceiro conjugal a decisão sobre o A. M.	51,1%	81,8%

Quadro IV — Aleitamento materno: atitudes e decisões.

Conhecimentos e interesses sobre o aleitamento materno

Relativamente a interesses e conhecimentos sobre o aleitamento materno, os resultados reúnem-se no quadro V.

Dos adolescentes inquiridos 38,1% têm noção das modificações do corpo da futura mãe, uma percentagem significativa (95,7% das raparigas e 88,3% dos rapazes) viu a mãe ou familiares amamentar e cerca de 80% foram amamentados.

De realçar o interesse maioritariamente manifestado, sobretudo pelas raparigas, em ter ensino escolar sobre aleitamento materno.

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 41-51

Nº	QUESTÃO	CONHECIMENTO E INTERESSE	
		RAPARIGAS (141)	RAPAZES (77)
10	Conhecem as modificações do corpo da mãe que conduzem à lactação	40,4%	33,8%
16	Falam com os amigos sobre A.M.	17,7%	15,6%
17	Viram a mãe ou familiares amamentar	95,7%	88,3%
18	Foram amamentados com leite materno	78%	83,1%
19	Ouviram alguma mãe referir que o A.M. era bom	92,2%	70,1%
22	Estão interessados em ter informação escolar do A.M.	74,4%	53,2%

Quadro V — Aleitamento materno: conhecimentos e interesses.

A principal fonte de informação, tanto para o aleitamento materno como para o artificial, foi a televisão (quadro VI).

Nº	QUESTÃO	FONTES DE INFORMAÇÃO	
		RAPARIGAS (141)	RAPAZES (77)
20	Já teve alguma informação sobre aleitamento materno, através de:		
	20.1 Leitura	55,3%	44,2%
	20.2 Rádio	9%	11,7%
	20.3 Televisão	68,8%	55,8%
21	Já teve alguma informação sobre leites industriais, através de:		
	20.1 Leitura	55,3%	57,1%
	20.2 Rádio	10,6%	28,6%
	20.3 Televisão	73%	74%

Quadro VI — Aleitamento materno, aleitamento industrial: fontes de informação.

Analisando estatisticamente os resultados obtidos, verifica-se que as vantagens do aleitamento materno para a criança, não influenciaram positivamente a decisão de tentar a amamentação.

Na população estudada, as razões centradas na mãe foram determinantes de tal decisão, isto é, verifica-se uma associação entre a decisão de tentar futuramente o A.M. e a opinião de que este é o mais conveniente para a mãe ($p < 0.01$). Os adolescentes que disseram que o A.M. não enfraquece a mãe foram igualmente influenciados na sua decisão de tentar a amamentação ($p < 0.01$) e também se encontrou associação entre os que acham que o A.M. não provoca perturbações na vida familiar e a decisão de amamentar um futuro filho ($p < 0.01$).

Aqueles que afirmaram tentar o A.M., também se mostraram mais interessados em serem informados sobre ele, nas aulas da sua escola.

Não encontramos qualquer relação entre a decisão de tentar o A.M. e o factor económico, nem com o facto de ter sido amamentado ou ter visto amamentar.

FACTOR		TENTARÁ A.M.	NÃO tentará	p
A.M. é o mais conveniente para a mãe?	sim	70	0	P<0.01
	não	50	7	
A.M. enfraquece a mãe?	sim	14	4	P<0.01
	não	105	2	
A.M. provoca perturbações na vida familiar?	sim	3	2	P<0.01
	não	155	6	

Quadro VII — Factores associados à decisão de tentar a amamentação.

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 41-51

Discussão

É fundamental averiguar as determinantes da decisão sobre o A.M. e respectiva manutenção, no sentido de aumentar o seu sucesso, evitando um desmame precoce (11). Ainda existe um desconhecimento relativo aos motivos dessa escolha, sobretudo quando se trata de mães adolescentes (9,16).

Os resultados ora alcançados são animadores, dado que a atitude global em relação à amamentação foi positiva e receptiva a novas informações. No entanto apenas 37,2% (81 dos inquiridos reputa a alimentação ao peito conveniente para a mãe e só 53, 7% julga que ela não a enfraquece.

Regista-se uma atitude francamente positiva quanto à intenção de amamentar e não obstante os resultados mais negativos entre os rapazes, estes estão, curiosamente, mais receptivos ao diálogo com a futura companheira. Por outro lado, a decisão positiva de tentar o A.M. em 90,1% das raparigas, entra em contradição aparente com 36,9% daquelas, que responderam que ainda não sabiam como alimentar um futuro filho!

Lamentavelmente constata-se, ainda, alguma ignorância sobre esta problemática: a maioria ignora as modificações do corpo da futura mãe e as opiniões genericamente manifestadas sobre as repercussões maternas (saúde, estética e vida sócio-profissional) não são nada satisfatórias.

O nosso trabalho sugere que, à semelhança de outros, as razões pelas quais uma decisão é tomada podem diferir de acordo com as influências a que está submetida a população estudada. Assim, na Escola Emídeo Navarro, como em Ourém (11), a decisão de amamentar um futuro filho foi sobretudo influenciada por razões centradas na mãe, enquanto na do Lumiar (9), foi-o por razões centradas no bem-estar da criança. O nosso estudo aponta no sentido de que, tal como vem referido na literatura, a promoção do A.M. está estreitamente ligada à divulgação das vantagens da amamentação para a mãe (11).

Surpreendeu-nos, de algum modo, a elevada percentagem de adolescentes referindo ter sido amamentados, terem visto amamentar ou terem ouvido de alguma mãe, que a alimentação ao peito era uma coisa boa. Todavia, tal como Levy (9) e ao invés de outros (16), constatámos que o facto de ter sido amamentado não se mostrou preditivo de uma decisão positiva de tentar futuramente a amamentação. Da mesma maneira, não encontramos relação significativa com o facto de se ter já visto amamentar, ao contrário de outras investigações (7,9), insinuando, mais uma vez, a necessidade de ter em conta a existência de comunidades distintas, sensíveis a diferentes argumentos ou estímulos.

Não obstante a variabilidade em termos de população, metodologia ou resultados existe uma conclusão comum nos diversos trabalhos, ou seja, os adolescentes querem saber mais sobre o A.M.. Tal interesse, aliado à sua característica curiosidade em aprender coisas novas, para além de serem os pais do futuro, fazem deles um dos alvos preferenciais da Educação para a Saúde sobre o A.M., pelo que se deveria incluir nos *curricula* das Escolas Secundárias informação correspondente actual, interactiva e dinâmica (9,11,17). Senão,

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 41-51

provavelmente não terão jamais possibilidade de vir a obter, de uma forma didáctica, uma informação científica neste campo (13,18).

Torna-se necessário fazer investigação transcultural, para que se possa adequar a Educação para a Saúde a cada comunidade, a fim de maximizar o sucesso do A.M. (9,11,13). De facto, não é possível extrapolar as informações e conclusões, anteriormente referidas, para outras populações com atitudes e conhecimentos eventualmente diversos. Seria de todo o interesse que as futuras investigações contivessem um protocolo capaz de discernir os factores que influenciam positivamente a decisão de amamentar e a sua manutenção.

A avaliar pelo grupo estudado, existe ainda uma grande ignorância sobre o tema, pelo que urge refazer uma vasta campanha promocional, utilizando eficazmente os poderosos meios de comunicação social, que deverá incluir informações sobre as vantagens para o bebé e para a própria mãe.

BIBLIOGRAFIA

1. Alves AMN, Almeida MDV. Aleitamento materno. Breve perspectiva histórica. Rev Port de Nutrição 1992; 4(2): 8-33.
2. Levy L. A alimentação no primeiro ano de vida. Rev Port Pediatr 1994; 25: 191-204.
3. Carvalho A, Taborda A, Ramos C, Negrão F. Aspectos práticos do aleitamento materno. Saúde Infantil 1992; 14: 23-30.
4. Rocha LM, Gomes A. Prevalência do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida. Saúde Infantil 1998; 20/3: 59-66.
5. Marques MM. Alimentação no primeiro ano. Rev Port Clín Geral 1991; 8: 216-224.
6. Teixeira Santos N, Guerra AJM, Morais MR e Cols. Estudo sobre a prevalência e duração do aleitamento materno em comunidades portuguesas, suburbanas e rurais. Rev Port Pediatr 1984; 15: 3-48.
7. Hoddinott P, Pill R. Qualitative study of decisions about infant feeding among women in east end of London. BMJ 1999; 318: 30-4.
8. Albuquerque M, Oliveira G, Abrantes M, Cunha A, Oliveira B. Aleitamento materno. A prática hospitalar e o sucesso do aleitamento até aos seis meses de vida. Nascer e Crescer 1996; 5: 107-111.
9. Levy L, Tuna ML, Mendes MMR. Atitudes e conhecimentos dos adolescentes face ao aleitamento materno. Rev Port Pediatr 1994; 25: 205-11.
10. Declaracion de Innocenti sobre la proteccion, el fomento y el apoyo de la lactancia materna. Rev. Port. de Nutrição 1992; 4(2): 34-37.
11. Levy L, Tuna ML, Mendes MMR. Atitudes e conhecimentos dos adolescentes escolarizados face ao aleitamento materno. Arquivos de Medicina 1994; 8(1): 12-15.
12. Celsa Afonso de Carvalho M e Cols.: Problemática do aleitamento materno em Portugal. Rev Port Pediatr 1982; 13: 58-61.

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 41-51

13. Teixeira Santos N, Silva DV, Guerra AJM e Cols. Atitudes e conhecimento do adolescente de escolas secundárias sobre aleitamento materno. *Saúde Infantil* 1986; 2: 123-132.
14. American Academy Of Pediatrics: Policy statement based on taske force: the promotion of breast – feeding. *Pediatrics* 1982; 69: 654-651.
15. Carbonell X, Botet F, Figueras J, Álvarez E, Riu A. The incidence of breastfeeding in our environment. *J Perinat Med* 1998; 26: 320-324.
16. Joffe A, Radius SM. Breast versus bottle: correlates of adolescent mothers, infant – feeding practices. *Pediatrics* 1987; 79: 689-695.
17. Friel JK, Hudson NI, Banoub S, Ross A. The effect of a promotion campaign on attitudes of adolescent females towards breastfeeding. *Can. J. Public. Health* 1989; 80: 195-199.
18. Berger A, Winter ST. Attitudes and knowledge of secondary school girls concerning breast feeding. *Clin. Pediatrics* 1980; 19: 825-826.

Correspondência: Vítor Manuel Neves Bastos

Av. dos Namorados, Fracção B, Orgens
3510 Viseu

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 41-51

AS REPERCUSSÕES DA DOENÇA ONCOLÓGICA NA VIDA DO ADOLESCENTE

Paula Fonseca¹, Tereza Oliva², Nilza Ferreira³, B. P. Sodré Borges⁴

RESUMO

O diagnóstico de doença oncológica acarreta as mais variadas repercussões em todas as idades, mas pode ser particularmente gravoso para o desenvolvimento físico e emocional do adolescente, existindo necessidades particulares e específicas deste grupo etário.

Os autores realizaram um inquérito, para avaliar as repercussões da doença, a jovens seguidos na consulta de Pediatria do IPOFG—Porto, cujo diagnóstico oncológico tinha sido efectuado acima dos 11 anos, inclusive.

Dos resultados salientam-se altera es ao nível da sua imagem pessoal, na dinâmica familiar, escolar e extra-escolar. Relativamente aos seus amigos, a maioria destes jovens encontrou neles apoio e ajuda.

Todos foram unânimes em preferir a sua vigilância na Pediatria até adquirir a maioridade.

Palavras-chave: doença oncológica, adolescente, repercussões.

SUMMARY

A diagnosis of cancer is likely to have devastating effects whenever it occurs, but is especially damaging during adolescence. There are particular and specific interests at this age.

In order to analyse the impact of cancer in youth, it was made an enquiry to adolescents with cancer after 11 years of age, at IPOFG-Porto.

The results showed that there were changes of their physical appearance, at family, school, and at other activities. Peer group was important to help these adolescents.

All of these teenagers prefer being treated at the Paediatric Service.

Keyword: cancer, adolescent, impact.

1 Interna Complementar de Pediatria do Hospital Geral de Santo António-Porto 2 Assistente Hospitalar da Clínica Oncol gicaVI — Serviço de Pediatria do IPOFG-Porto 3 Assistente Hospitalar Graduada da Clínica Oncol gicaVI — Pediatria do IPOFG Porto 4 Director da Clínica Oncol gicaVI — Pediatria do IPOFG-Porto

Introdução

A adolescência é caracteristicamente um período de mudança. Embora não deva ser visto como uma fonte inesgotável de problemas, é uma fase de adaptação para a vida adulta, sendo sem dúvida um momento de grandes alterações a nível físico, psíquico e emocional, o que acarreta para o adolescente e pais dificuldades em encarar e conhecer o “novo ser” (1).

Este *stress* experimentado por adolescentes saudáveis deve ser enfrentado como uma condição necessária para o harmonioso desenvolvimento e relacionamento social.

No entanto um adolescente com doença oncológica tem que enfrentar não só as alterações inerentes ao seu desenvolvimento, mas sobretudo as provenientes da doença, tratamento e efeitos laterais (2).

Ao contrário da infância, o pensamento cognitivo que caracteriza os adolescentes fá-los ter plena consciência que realmente algo de grave está a acontecer. No entanto o jovem ainda não é capaz de lidar com essa informação como o adulto por vários factores, como são a complexidade da informação, menor capacidade para lidar com incertezas e porque é ainda pouco o suporte social e afectivo que possuem.

Para além de tudo há uma interrupção das suas normais actividades e alterações na sua auto-estima (2).

Existe pouca experiência em tratar os adolescentes como um grupo à parte, já que são poucos os centros que têm grandes populações de adolescentes e portanto a abordagem do adolescente com doença oncológica tem sido assumida por extrapolação com base em idades mais precoces.

Objectivos

Avaliação das principais repercussões da doença oncológica na vida do adolescente e conhecimento da sua opinião relativamente à assistência pelo Pediatra.

Material e métodos

Foi efectuado um estudo transversal através da aplicação de um inquérito a todos os adolescentes que recorreram à consulta de Pediatria da Clínica Oncológica VI do IPOFG do Porto, no período compreendido entre 1.7.1999 e 30.9.1999 e cujo diagnóstico oncológico tinha sido colocado acima dos 11 anos inclusive.

O inquérito (em anexo) foi aplicado pelo médico no dia da consulta, mediante a autorização do/a jovem e após a explicação dos principais objectivos do trabalho e comunicação da liberdade para não responder a alguma questão caso assim o pretendesse.

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 53-60

Resultados

Foram inquiridos 18 adolescentes, sendo 10 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 11 e os 15 anos e média de 13,7 anos.

Cerca de 11% eram residentes em zonas rurais e na sua maioria (72%) pertenciam a famílias de tipo nuclear. Um jovem pertencia a uma família de tipo recombinada e os restantes 4 casos eram órfãos de pai e ou mãe, pelo que se encontravam inseridos em famílias de tipo monoparental/recombinada ou num dos casos ao cuidado de uma tia.

Relativamente ao diagnóstico oncológico, 50% eram linfomas (Hodgkin ou não Hodgkin), 44% leucemias (linfoblástica ou mieloblástica agudas) e um caso de osteossarcoma.

A idade média do diagnóstico foi os 12 anos e metade tinha sido diagnosticado há mais de um ano.

Na altura do diagnóstico, 72% frequentava o ensino secundário e apenas cinco o ensino preparatório.

O diagnóstico foi comunicado na maioria dos casos pelo médico do IPOFG (66,7%) e nos restantes casos pelo médico de família, de outra instituição ou pela família. Oitenta e três por cento dos jovens referiram ter encontrado disponibilidade por parte do médico para prestação da informação, no entanto cerca de 33% acharam não ter ficado completamente esclarecidos.

No momento do diagnóstico, apenas um jovem não referiu qualquer preocupação relativamente à doença e os restantes referiram de forma variada as seguintes preocupações:

- Alopécia — 61%
- Interrupção das actividades — 61%
- Isolamento — 61%
- Evolução da doença/Futuro — 61%
- Mal-estar com os tratamentos — 55,5%

Apesar de fisicamente, 72% dos jovens ter sentido diferenças, cerca de um terço (6 jovens) sentiu que essa diferença os incomodou, fazendo referência em particular à obesidade e aumento do volume testicular.

Relativamente às repercussões escolares, todos referiram o absentismo como maior problema. A diminuição do rendimento escolar verificou-se em 61% dos casos, tendo mesmo ocorrido reprovação em três jovens e uma desistência.

Dos 13 adolescentes que participavam em actividades extra-escolares (Informática, Futebol, Natação, Dança, Atletismo, Basquetebol), 84,6% tiveram que as interromper e destes 72,7% sentiram-se incomodados por esse facto.

Alterações na dinâmica familiar ocorreram em sete famílias, salientando-se desemprego materno em 4 casos, maior união entre os elementos da família em 3 casos e mau relacionamento numa família.

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 53-60

A maioria dos jovens (88,9%) encontrou nos amigos apoio e dois adolescentes encontraram alguma indiferença. Quando questionados sobre o namoro, um optou por não responder e os restantes três que namoravam, referiram ter sentido ajuda por parte do namorado.

Quanto à pergunta se prefeririam ser seguidos na Pediatria até aos 18 anos ou se pelo contrário gostariam de transitar para a Oncologia Médica aos 15 anos, todos foram unânimes em preferir a primeira opção, apontando como principais motivos de escolha os a seguir referidos:

- Prévio conhecimento da equipa de saúde e dos doentes
- Simpatia e confiança na equipa de saúde
- Direito à presença física do pai ou mãe 24 horas por dia
- Organização do Serviço de Pediatria

Três jovens referiram ainda que “os velhos parecem mais doentes e com mais defeitos” e um referiu ter medo de não se habituar ao Serviço de adultos.

Relativamente ao que pensavam sobre a doença aquando do diagnóstico, 2 adolescentes optaram por não responder, 13 acharam que tinha cura e 3 que era para toda a vida.

Actualmente, 17 jovens acreditam que têm cura, mas destes, quatro colocam algumas reservas referindo que é necessária muita força de vontade e que a qualquer altura pode haver uma recaída. O outro jovem questionado num período de recaída, preferiu não responder.

Comentários

Como foi referido e apesar da doença oncológica ser a segunda causa de morte na adolescência, a experiência nesta área é ainda muito escassa.

A nossa amostra, embora pequena, poderá reflectir de alguma forma o que se passa entre os nossos jovens com doenças oncológicas.

Relativamente a este grupo salienta-se o elevado número de jovens com acontecimentos significativos (morte da mãe e/ou pai) nos primeiros anos de vida.

Apesar de quase todos terem encontrado disponibilidade por parte da equipa médica, não é de estranhar que, dada a complexidade da informação sobre o cancro, cerca de um terço não se tenha sentido completamente esclarecido na altura do diagnóstico (1). Um destes jovens referiu mesmo: “nessa altura as pessoas só falavam para os meus pais, tudo me parecia um desastre”. De acordo com a literatura, os adolescentes querem a informação mais completa sobre todos os aspectos da sua doença (4).

Muitos dos trabalhos efectuados sobre as repercussões do cancro na vida do adolescente têm sido baseados em impressões dos pais, sem que isso possa muitas vezes corresponder à verdadeira opinião do adolescente (5). Relativamente a trabalhos efectuados entre

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 53-60

adolescentes as alterações físicas têm sido apontadas como a principal fonte de preocupações (6), no entanto neste trabalho ao contrário do esperado, apesar de cerca de 72% terem observado diferenças, só cerca de um terço se sentiram incomodados com as diferenças ocorridas.

Relativamente às repercussões escolares destaca-se o absentismo como o principal problema neste grupo de jovens. Quanto às repercussões extra-escolares, a quase totalidade dos jovens que desenvolviam outras actividades na altura do diagnóstico, tiveram que as interromper, sentindo que esse facto os afectou.

Quanto ao impacto na vida familiar, o desemprego materno ocorreu em quase um quarto (22,3%) desta população.

A amizade e a cumplicidade são valores muito importantes nesta faixa etária. Os grupos e os colegas exercem fortes influências nas atitudes e comportamentos dos adolescentes. A pressão do grupo é na vida do adolescente intensa e a sua exclusão, pode ser potencialmente devastadora (7). Nesta amostragem, a quase totalidade encontrou apoio e ajuda por parte dos seus amigos e namorados.

Apesar dos jovens inquiridos não terem ainda qualquer experiência numa unidade de adultos, a sua impressão relativamente à sua transferência foi negativa, constatando que todos os jovens foram unânimes em preferir o seu seguimento no Serviço de Pediatria.

O reconhecimento das necessidades especiais dos adolescentes com doença oncológica é fundamental para o seu tratamento e futura qualidade de vida. Os jovens têm grande necessidade de privacidade, de espaço físico e psicológico para continuar o seu normal desenvolvimento. O acesso a música apropriada, livros, jogos de computador, ou outros jogos é fundamental. É particularmente importante poderem manter o contacto com seus colegas e amigos, o que facilitará a sua reintegração. Da mesma forma é necessária uma equipa de saúde especializada e flexível que permita discussões francas e aceite a eventual crítica mesmo sendo pessoal (2,8,9).

Uma opinião de uma jovem, traduz a importância da abordagem diferente dos jovens com doença oncológica:

“Aos 15 anos tu pensas que estás crescida e de repente descobres que não podes refilar. Eu era a primeira pessoa que conhecia, tão nova como eu que tinha cancro. Senti pena de mim mesma, todos os doentes da enfermaria eram bem mais velhos, e já tinham vivido, ninguém os estava a tentar tratar como a mim. Se eu tivesse estado numa enfermaria com crianças pequenas, teria tido uma melhor perspectiva. Tu pensas que não há ninguém pior do que tu, até que realmente vês crianças pequenas com cancro. Teria sido definitivamente melhor se tivesse estado numa unidade de adolescentes com Mega-drives, musica decente, vídeos e Sky” (8).

Agradecimento

Dra. Eduarda Coimbra — Chefe de Serviço — Pediatria — Hospital Geral de Santo António.

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 53-60

Repercussões da doença oncológica na vida adolescente

1. Nome (iniciais) _____

2. Idade actual _____

3. Sexo: M ☐ F ☐

4. Residência: Urbano ☐ Suburbano ☐ Rural ☐

5. Tipo de Família: Nuclear ☐ Recombinada ☐ Monoparental ☐
Outra ☐ Alargada ☐

6. Diagnóstico _____

7. Idade do diagnóstico _____

8. Ano de escolaridade e aquando do diagnóstico _____

9. Quem foi a primeira pessoa a informá-lo do diagnóstico

Médico ☐ (qual?) _____
Enfermeiro ☐ Pais ☐ Outros ☐

10. Ficou bem esclarecido? Sim ☐ Não ☐

11. Achou que houve disponibilidade por parte do médico para esclarecer as dúvidas?

Sim ☐ Não ☐

12. O que foi que mais o preocupou aquando do diagnóstico?

Alopécia ☐ Mal-estar com os tratamentos ☐ Interromper actividades ☐
Isolamento ☐ Evolução da doença/futuro ☐ Outras ☐

13. Repercussões na sua vida

13.1 Escola

13.1.1. Houve alteração: Sim ☐ Não ☐

13.1.2. Qual: Absentismo ☐ Pioria do rendimento ☐ Outras ☐

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 53-60

13.2 Actividades

- 13.2.1. Tinha actividades antes da doença: Sim ☐ Não ☐
- 13.2.2. Interrompeu essas actividades: Sim ☐ Não ☐
- 13.2.3. Quais: Hobbies ☐ Desporto ☐ Outros ☐
- 13.2.4. Incomodou-o o facto de interromper as actividades: Sim ☐ Não ☐

13.4 Família

- 13.4.1. Ocorreram alterações familiares: Sim ☐ Não ☐
- 13.4.2. Quais: Desemprego ☐ Divórcio ☐ Mau relacionamento ☐
Maior união ☐ Separação ☐ Outras ☐

13.5 Fisicamente

- 13.5.1. Ficou diferente: Sim ☐ Não ☐
- 13.5.2. Se o preocupou a diferença: Sim ☐ Não ☐

13.6 Amigos

- 13.6.1. Apoiaram-no: Sim ☐ Não ☐
- 13.6.2. Afastaram-se: Sim ☐ Não ☐

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 53-60

13.7 Tem namorado/a?

- 13.7.1. Sim ☐ Não ☐
- 13.7.2. Ajudou ☐ Afastou-se ☐

14. Gostaria de continuar na pediatria até aos 18 anos? Sim ☐ Não ☐

Porquê? _____

15. Gostaria de passar para os adultos aos 15 anos? Sim ☐ Não ☐

Porquê? _____

16. Quando foi feito o diagnóstico o que pensava da doença?

- 16.1. Que tinha cura ☐
- 16.2. Que era para toda a vida ☐

17. Neste momento o que pensa?

- 17.1. Que tem cura ☐
- 17.2. Que é para toda a vida ☐

BIBLIOGRAFIA

1. Eiser C. The impact of treatment : adolescents's views. In Selby P, Bailey C. ed. Cancer and Adolescent. Bristol. BMJ Publishing Group. 1996:264-275.
2. Culling J. The Psychological Problems of Families of Children with Cancer. In Oakhill A. ed. The Supportive Care of the Child with Cancer. 1st ed Butterworth & Co (Publishers) Ltd. 1998:204-237.
3. Stevens MM. Care of the dying child and adolescent: family adjustment and support. In Doyle D, Hanks G, MacDonald N. Oxford Textbook of Palliative Medicine 2nd ed. Oxford University Press, 1998:1057-1075.
4. Ellis R, Leventhal B. Information needs and decision-making preferences of children with cancer. Psycho-Oncol 1993;18:351-64.
5. Mulhern RK, Crisco JJ, Camitta BM. Patterns of communication among pediatric patients with leukaemia, parents and physicians; prognostic disagreements and misunderstandings. J Pediatr 1989;83:480-3.
6. Varni GH, Setoguchi W. Correlates of perceived physical appearance in children with congenital/acquired limb deficiencies. J Develop Behav Pediatr 1991; 12:171-6.
7. Evans M. Interacting with teenagers with cancer. In Selby P, Bailey C. ed. Cancer and Adolescent. Bristol. BMJ Publishing Group. 1996:251-263.
8. Barrett A. Where should patients be treated? In Selby P, Bailey C. ed. Cancer and Adolescent. Bristol. BMJ Publishing Group. 1996:242-250.
9. Gillies ML, Parry-Jones WL1. Suitability of paediatric setting for hospitalised adolescents. Arch. Dis Childhood. 1992;67:1506-1509.

Correspondência:

Paula Fonseca

Praceta 25 de Abril

Nº 109 - 4º Esquerdo

4430 Vila Nova de Gaia

ou

I. P. O. — Francisco Gentil

Centro Regional do Norte

Clínica Oncológica VI-(Pediatria)

4200 PORTO

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 53-60

HÁBITOS DO SONO

Teresa Borges¹, Margarida Azevedo², Paula Fonseca¹,
Paula Torres³, Fernanda Manuela Costa⁴

RESUMO

Desde sempre que o mistério do sono preocupa e intriga a humanidade sendo bem conhecida a sua importância no desenvolvimento harmonioso da criança.

Os distúrbios do sono são frequentes e na maior parte das vezes transitórios e benignos.

Os autores efectuaram um inquérito aos pais de crianças em idade escolar (6-10 anos), com o objectivo de conhecer alguns hábitos e distúrbios do sono da população infantil nesta faixa etária.

Dos resultados salienta-se que 98% dormiam mais de 8 horas, 24% acordavam durante a noite, 42% utilizavam ou tinham utilizado um objecto de transição, 47% necessitavam de outras condições para adormecer e em 51% havia ocorrência de eventos durante o sono.

Foi encontrada correlação, com significado estatístico, dos eventos do sono com: primeiros filhos; “cólicas do lactente”; história familiar de problemas de sono; utilização prévia ou actual de objecto de transição; necessidade de outras condições para adormecer; alterações de comportamento e patologias associadas.

Palavras-chave: crianças, sono, comportamento.

SUMMARY

Since ever that the sleep's mystery brings concern and intrigue to humanity and its importance is well known in child's harmonious development.

Sleep disorders are frequent and generally transient and benign.

The authors inquired the parents of children at school age (6-10 years old), with the aim of evaluating some habits and sleep disorders in these ages.

The conclusions that were drawn, were the following: 98% slept more than 8 hours, 24% woke during the night, 42% depended on a transition object and 51% had suffered some sleep phenomena.

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

It was concluded that there was a relationship, with statistic meaning of the sleep phenomena during the night and: first children; childhood colic; family history of sleep problems; needed a transition object; necessity of other conditions to sleep; behavior changes and related pathologies.

Keywords: children, sleep, behavior.

Introdução

Durante o sono existem duas fases distintas que vão alternando no decurso de uma noite normal constituindo os ciclos de sono. A primeira fase é a de sono sem movimentos oculares rápidos (não REM) que se subdivide em quatro estadios, desde o sono ligeiro a profundo. A outra fase é a de sono com movimentos oculares rápidos (REM) (1,2).

No lactente e na pequena infância, a alternância vigília-sono é natural e frequente evoluindo progressivamente para um ritmo de vigília diurna-sono noturno característico da criança mais velha e do adulto. O recém-nascido tem um padrão polifásico (vários períodos de sono) ao longo das 24 horas. O lactente e criança pequena têm um padrão bifásico, caracterizado por sono noturno e sesta diurnas. A criança mais velha e o adulto geralmente têm um padrão monofásico de um único sono noturno. O tempo despendido a dormir num espaço de vinte e quatro horas vai portanto diminuindo: o recém-nascido dorme por dia 16 a 17 horas enquanto que o adulto só necessita de seis a nove horas (1,2,3).

Nas crianças os ciclos do sono são curtos, apenas cinquenta a sessenta minutos, quando em comparação com o do adulto, de noventa minutos. Como resultado, as crianças acordam frequentemente durante a noite, criando terreno para os problemas do sono (1,3).

Calcula-se que cerca de 25% das crianças e adolescentes apresentam algum tipo de distúrbio durante o sono, que podem ser temporários, intermitentes ou persistentes (4,5). Torna-se imperioso distinguir as perturbações do sono num contexto de variação da normalidade, apesar de terem um padrão insatisfatório para os pais e/ou para as crianças, das reais alterações do sono como um problema que poderá necessitar de tratamento (3).

Segundo a classificação internacional, os distúrbios do sono dividem-se em Dissonias e Parassonias. As primeiras englobam as dificuldades em adormecer e as insónias. As Parassonias são fenómenos indesejáveis, motores e autonómicos que ocorrem exclusivamente ou predominantemente durante a fase não REM do sono e que incluem os pesadelos, terrores nocturnos, sonambulismo, enurese nocturna, falar a dormir, bruxismo, entre outras (6). Os distúrbios do sono mais frequentes nos lactentes e crianças pequenas são os acordares nocturnos repetidos e a dificuldade em adormecer (5).

Uma grande percentagem de crianças oferece grande resistência ao acto de deitar. Muitas delas utilizam um brinquedo especial ou a luz acesa para conseguirem adormecer. Outras tentam dormir na cama dos pais, vão ter com eles ou chamam-nos durante a noite. Os medos da hora de deitar estão geralmente relacionados com separações normais do quoti-

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 61-68

diano, como as que ocorrem no primeiro dia em que a criança vai para o infantário ou escola. No entanto, podem também reflectir ansiedades relacionadas com a família (conflitos entre os pais), com animais de estimação, com a escola ou outras (7).

Num estudo efectuado por Salzarudo e Chevalier, no qual foram entrevistadas 218 famílias de crianças entre os 2 e os 15 anos, os distúrbios do sono mais frequentes foram: falar a dormir (32%); pesadelos (31%); sonambulismo (28%); dificuldades em adormecer (23%); enurese nocturna (17%); bruxismo (10%); terrores nocturnos (7%) (4). Num outro estudo efectuado por Dollinger, no qual foram entrevistadas as mães de crianças entre os 3 e os 15 anos, os distúrbios mais frequentes foram: falar a dormir (53%); dificuldade em ir para a cama (42%); recusa em adormecer sem luz acesa (40%); maus sonhos (35%); dificuldade em adormecer (26%); chorar durante o sono (16%); pesadelos (11%) (4).

Metodologia

O presente trabalho teve como objectivo identificar alguns hábitos de sono de um grupo de crianças em idade escolar (6 aos 10 anos).

Foi elaborado um inquérito dirigido aos pais, de forma anónima, de perguntas maioritariamente fechadas, que foi entregue em Escolas públicas e privadas da área metropolitana do Porto. O inquérito foi preenchido pelos pais das crianças, após ter sido explicado pelos professores.

As variáveis analisadas foram: sexo; escala social de Graffard; idade da mãe e do pai na altura do nascimento da criança; história familiar de problemas do sono; número de irmãos e ordem de nascimento; antecedentes neonatais relevantes; antecedentes de cólicas do lactente; intercorrências e ou patologias; hora de deitar e número de horas de sono à semana e ao fim de semana; utilização de objecto de transição; necessidade de outras condições para adormecer; local de dormir; acordar durante o sono; eventos durante o sono; opinião dos pais sobre os filhos; dificuldades de aprendizagem e alterações de comportamento.

Posteriormente procedeu-se ao estudo descritivo das variáveis em análise. Na análise estatística construíram-se tabelas de contingência e as comparações foram feitas através do teste de χ quadrado ou teste exacto de Fisher quando n era pequeno.

Resultados

Foram obtidos um total de 350 inquéritos, 58% de Escola privada e 42% de Escola pública, sendo 51% do sexo masculino e 49% do feminino. Da distribuição por Escala social de Graffard verificou-se um predomínio das classes I-II 80.5%, seguida da classe III 12%. Quanto à idade dos pais na altura em que a criança nasceu, 60% das mães tinham 18-30 anos e 50% dos pais tinham entre 31 e 40 anos (Quadro 1).

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 61-68

Idade	Mãe	Pai
< 18 anos	1%	0%
18-30 anos	60%	41%
31-40 anos	36%	50%
> 40 anos	1%	6%

Quadro 1 — Idade da mãe e pai na altura do nascimento da criança.

Foi constatada presença de história familiar de problemas de sono em 21% e destes, 92% eram referidos à idade adulta e apenas 8% limitaram-se à infância. Relativamente ao número de irmãos, 67% tinham um a dois, 23% não tinham e 8% mais de dois irmãos. Dentro dos que tinham irmãos e analisando a ordem de nascimento, 36% eram primeiros e os restantes segundos filhos. Verificou-se que 5% tinham tido problemas neonatais relevantes, 86% antecedentes de cólicas do lactente e 15% apresentavam intercorrências/patologias sendo a atopia em 58% e as infecções do foro de Otorrinolaringologia em 25% (Quadro 2).

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 61-68

Problemas neonatais relevantes	5%
Cólicas do lactente	86%
Intercorrências e patologias	15%
Atopia	58%
Patologia do foro de Otorrino	25%

Quadro 2 — Antecedentes pessoais.

Quanto ao local de dormir, 60% dormiam em quarto individual e 33% em quarto com irmão em camas separadas. Durante a semana a maioria das crianças deitava-se após as 21 horas (84%) e dormia em média 8-10 horas (83%), sendo ao fim de semana de 96% e 64% respectivamente (Quadro 3).

	Semana	Fim-de-semana
Hora de deitar		
Antes das 21 horas	15%	3%
21 - 23 horas	80%	45%
Depois das 23 horas	4%	51%
Nº de horas de sono		
< 8 horas	2%	3%
8-10 horas	83%	64%
> 10 horas	15%	33%

Quadro 3 — Hora de deitar e número de horas de sono.

Em 42% havia ou houve a utilização de objecto de transição, sendo a chupeta em 40% e o boneco em 27%. Em 47% havia necessidade de outras condições para adormecer como a luz acesa (35%), ou a presença dos pais (13%) (Gráfico 1).

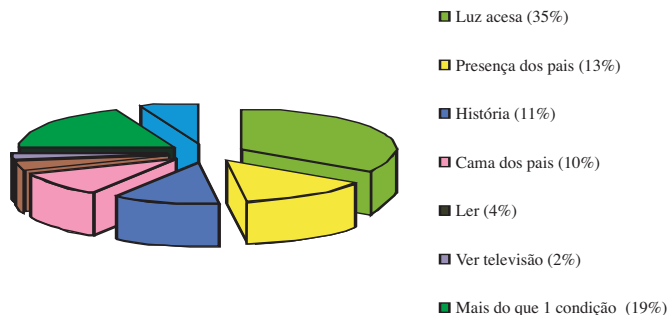


Gráfico 1 — Condições para adormecer (n=165).

Da totalidade das crianças, 24% (n=84) acordavam durante o sono e 12% mais do que uma vez. Dos que acordavam, 49% iam à casa de banho, 26% iam ter com os pais ao quarto, 17% chamavam pelos pais e 1% choravam. Foi constatada presença de eventos durante o sono em 51%. Os eventos mais frequentes foram o falar a dormir (29%), seguido do ranger dos dentes (20%) e dos pesadelos (17%). Os terrores nocturnos surgiram em 2% e o sonambulismo em 1%. Salienta-se que 30% das crianças apresentavam mais do que um evento durante o sono.

Relativamente ao comportamento, 40% foram considerados pelos pais como calmos e 36% como hiperactivos. As alterações do comportamento (agitação, agressividade entre outras) e as dificuldades de aprendizagem foram referidas respectivamente em 8% e 9% (Quadro 4).

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 61-68

Opinião dos pais sobre os filhos

Calmo	40%
Hiperactivo	36%
Normal	21%
Sem informação	3%

Alterações do comportamento 8%

Dificuldades de Aprendizagem 9%

Quadro 4 — Opinião dos pais sobre os filhos, alterações de comportamento e dificuldades de aprendizagem.

Comparando os dois grupos de crianças com e sem eventos durante o sono, verificou-se que a presença de eventos tinha uma correlação estatisticamente significativa com: primeiros filhos; “cólicas do lactente”; história familiar de problemas de sono; utilização prévia ou actual de objecto de transição; necessidade de outras condições para adormecer e alterações de comportamento (Quadro 5).

	Grupo sem eventos n=171	Grupo com eventos n=178	
Nº de irmãos			
0	23%	23%	n.s.
Um	65%	68%	n.s.
>2	8%	7%	n.s.
Ordem de nascimento			
1º	29%	43%	p=0.0269
Não 1º	60%	48%	
“Cólicas do lactente”	82%	91%	p=0.019
Hist. familiar alt. do sono	15%	28%	p=0.0076
Objecto de transição	34%	49%	p=0.0047
Outras condições para adormecer	39%	55%	p=0.003
Dificuldades de aprendizagem	8%	11%	n.s.
“Alterações de comportamento”	5%	11%	p=0.096
“Crianças hiperactivas”	36%	35%	n.s.

Quadro 5 – Comparação do grupo de crianças com e sem eventos. (n. s. - não significativo)

Comparando os grupos de crianças com e sem patologias associadas, verificou-se uma maior associação com significado estatístico, da presença de patologias com os eventos do sono (Quadro 6).

	Com Patologias n=52	Sem Patologias n=298	
Acordar durante o sono			
Zero	77%	74%	n.s.
1 vez	19%	21%	n.s.
Mais 1 vez	2%	3%	n.s.
Eventos do sono	58%	50%	p<0.0001
Dificuldades de aprendizagem	15%	8%	n.s.
“Alterações de comportamento”	13%	7%	n.s.

Quadro 6 – Comparação do grupo de crianças com e sem patologias.(n. s. -não significativo)

Discussão

Como se pode verificar através dos resultados deste inquérito, os distúrbios do sono são bastante frequentes, como referem outros estudos (4).

Nesta amostra as dificuldades em adormecer foram bastante frequentes, já que 47% necessitavam de condições para adormecer, nomeadamente luz acesa e a presença dos pais, e 42% utilizavam ou tinham utilizado objecto de transição.

Os acordares nocturnos foram igualmente prevalentes (24% das crianças desta amostra acordavam durante a noite).

Assim como referem outras séries (4), neste inquérito o evento do sono mais frequente foi o falar a dormir. Foram também relativamente frequentes o bruxismo e os pesadelos.

Relativamente ao comportamento, as alterações foram referidas em 8% da amostra. No entanto, é de salientar o seu carácter subjectivo, já que estas foram apontadas pelos próprios pais, podendo por isso não corresponder a verdadeiras alterações comportamentais.

No presente estudo, verificou-se uma correlação, com significado estatístico, dos eventos do sono com as alterações do comportamento e com a ocorrência das patologias associadas. Isto vem reforçar a ideia de que o pediatra deve estar alerta para detectar e orientar precocemente os verdadeiros problemas do sono e excluir uma possível causa somática associada (hipertrofia adenoideia, asma ou atopia).

Estes distúrbios do sono são frequentemente transitórios e não têm repercussões no desenvolvimento normal da criança. No entanto, podem contribuir para o aparecimento ou estarem associados a alterações do comportamento. Em consequência, nas crianças com alterações comportamentais, devem ser excluídas perturbações do sono. Estes distúrbios podem também resultar de problemas respiratórios, neurológicos, familiares, psicológicos ou psiquiátricos (5). Cabe ao pediatra detectar e orientar precocemente os verdadeiros problemas do sono com impacto no futuro, através de um questionário pormenorizado aos pais e crianças, assim como de um exame clínico completo para despistar uma causa somática. A entrevista deve ser estruturada num contexto circadiano e deve incluir pormenores acerca dos hábitos de adormecer e acordar, hora de deitar e rotinas matinais, ambiente sonoro e história familiar e psicossocial. Deve-se abordar também a duração, frequência e padrão dos sintomas, incluindo alterações com os fins de semanas, férias e acontecimentos especiais. O registo das alterações do sono num diário é também extremamente importante, porque permite uma revisão sistemática do padrão do sono ao longo das 24 horas (5,6).

O leque de problemas para os quais está indicada investigação é variado. No entanto as três principais indicações são as insónias, os distúrbios episódicos do comportamento e o sono diurno excessivo. Os exames complementares mais utilizados são a polissonografia nocturna e a monitorização com vídeo (6,8).

Perante uma criança com distúrbios do sono e após exclusão de possível patologia associada, é importante tranquilizar os pais já que a maior parte das situações são variantes do normal e portanto não necessitam de tratamento. Uma das regras fundamentais, é evitar qualquer tipo de punição. Ao punir a criança, estamos a aumentar a ansiedade agravando consequentemente a alteração. A manutenção destas situações passa sem dúvida pelo estabelecimento de regras de higiene do sono (6). Estas englobam: horários regulares de deitar e levantar mesmo durante os fins de semana e as férias; controlo do uso de estimulantes ou excitantes; respeito pelos factores que favorecem o sono (cama, quarto de dormir, ambiente sonoro); evitar exercício físico intenso ou esforço intelectual antes da hora de deitar. O controlo dos estímulos é também importante, por exemplo é fundamental que a criança

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 61-68

adormeça sempre na sua própria cama e não noutros locais, como sofá ou cama dos pais. A psicoterapia através das estratégias comportamentais e educativas também pode ser uma opção com bons resultados. O tratamento farmacológico só deve ser utilizado pontualmente e sempre provisoriamente por períodos curtos, 8 a 10 dias, no máximo 4 semanas e sempre sob orientação do médico assistente (6).

Finalmente parece-nos de referir que cabe ao pediatra fazer a prevenção da ansiedade dos pais, informando sobre a fisiologia do sono e aconselhando atitudes face ao comportamento normal da criança, prevenindo e evitando erros de conduta, os quais frequentemente se vêm a revelar verdadeiros problemas, para a família.

Agradecimento: A todos os que participaram neste inquérito.

BIBLIOGRAFIA

1. Crisp AH. O sono. Hélixago "Roche" 1978 ,nº5, 13-18.
2. Robert W. Sleep Disorders in Children. Seminars in Neurology 1988, Volume 8 Number 1: 71-77.
3. Ferber F. Childhood Sleep Disorders. Neurologic Clinics 1996, Volume 14, Number 3: 493-511.
4. Mindell J, Moline M, Zendell SM, Brown LW, Fry JM. Pediatricians and Sleep Disorders: Training and Practice. Pediatrics 1994, Vol. 94 No. 2: 194-200.
5. Rosen CL. Sleep disorders in infancy, childhood, and adolescence. Current Opinion in Pulmonary Medicine 1997, 3: 449-455.
6. Lecendreux M. Traitment des troubles du sommeil chez l'enfant. Arch Pédiatr 1997; 4: 779-783.
7. Dalton R. Vegetative disorders – Sleep disorders. In Nelson Textbook of Pediatrics –15 th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1996: 80-81.
8. Investigation of sleep disorders including home monitoring. Arch Dis Child 1994; 71: 184-185.

Correspondência:

Teresa Borges
Serviço de Pediatria
Hospital Geral de Santo António
Largo Professor Abel Salazar
4000 Porto

ou

Teresa Borges
Praceta Mario Sá Carneiro nº 59 4º Esq. Frente
4460 – 367 Sra. da Hora

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 61-68

TUBERCULOSE INFANTIL

Revisão casuística

Fátima Santos¹, Paulo Guimarães², Margarida Guedes³

RESUMO

A tuberculose continua a ser no nosso país um importante problema em Saúde Pública.

Com o objectivo de avaliar a evolução da incidência e das formas de apresentação da tuberculose nas crianças internadas no Serviço de Pediatria do Hospital Geral de Santo António (HGSA), os autores deram continuidade ao estudo retrospectivo, previamente efectuado neste Serviço, fazendo a revisão dos casos internados no período compreendido entre 1 de Janeiro de 1995 e 31 de Dezembro de 1998.

Foram analisados os seguintes parâmetros: área de residência, distribuição dos casos/ano, distribuição etária, formas clínicas e sua distribuição por idades, vacinação com BCG, provas tuberculínicas, fontes de contágio, isolamento do BK e evolução clínica.

Estiveram internadas 28 crianças: 9 com tuberculose infecção, 11 com tuberculose mediastino-pulmonar, 2 com derrame pleural, 3 com tuberculose osteoarticular e 3 com tuberculose do SNC.

Apenas duas crianças não estavam vacinadas com o BCG. Em 16 casos foi identificada a fonte de contágio, não tendo sido efectuado o rastreio de crianças conviventes em 12 casos. Num caso a positividade da prova tuberculínica não foi valorizada, manifestando-se por tuberculose doença dois anos mais tarde. Duas das crianças com tuberculose meníngea ficaram com défices neurológicos focais e as duas crianças com Mal de Pott mantêm uma cifose residual.

Os autores reforçam a importância da execução e valorização das provas tuberculínicas, o diagnóstico atempado e o tratamento correcto e completo, quer da tuberculose doença, quer da tuberculose infecção.

Palavras-chave: tuberculose, criança.

1 Interna Complementar de Pediatria 2 Assistente Hospitalar de Pediatria 3 Assistente Hospitalar
Graduado de Pediatria
Serviço de Pediatria do Hospital Geral de Santo António — Porto

SUMMARY

Tuberculosis is still an important Public Health problem in Portugal.

A revision of the clinical files of children admitted with tuberculosis to the Paediatric Service of Hospital Santo António, Oporto, between January 1995 and December 1998 has been made, in order to evaluate the incidence and clinical aspects of this disease and to compare this parameters with a previous work.

Twenty-eight children were admitted: 9 with tuberculosis infection, 11 with mediastinal-pulmonary tuberculosis, 2 with pleural effusion, 3 with bone/joint tuberculosis and 3 with SNC tuberculosis.

Only two children had not been immunised with BCG. The transmission source was detected in 16 cases. In 12 of these cases, the contact investigation and anti-tuberculosis prophylaxis or treatment was not done. In one case the tuberculin test was misinterpreted and the child manifested tuberculosis disease, two years later. Two children with meningeal tuberculosis had neurological sequelae and the two cases of spinal involvement had a residual cifosis.

The authors underline the importance of the conditions under which the tuberculin skin tests are performed, the early identification and the adequate and complete treatment, not only of tuberculosis disease but also of tuberculosis infection.

Keywords: tuberculosis, child.

saúde
infantil

2000; 22/1: 69-76

Introdução

A tuberculose (TB) é a principal causa infecciosa de morte à escala mundial, sendo responsável por 2 milhões de mortes por ano. A Organização Mundial de Saúde (OMS) calculou que, a não ser que se tomem providências urgentes, o número anual de mortes pode aumentar para 4 milhões no ano 2004 (1). Um terço da população mundial está infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Na Europa Ocidental, Portugal tem a taxa mais alta de TB, 53 por 100.000 habitantes (2), estando 70% da população portuguesa infectada por este bacilo.

A tuberculose, em idade pediátrica, apresenta características próprias. Tal condiciona aspectos particulares no diagnóstico, profilaxia e tratamento (3). A TB infantil depende inteiramente das taxas de tuberculose do adulto, pois é esta que, na forma pulmonar activa, transmite a infecção. As crianças só excepcionalmente são fonte de contágio (4). A falência das estruturas da luta anti-tuberculosa, ao não conseguir, pela investigação dos contactos dos casos conhecidos, actuar atempadamente, quer no que diz respeito à profilaxia das situações de risco, quer na terapêutica da tuberculose infecção (3), traduz-se no aparecimento de tuberculose doença na infância.

Objectivos

Avaliar a evolução da incidência e das formas de apresentação da tuberculose nas crianças internadas no Serviço de Pediatria do HGSA, nos últimos 4 anos.

Material e métodos

Os autores procederam à consulta dos processos clínicos das crianças internadas no Serviço de Pediatria com TB, entre 1 Janeiro de 1995 e 31 Dezembro de 1998.

Foram analisados os seguintes parâmetros: área de residência, distribuição etária, vacinação BCG, provas tuberculínicas efectuadas, fontes de contágio conhecidas, formas clínicas e sua distribuição por idades, isolamento do *Micobacterium tuberculosis* nos diversos fluídos orgânicos, evolução clínica e distribuição dos casos/ano.

Posteriormente procedeu-se à comparação destes parâmetros com os resultados encontrados em estudo anterior, efectuado entre 1 de Janeiro de 1986 e 31 de Dezembro de 1994.(5)

Resultados

Durante o período analisado foram internadas 28 crianças com TB, das quais 53.5% residiam na cidade do Porto.

O grupo etário mais atingido foi o das crianças com idade inferior a 2 anos (43%) (figura 1)

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 69-76

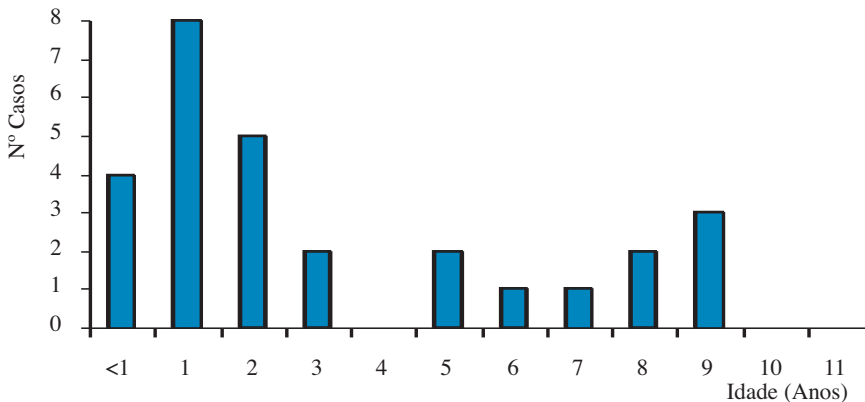


Fig.1 — Distribuição etária (n=28).

A vacinação com BCG tinha sido efectuada em pelo menos 71.4% das crianças, incluindo aquelas com TB meníngea e duas das três crianças com TB osteo-articular (em 6 crianças não foi possível definir a situação vacinal). Não havia contudo referência a qualquer controlo tuberculínico posterior.

As provas tuberculínicas, efectuadas na altura do diagnóstico, foram negativas em duas crianças: uma com meningite e outra com TB pulmonar. De realçar que a criança com meningite tinha tido, dois anos antes, uma prova tuberculínica positiva (28 mm) que, nessa altura, não foi valorizada.

Foi possível detectar a fonte de contágio em 57% dos casos, na sua quase totalidade familiares directos. No entanto, destas crianças que conviviam com um adulto infectado, apenas 25% fizeram rastreio na altura do diagnóstico de TB no familiar, metade dos quais por recorrência ao Serviço de Urgência.

A distribuição das formas de apresentação da TB, por idade, está representada na figura 2, onde podemos verificar que do total das 28 crianças, 9 tinham TB infecção, 11 apresentavam a forma mediastino-pulmonar e 8 crianças, TB extra-pulmonar. Destas, três tiveram TB osteo-articular, duas das quais com Mal de Pott e uma com artrite do joelho. Verificaram-se três casos de TB do sistema nervoso central e dois casos de TB pleural (figura 3).

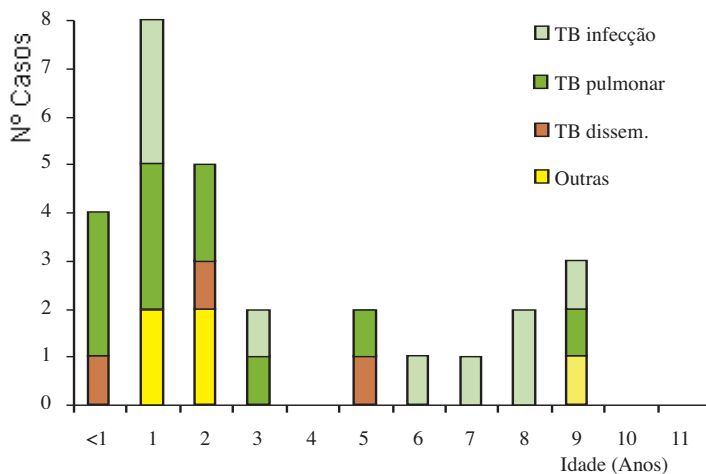


Fig.2 — Distribuição das formas clínicas por idade (n=28).

A pesquisa do BK foi efectuada em todos as crianças, tendo sido isolado em 43% dos casos, que incluem o suco gástrico (5 casos), o lavado brônquico (3 casos), o líquido pleural (2 casos), o pús osteoarticular (1 caso) e o líquido (1 caso). Apesar do produto biológico mais pesquisado ter sido o suco gástrico, a maior taxa de positividade foi obtida no líquido pleural (figura 4).

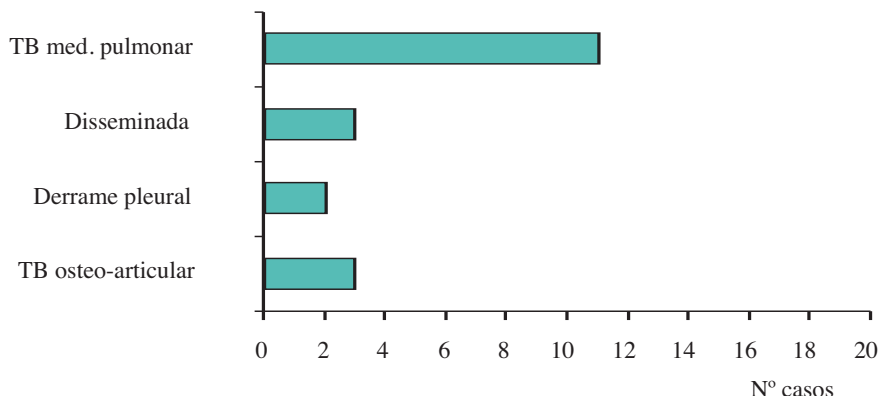


Fig. 3 — Casos de tuberculose por localização da doença (n=19).

	PESQUISA	+
Suco gástrico	20	5
Líquor	3	1
Lavado brônquico	5	3
Líquido pleural	3	2
Pús abscesso cerebral	1	0
Pús abscesso osteoarticular	2	1

Fig.4 — Identificação do BK nos diferentes produtos biológicos (n=33).

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 69-76

Quanto à evolução clínica, registaram-se sequelas em quatro casos, nomeadamente em 2 crianças com TB do SNC que apresentam uma hemiparésia e, nas 2 crianças com Mal de Pott, que apresentam uma cifose residual.

Se compararmos estes resultados com os obtidos no estudo anteriormente efectuado, no nosso Serviço, relativo aos 9 anos precedentes (Jan/86 a Dez/94), podemos sumariamente referir:

- aumento do número de internamentos por TB nos últimos anos, tendência esta já iniciada em 1994 (figura 5);
- o grupo etário mais atingido mantém-se o das crianças com menos de 2 anos de idade;
- aumento do número de casos de TB infecção nas crianças internadas nos últimos quatro anos em relação aos anos precedentes (32% e 5%, respectivamente);
- a percentagem de vacinação com BCG nas crianças internadas com TB aumentou nos últimos 4 anos (71,4% vs 55%) mas, curiosamente, enquanto no primeiro estudo 44% das crianças com formas graves e disseminadas não tinham efectuado BCG, neste mais recente, só 16,6% das crianças com formas graves e disseminadas é que não o tinham

efectuado (todas as crianças com TB do SNC tinham sido vacinadas, bem como, duas das três crianças com TB osteoarticular):

- aumento do número de crianças conviventes com adulto infectado por BK sujeitas a rastreio, dado que no estudo anterior, este só se tinha realizado numa das 20 crianças expostas, enquanto nos últimos quatro anos se realizou em 4 das 16 crianças;
- o suco gástrico tem-se mantido o produto biológico onde mais vezes é efectuada a pesquisa de BK, com taxas de positividade que oscilaram de 35% e 25% nos dois trabalhos. Se forem excluídos os casos de TB infecção e de TB extra-pulmonar, onde também foi feita a pesquisa do BK no suco gástrico, e nos referirmos apenas aos casos de TB pulmonar, a taxa de positividade eleva-se para 45% no último trabalho. A taxa de maior positividade não foi concordante nos dois trabalhos: se no estudo anterior, o conteúdo ganglionar e o lavado brônquico foram os produtos com maiores taxas, já nos últimos quatro anos foram o líquido pleural, o lavado brônquico e o pús articular;
- a TB meníngea mantém-se como infecção grave e associada a alta taxa de morbilidade. 50% das crianças, no primeiro estudo tiveram sequelas neurológicas graves e 67% nesta última avaliação.

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 69-76

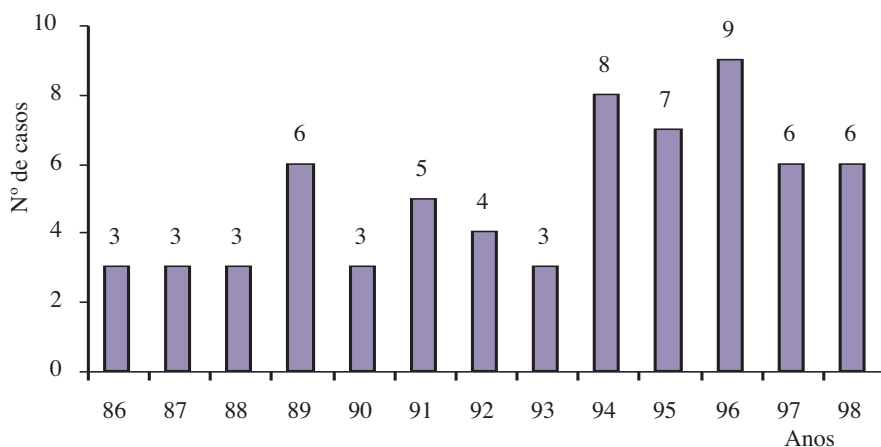


Fig. 5 — Distribuição dos casos/ano (n = 66).

Comentários e conclusões

Verificou-se que a incidência de TB, nas crianças internadas no Serviço de Pediatria, aumentou nos últimos 4 anos, confirmando uma tendência já iniciada em 1994 (5), o que está de acordo com outros estudos nacionais efectuados (6-8). Os dois primeiros anos de vida continuam a representar o grupo etário mais atingido e, como seria de esperar, a

maioria das formas graves ocorreu nas idades mais jovens. Foi diagnosticado um maior número de casos ainda na fase de TB infecção correspondendo a 1/3 dos casos internados nos últimos 3 anos. Contudo, a grande maioria de TB nesta fase continua a não ser diagnosticada, excepto se se proceder à realização de provas tuberculínicas mais frequentes e à sua correcta interpretação, tendo em conta que nos situamos numa zona de alta prevalência.

A TB pulmonar mantém-se a forma clínica mais frequente. Verificou-se uma diminuição das formas disseminadas, surgindo contudo formas raras de apresentação, nomeadamente três casos de tuberculose osteoarticular, dois dos quais no segundo ano de vida.

A falta de rastreio das crianças conviventes com adultos bacilíferos foi já constatada no primeiro trabalho efectuado, entre 1986 e 1994. Infelizmente, verifica-se que esta atitude não se alterou satisfatoriamente nos últimos anos.

Reforça-se mais uma vez, a necessidade de um rastreio correcto às crianças conviventes com adultos bacilíferos, pois é a única atitude eficaz para diminuir a incidência de TB infantil em Portugal. É igualmente importante a notificação de todos os casos de TB infantil e o rastreio dos contactos da criança infectada.

A ameaça global da TB é tão grave que, em 1993, a OMS tomou a acção sem precedentes de declarar esta doença uma emergência global (1).

Necessitamos urgentemente de melhorias na implementação das estratégias existentes para o controlo da TB.

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 69-76

No que diz respeito à TB infantil será importante adoptar estratégias concertadas e globais que visem essencialmente três pontos:

1. Rastreio das crianças conviventes com adultos bacilíferos e sua correcta orientação.
2. Execução e valorização correcta das provas tuberculínicas.
3. Diagnóstico precoce e tratamento correcto quer da TB doença quer da infecção.

BIBLIOGRAFIA

1. Zumba A, Grange J. Ciência, medicina e o futuro-Tuberculose. BMJ 1998; 316: 1962-1964.
2. Ordway D, Moraes MF, Oliveira L, Badura R, Niza Pinheiro M, Pimenta Graça JM et al. Respostas imuno-celulares a antígenos micobacterianos. Acta Médica Portuguesa 1998; 11: 883-892.
3. Pinto R, Quintas C, Ferreira G, Milheiro MJ, Rodrigues FC. Tuberculose Infantil-Casuística de 6 anos (1991-96). Acta Pediatr Port. 1998; 3(29): 243-248.
4. Carapau J. Tuberculose Infantil em Portugal. Acta Pediatr. Port. 1996; 3(27): 585-587.
5. Oliva T, Flores MM, Marques A, Guedes M, Monteiro T. Saúde Infantil 1996; 18: 65-70.
6. Fernandes A, Macieira L, Coelho A, Barroso A. Doença Tuberculosa-Experiência dos últimos 8 anos no Hospital Pediátrico de Coimbra. Saúde Infantil 1997; 19: 5-13.

7. Neves V, Bastos F, Raminhos I. Tuberculose Infantil-Casuística de 10 anos (86-95). Nascere e Crescer 1997; 6: 41-44.
8. Ferreira G, Mateus M, Milheiro MJ. Tuberculose Infantil-a propósito de 11 novos casos. Monografia Beecham-Infecciologia Pediátrica 1993: 267-270.

Correspondência: Maria de Fátima Oliveira dos Santos Poças
Serviço de Pediatria
Hospital Geral de Santo António
Largo Prof. Abel Salazar
4050 Porto
Tel:222019700

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 69-76



O título de anti-estreptolisina O (TASO)

O Estreptococo beta-hemolítico do grupo A (EBHGA) produz vários produtos biologicamente activos. O mais conhecido é a estreptolisina O (SO), uma exotoxina citolítica (hemolítica), capaz de hemolizar os eritrócitos. Ao comportar-se como antígeno, a SO desencadeia a produção dum anticorpo, a anti-estreptolisina O (ASO). A concentração sérica da ASO é determinada por diluições sucessivas, sendo expressa pela maior diluição (título) em que a reacção é positiva — título de anti-estreptolisina O (TASO) — em Unidades Todd ou em Unidades Internacionais por mililitro (UI/ml).

Sete a 10 dias após uma infecção faringo-amigdalina (IFA) pelo EBHGA ocorre uma elevação significativa do TASO, que atinge o seu pico entre 2^a e 6^a semana, vai manter-se elevado, em "plateau", por 3 a 6 meses, para voltar aos níveis iniciais 4 a 12 meses após o episódio infeccioso (excepto se nova infecção). Vai ficar um título residual, "normal", de valor muito variável, mais elevado nos doentes com maior número de IFA pelo EBHGA.

Tendo sempre a noção que se trata dum critério limitativo excessivo, tem-se considerado elevados valores de TASO superiores a 333 U Todd ou superiores a 200 UI/ml.

A elevação do TASO ocorre sobretudo como resposta a uma infecção pelo EBHGA, mas não é específica deste. Outros Estreptococos beta-hemolíticos dos grupos C e G, habituais comensais da orofaringe, potenciais patogénicos mas sem risco de provocarem Febre Reumática (FR), poderão produzir ASO idênticas.

As crianças de idade escolar têm alta incidência de IFA pelo EBHGA. Por outro lado, 5% a 15% das crianças assintomáticas deste grupo etário têm culturas positivas na orofaringe para o EBHGA (são portadores assintomáticos). Isto ajuda a explicar que, até 20% das crianças normais de idade escolar, possam ter TASO elevados.

Por outro lado, menos de 85% dos indivíduos com IFA pelo EBHGA têm TASO elevados. Também as infecções cutâneas pelo EBHGA dão reacções mais fracas, com títulos pouco elevados ou mesmo normais. Daí a menor utilidade do TASO no diagnóstico duma glomerulonefrite aguda (GNA) pós-estreptocócica (GNAPE). E dos doentes com FR, apenas 80% têm TASO elevados, sendo a percentagem ainda menor nas GNAPE.

A ocorrência de elevação do TASO só após a uma semana de doença, torna-o pouco útil na fase aguda das infecções pelo EBHGA. E sendo o TASO uma manifestação serológica, um título elevado significa apenas a ocorrência duma infecção, mais ou menos recente (pode ir até 6 meses) ou muito repetida. Como qualquer resposta serológica, a subida do TASO de duas ou mais diluições sucessivas, realizadas com 2 a 4 semanas de intervalo, é o melhor testemunho de uma infecção recente, tendo mais valor que um título isolado, mesmo que muito elevado. Esta elevação do título permitirá distinguir as infecções recentes das estimulações antigénicas há mais tempo (nestas não ocorrerá a subida do título). A elevação de apenas um título não tem significado clínico, pois a diluição máxima em que a reacção é positiva está muito dependente da subjectividade individual.

A principal utilidade do TASO reside no eventual contributo para o diagnóstico de FR ou de GNAPE, mas só perante clínicas compatíveis. E estarão sempre indicadas duas titulações sucessivas realizadas com 2 a 4 semanas de intervalo. Na ausência duma clínica evocadora de FR ou de GNA o interesse clínico do TASO é diminuto. Na larga maioria das vezes será mesmo para ignorar.

Febre reumática (FR) — Critérios de Jones modificados

<i>critérios major</i>	<i>critérios minor</i>
1. cardite	1. febre
2. poliartrite migratória	2. artralguas
3. coreia	3. prévia FR/doença reumática cardíaca
4. eritema marginado	4. velocidade de sedimentação (VS)
5. nódulos subcutâneos	elevada, proteína C reactiva (PCR) "positiva", leucocitose
	5. intervalo PR do ECG prolongado

Diagnóstico de FR:

- 2 critérios *major* + evidência de infecção estreptocócica recente, ou
- 1 critério *major* + 2 critérios *minor* + evidência de infecção estreptocócica recente

Na ausência de pelo menos um critério major não é possível fazer-se o diagnóstico de FR..

Evidência de infecção estreptocócica recente:

- cultura ou testes rápidos de identificação directa de EBHGA positivos na orofaringe, ou
- elevação significativa do TASO ou de outros anticorpos anti-estreptocócicos

Valorização dos critérios *minor* (alguns condicionantes):

- VS elevada, PCR "positiva", leucocitose: atendendo a que reflectem o mesmo fenómeno, a reacção de fase aguda, independentemente de um, dois ou três presentes, deverão ser considerados globalmente como um único critério *minor*;
- na presença de poliartrite migratória, as artralguas não deverão ser consideradas como critério *minor*;
- na presença de cardite o intervalo PR não deverá ser contabilizado.

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 77-79

Conclusões

- 1) *Qual o significado dum TASO elevado?* Significa apenas a ocorrência, mais ou menos recente, de uma infecção ou uma estimulação repetida por um Estreptococo dos grupos A, C ou G. Será eventualmente útil se a clínica é compatível com FR ou com GNA. Na ausência dum contexto clínico, NUNCA permite fazer o diagnóstico de FR.
- 2) *Que atitudes terapêuticas e que controlos justificam um TASO elevado num indivíduo assintomático e com exame negativo ?* Não justifica qualquer terapêutica nem qualquer controlo, independentemente do título máximo atingido. Mesmo perante um TASO muito elevado não existe sequer risco aumentado de FR.
- 3) Não sendo uma proteína inflamatória de fase aguda, mas sim uma reacção serológica, a quantificação da concentração sérica da ASO não tem qualquer valor na avaliação da actividade reumática. E iniciar-se (incorrectamente) a profilaxia de FR com base unicamente num TASO elevado, é arranjar pelo menos três tipos de problemas: criar ansiedade nos pais, colocar a criança em risco de sensibilização ao fármaco e provocar-lhe (desnecessária) iatrogenia — manifestada por ansiedade antes da injeção e a dor respectiva — cada 3-3 ou 4-4 semanas.

Manuel Salgado
Consulta Externa de Medicina

*saúde
infantil*
2000; 22/1: 77-79

BIBLIOGRAFIA

1. Salgado M. O Título de Anti-Estreptolisina O (ASLO). *Saúde Infantil*, 1992;14:235-46.



O PAI E A NOVA LEGISLAÇÃO DA PATERNIDADE

Em 1985 os pais puderam entrar na sala de partos (Lei 14/85: Direito de acompanhamento da mulher grávida, a pedido desta, durante o trabalho de parto e na fase de expulsão).

Em 1995 os pais passaram a poder faltar dois dias após o nascimento do filho. Nesse mesmo ano é reconhecido o direito de o pai gozar de licença, por período igual ao da licença de maternidade, se essa for a decisão conjunta dos pais.

Em 1999 (Lei 249/VII) é ampliado para 5 o número de dias de licença paterna no primeiro mês após o nascimento do filho. O pai passa a dispor de 15 dias subsidiados se gozados logo após a licença de maternidade/paternidade. É aprovada uma licença parental especial de 3 meses consecutivos ou 6 meses de trabalho parcial até aos 6 anos de idade da criança.

Este conjunto de modificações legislativas surge num quadro de grandes mudanças demográficas: a taxa de natalidade apesar de uma ténue inflexão nos últimos 3 anos desceu aos valores mais baixos da história, as mulheres entre 35-49 anos representam agora 40% das mulheres em idade fértil, o índice sintético de fecundidade atingiu 1.46 filhos por mulher, muito abaixo dos 2.1 que asseguram a renovação das gerações. Em resumo: baixa natalidade, adiamento da maternidade e da paternidade são marcas de que ter filhos é hoje “uma escolha afectiva”.

Por outro lado assistiu-se a uma recomposição da família tradicional. O modelo conjugal tradicional coexiste hoje com uniões de facto hetero e homossexual, famílias monoparentais, recompostas, alargadas, múltiplas.



George Hoyningen-Huene, 1930.

A taxa de actividade feminina (44%) é muito elevada (a mais elevada da Europa), e continua a crescer. As mulheres portuguesas praticam ainda os horários mais longos da UE e não abandonam o mercado de trabalho com o nascimento dos filhos.

A discriminação da mulher nos empregos e nos rendimentos persiste mas emerge uma nova mentalidade que se traduz na partilha das tarefas no trabalho de casa, nomeadamente nas tarefas relativas à saúde e educação dos filhos: num inquérito recente realizado na zona de Lisboa (Torres e Silva, 1998) 21% dos homens declararam cozinhar, 22% tratar da louça, 15% tratar da casa, 36% fazer compras e brincar com as crianças, 22% ajudar a fazer trabalhos de casa, 31% dos pais declaram levar os filhos ao médico.

Está aí assim um novo pai: tem trinta e tal anos aquando do nascimento do primeiro filho, acompanha nas consultas da gravidez, assiste à ecografia fetal, está informado sobre as capacidades sensoriais do feto, participa das transformações do corpo da mãe (que fotografa ou pinta...), ajuda no trabalho de parto e assiste à expulsão, recebe o recém-nascido, está inteiramente disponível nos primeiros cinco dias de vida actualmente com a alta precoce da maternidade quase todos passados em casa, vai ao teste do pezinho, à primeira consulta, às vacinações. Pega no bebé, muda as fraldas, dá o colo de noite quando as cólicas apertam. De acordo com a mãe e com os diversos momentos da carreira profissional de cada um combinam a licença parental. Fica em casa 15 dias após o regresso da mãe ao trabalho, retardando a ida do bebé para a creche. Aprende com o bebé. A mimá-lo, a fazê-lo sorrir, a adormecê-lo. Canta-lhe, embala-o. Não tem medo de lhe tocar.

Este novo pai viveu à sua maneira o processo de gravidez, o parto e o aparecimento do recém-nascido, a vinculação muito precoce com o bebé.

O bebé como parceiro activo da interacção precoce pode, através dos processos de interacção (sincronia, simetria, contingência, adesão, jogos e autonomia, para usar a terminologia de Brazelton) distinguir os progenitores e criar uma relação independente com cada um deles. O pai moderno, ao libertar-se do seu papel de ausente-exterior introduziu-se no determinismo da diáde biológica como o *elemento cultural, libertador*.

Esta família nova está no entanto num terreno hostil. Aquilo a que se chama de modelo social europeu, intensamente mediatizado, não apaga a dura realidade do desemprego, dos contratos a termo, da flexibilização dos horários de trabalho e dos contratos como forma de reforço da exploração dos trabalhadores e não como garantia de introdução de formas mais humanas de relações de trabalho. A qualidade e a extensão das redes formais de apoio à infância é insuficiente. Cresce uma cidade hostil à criança. Em todas as sociedades modernas aumenta a marginalidade. Os cenários apocalípticos da *sociedade dos 25%* parecem confirmar-se: emprego a sério para 25% e emprego social e *entertainment* boçal para os restantes.

Que tem o pediatra, o médico que vê crianças, com isto tudo?

saúde
infantil

2000; 22/1: 81-83

O modelo que a moderna pediatria pretende impor é o do médico como aliado da família. Trata-se de um modelo de humildade e optimismo. O médico é aquele que reconhece no bebé e na família uma espantosa capacidade de recursos para vencer as dificuldades. Estas capacidades são espontâneas, ou geradas na interacção. Trata-se de as pôr em evidência, de as potenciar. O modelo autoritário do médico detentor dos saberes e das soluções, que as faculdades ainda veiculam está nos antípodas das necessidades diversificadas das novas famílias.

Poderíamos multiplicar os exemplos de afirmação desta mentalidade: facilitar o acesso dos pais às salas de parto ou dificultá-lo a coberto de restrições impostas pela tecnologia, pelas instalações, pelo risco; possibilitar a interacção precoce ou criar interdições; permitir aos pais a descoberta dos ritmos próprios do bebé ou multiplicar conselhos e normas que, cientificamente analisados, não resistem à evidência; informar sobre as competências e permitir a descoberta da individualidade ou criar dúvidas, barreiras...

As leis de protecção à maternidade são óptimas. As de protecção à paternidade são melhores. É bom que elas existam, sejam divulgadas. Como em outros aspectos da vida social o que é importante joga-se, no entanto, noutra campo. Serão os 20% que mudaram os seus comportamentos capazes de ganhar a partida e impor um novo paradigma? Serão os homens e as mulheres capazes criar uma família baseada na partilha? Serão os filhos destes homens e destas mulheres capazes de salvar o mundo?

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 81-83

Luís Januário

Qual o seu diagnóstico?

Justifique.

A — “... os doidos do Mosteiro (de Travanca, ocupado por um Hospital Psiquiátrico) ... dispunham dum diagnóstico, enquanto que todos os outros estavam apenas marcados por um prognóstico ...”

“Deodato passou com uma bacia na mão e parou um momento para explicar a Belche que a casa recebera um novo doente.

— Cheira a rato, é o defeito que tem ...

Aqueles indivíduos loiros e de olhos azuis, marcados por uma imaturidade afectiva que produzia às vezes o grande crime como descarga emocional, encontram-se em famílias aparentemente saudáveis e cujas crianças eram belas e não apresentavam outras anomalias senão um andar peculiar, simiesco, e uma agressividade mitigada pela fuga. Em geral adaptavam-se bem a certos serviços monótonos e repetidos, e davam bons domésticos, ainda que sujeitos a crises de obstinação. A frase “bom para criado de fidalgo” referia-se no vale de S. Salvador, a esse tipo de atrasado, de comportamento caracterizado por um desejo de protecção; o seu mutismo passava geralmente por índole discreta”.

Agustina Bessa-Luís, O Mosteiro. Guimarães Edit. Lisboa 1980

B — “Salvador sabia que ele se tornara impotente; lentamente, os seus testículos tinham sido envolvidos por uma membrana como um útero, e ele morreria dessa gravidez maligna...”

Augustina Bessa-Luís, O Mosteiro. Guimarães Edit. Lisboa 1980

Concorda com o diagnóstico de ácido-cetose diabética?

Justifique.

C — “Na época, diagnosticaram a doença como “paixão diabética”, naturalmente um diabético jovem com evolução para a ácido-cetose e o estado de coma. Mas a diabete é campo propício às infecções, que toma às vezes nesse terreno um carácter agudo, ou larvado, especialmente no que se refere à tuberculose... Foi o próprio rei D. João III que foi ao Barreiro receber Joana (a noiva do filho), em 5 Dez 52. Quer isso dizer que o príncipe já se encontrava doente.

Em Outubro do ano seguinte o seu estado é desesperado. Tem febre alta e devora-o a sede. Como acontecerá com Filipe II (seu parente), os médicos proibem-lhe todo o regime hidratante, o que produz um suplício. O príncipe consegue iludir a vigilância dos camareiros e embebe uma toalha em água da chuva e dessedenta-se com ela.

Morre, em 1 de Janeiro, esse último varão duma casa em que só as mulheres têm ainda uma resistência... Como um anjo — dizem que morre. É o coma diabético, com a perda de reflexos e a respiração ampla e dispneica.”

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 86

(O filho, El-Rei D. Sebastião, nasceu, dias depois)

Agustina Bessa-Luís, O Mosteiro. Guimarães Edit. Lisboa 1980

Um caso inesquecível



Sr. Dr. Canalizador, por favor ajude-nos!

Faltava meia hora para a meia-noite. Finalmente se poderia descansar um pouco após um longo e agitado dia de criança a passar pela urgência; sim a “passar”, porque felizmente urgências das verdadeiras tinha havido poucas.

Faltava meia hora para a meia-noite quando chegou uma menina transferida dum hospital distrital. Abre-se de sopetão a porta da Urgência e a cachopa mostra em riste o dedo médio da mão esquerda adornado por um “anel” gigantesco.

Pelas nove e meia da noite, já a mãe lhe lia a história da noite, resolveu levantar-se e seguir o pai que desceu à oficina para buscar uma ferramenta. Enquanto por ele esperava, chamou-lhe a atenção uma vistosa “argola” que ali se encontrava... E se a experimentasse no dedo para ver se lhe ficava bem? Enfiou-a no dedo e que graça... até cabia! Isto é, até ficava um pouco justa.

Mirou a mão, primeiro pelo lado do dorso - brilhava e bem, depois pela palma - que gira! Dois dias antes tinha “roubado” o verniz das unhas à mãe, e realmente o “anel” combinava com o brilho das unhas. Apreciou mais uma vez ... Agora o pai chamava-a para subirem para casa. Mas o que é que aconteceu? O “anel” não saía, mesmo tentando com mais força e o dedo até parecia que estava a ficar um pouco inchado. Pediu ajuda ao pai, mas este também não conseguiu tirá-lo.

Subiram para casa e foram ao quarto de banho. Aplicou espuma de sabão nas mãos e nova tentativa, infrutífera. Esfregaram o dedo com vaselina e ... nada. Resolveram ir ao hospital local, onde enrolaram um fio em torno do dedo puxando de seguida a “argola”, mas de novo em vão. O médico desolado:

— É melhor irem para Coimbra, aqui já não posso fazer mais nada!

Já no Hospital Pediátrico a imaginação voava em busca de solução. Convinha encontrá-la rapidamente porque o dedo progredia em edema e na tonalidade violácea. - Entretanto é melhor colocar um pouco de gelo.

Cada um vai lançando palpites na tentativa de ajudar. A serra dos gessos, os alicates para os ferros da Ortopedia, um fio de seda, um dreno de Ruberdain envolto em *spray* de silicone, tudo foi experimentado sem resultado. A situação tornava-se mais difícil porque o interior da argola era mais estreito numa das extremidades e era essa que estava encravada na parte mais larga do dedo. -A única solução é chamar o serralheiro de serviço. - Não há! - Então chamem o canalizador.

Lá, toca o telefone... responde uma voz sonolenta.

— Sr. Canalizador precisamos da sua ajuda para tratar um doente... Seguem-se explicações.

— Vou imediatamente ver o que posso fazer.

Pouco depois chega o Sr. Canalizador com a sua arma terapêutica - umas lâminas de ferro. Tenta-se serrar, mas a serra escapava com a pressão, com risco de lesar a mão.

— Assim isso não vai dar nada! Gritava o pai que afinal tinha a mesma profissão do nosso doutor.

Entretanto, a criança estava muito calma e até divertida com o reboliço que em torno dela se gerara e que a tornava o centro das atenções (e também graças a uma “misturazinha” que lhe tínhamos dado a beber).

“... Podem ir pensando desde que não me toquem no dedo que está a ficar deveras grande e gordo, e até roxo. Palparam-me o dedo e dizem que ainda pulsa, o que será que isso que dizer?”

— Bem, isto aqui não é possível fazer nada! Temos que levar a menina até à oficina e ver se utilizando o torno se consegue resolver o problema.

E se alguém estava a uma das janelas do Hospital à meia-noite e meia dessa noite fria e ventosa, certamente terá ficado surpreendido com um procissão que se deslocava em direcção às oficinas do hospital — uma criança de mão dada com os pais, um médico, um enfermeiro, um senhor com serras na mão. Atrás do grupo ainda seguia o bombeiro condutor da ambulância, não fosse necessário para alguma emergência...

Já na oficina desobstruíram o espaço em frente ao torno e lá fixaram cuidadosamente o “anel” que cada vez apertava mais o dedo. Inventaram umas protecções para mão e dedos e começou a operação de serragem - operação difícil, porque alvitrava o pai: — Eu acho que assim não dá, ...ora com licença empurre aqui, desculpe lá mostre-me lá os dentes da serra, vire-a ao contrário, disto percebo eu...

A mãe, pálida: — Ó homem, tá calado não vês que os senhores estão a tentar ajudar!..

Entretanto a serra prosseguia calma e cuidadosamente a sua operação, o tempo passava e a criança pedia que lhe tirassem a argola, porque no dia seguinte a professora (andava na 1ª classe) a iria questionar sobre que maldades tinha andado a fazer.

E a operação prosseguia... A certa altura já ia funda a ranhura feita pela serra, alarga-se forçadamente e finalmente a porca de metal cromado de meia polegada (1,3 cm de comprimento, 5 mm de espessura na sua porção mais larga, 2,6 cm de diâmetro) se parte em dois

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 87-90

fragmentos, libertando o dedo que já tinha quase o dobro da espessura habitual.

E todos respiraram de alívio...

Obrigado, Sr. Dr. Canalizador!...

Maria Helena Estêvão
Serviço de Urgência
numa noite fria e ventosa

“Intoxicação”... doce

Alguém disse que todos os casos inesquecíveis começam assim mas, mais uma vez, era hora de almoço dum daqueles dias benditos em que a urgência estava calma, calma demais...

Pela sala de triagem entra uma maca com a M. de 10 anos. A mãe começa a contar a história que a traz. Há cerca de um mês, coincidindo com o início das aulas, a criança começara a ficar diferente, deixara de ser a mesma, andava triste, deitava-se frequentemente e até adormecia durante o dia. O professor já alertara que ela não se conseguia concentrar e o rendimento escolar estava a diminuir. “Devem ser nervos” — assumia resignada a mãe. O pai falecera três anos antes devido a agressões numa rixa lá na terra. A mulher dum dos agressores tinha começado a trabalhar na escola da M. nesse ano lectivo. Esta andava assustada, achava que a mulher a olhava de modo estranho. A situação agravara-se no dia anterior com o aparecimento duma “respiração aflita, aflita...” À noite tinha ido ao Hospital local e a história contada tinha merecido uma receita de um calmante, o Valdispert®.

Enquanto a mãe conta a história vou observando a M. — péssimo aspecto, debilitadíssima, olheiras profundas, emagrecida, mucosas orais tão secas que a custo deixam sair uns sons ciciados, uma respiração de tal modo arfante que à entrada me tinha suscitado um apelo “calma, respira devagarinho... senão desmaias”...

“Mas teve febre, vômitos, diarreia?” “Não, nada disso.” “Mas tem urinado?!” “Sim, de manhã já urinou e até tomou leite ao pequeno almoço.”

A mãe retira-se para formalizar a inscrição. As enfermeiras tinham-se apercebido que se tratava dum caso “bicudo” — uma media a tensão arterial, outra colocava os sensores da monitorização cardio-respiratória, tudo num silêncio absoluto. Do turbilhão de ideias que me povoava o cérebro emergia uma... “mas tu tomaste algum medicamento?” A M. responde-me acompanhando com um dedo em riste, elucidativo “UM comprimido”, claro o Valdispert®!

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 87-90

Tentando mostrar toda a segurança deste mundo, aquela que me faltava interiormente, começo a ordenar as ideias alto: “...bom vamos colocar um soro, vamos colher sangue para bioquímica, gasometria...” Nas requisições a informação clínica repete-se: “desidratação + dispneia”, “desidratação + dispneia”...

Entretanto a M. pede para fazer xixi e tem uma micção tão abundante que extravasa por todo o lado !!?

Desidratação/poliúria, desidratação/poliúria... *click!* Uma enfermeira já se debruçara para mergulhar a fitinha e dizia: “só tem cetonúria +++”. “Só cetonúria ... e GLICOSÚRIA??”

Era óbvio o diagnóstico, claro! E por mais respirações arfantes que a M. fizesse com glicémia de 700mg/dl e pH de 6,8 (ah!, sim é perfeitamente compatível com a vida!), o risco de desmaiar por alcalose metabólica é que não corria...

Clara Gomes

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 87-90



A idade média de erupção dentária situa-se em torno dos 6 meses de idade, em geral um dente incisivo central da mandíbula. Considera-se **erupção dentária prematura** se a mesma ocorrer antes dos 3 meses de idade e, **erupção dentária muito precoce**, a que ocorre no primeiro mês de vida. Quando os dentes já estão presentes ao nascimento denominam-se **dentes natais** e, se surgem no decorrer do primeiro mês de vida, **dentes neonatais**.

Ambas estas situações são raras. Um em cada 2.000 a 6.000 recém-nascidos (RN) nasce já com dentes: dois incisivos centrais (cerca de 75% dos casos) ou apenas um incisivo (cerca de 25% dos casos) (figura). Muito ocasionalmente poderão ter outra localização. A mais difícil notificação dos dentes neonatais tem impedido o cálculo da sua incidência.

Os dentes natais ocorrem mais frequentemente no RN de termo do sexo feminino, mas poderão verificar-se também em prematuros. Em 85 a 90% dos casos tratam-se de dentes decíduos de erupção muito precoce e, nos restantes 10 a 15%, de dentes supranumerários.

Os dentes natais geralmente não têm raiz, a dentina é irregular e a câmara pulpar é ampla e muito vascularizada. Esta intensa vascularização deverá contribuir para a erupção prematura.

Em regra tratam-se de casos esporádicos, mas poderá existir história familiar de dente natal/neonatal, verificando-se, nalgumas famílias, uma transmissão autossômica dominante. Nalgumas etnias, por exemplo nos índios Navajo, a incidência é muito mais elevada, podendo ser inferior a 1/100 RN.



Alguns quadros clínicos poderão cursar com dentes natais/neonatais: lábio leporino/fenda palatina, nos síndromas de Sotos, de Ellis-van Creveld (displasia condro-ectodérmica), de Hallermann-Streiff-Francois (discefalia oculo-mandibular) e de Jadassohn-Lewandowsky (paquioníquia congénita), mas também na hemi-hipertrofia facial. Quando ocorre a erupção prematura de vários dentes, justifica-se excluir uma doença endócrina, especialmente tireoideia ou hipofisária.

Perante um dente de erupção muito precoce justifica-se a realização da radiografia da mandíbula, na tentativa de se fazer a distinção entre dente decíduo e dente supranumerário.

Justifica-se a extracção do(s) dente(s) supranumerário(s). Dos dentes natais decíduos, apenas se justifica extrair os muito móveis (pelo risco de aspiração) ou os que causarem distúrbios na amamentação, por ferimento nos mamilos da mãe ou nos próprios lábios do RN. Tendo em conta a ausência de raiz, bastará fazer-se uma anestesia tópica.

Com a extracção dum dente natal decíduo, o espaço correspondente poderá ser ocupado pelos dentes adjacentes, com perda dum espaço dentário. Daí que todo o dente natal decíduo, que não perturbe nem o RN nem a mãe, deva ser deixado no seu local “em paz”.

Não deixa de ser curioso que, nalguns países, existam superstições em torno destas crianças, considerando-as atreitas e/ou responsáveis por infortúnios. Será também interessante referir que, personagens famosas da História, com mais ou menos infortúnio, tenham tido dentes natais: da História da Medicina, o anatomista Broca e, da História Europeia, Alexandre o Grande, Aníbal, Ricardo III, Luís XIV, o cardeal Richelieu e Napoleão I.

Manuel Salgado

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 91-92

Revisões Bibliográficas



A utilização da Azitromicina para erradicação do *S. pyogenes* da orofaringite influencia a ocorrência local de resistências do pneumococo?

A utilização da Azitromicina (12mg/kg/24h, uma toma diária, durante cinco dias), para erradicação de portadores de *S. pyogenes* — numa situação específica — revelou-se muito eficaz (95% dos casos).

Paralelamente foram estudadas as eventuais repercussões microbiológicas deste tratamento sobre os *S. pneumoniae* cultivados na orofaringe antes, durante e após a antibioterapia.

A prevalência de pneumococos resistentes à Eritromicina aumentou dos 2% iniciais para 4% ao quinto dia e 8% ao vigésimo quarto dia pós-tratamento. O aumento de resistências deveu-se à colonização com novas estirpes.

Se tratássemos uma amigdalite aguda estreptocócica com este fármaco teríamos também que pensar nisto!

Não há bela...

Morita J, Kanh E, Thompson T et al. Impact of azithromycin on oropharyngeal carriage of Group A *Streptococcus* and nasopharyngeal carriage of macrolide-resistant *Streptococcus pneumoniae*. *Pediatr Infect Dis J* 2000; 19: 41-6.

Para os que pensam que o diagnóstico de pneumonia pneumocócica é fácil...

De um estudo finlandês que envolveu 85 casos de pneumonia pneumocócica com hemoculturas positivas, retiram-se alguns dados interessantes sobre a respectiva semiologia:

- a) A maioria tinha febre elevada (a temperatura média mais elevada antes da admissão hospitalar foi de 39,7°). Uma rinite foi constatada em 49%.
- b) À entrada do hospital 79% tinham aspecto doente. Apenas em 21% foi referida diminuição de apetite habitual e em 55% tosse.
- c) A taquipneia isolada só foi notada em 19% dos casos.

- d) A diminuição do murmúrio vesicular só foi detectada em 11% dos casos. Fervores crepitantes só foram ouvidos em 14% dos casos, na admissão.
- e) Em 79% das crianças havia, no Rx, consolidação lobar ou segmentar.

Mesmo com alguns problemas metodológicos, vale a penas ler e reflectir!

E era até bom que alguns pais pudessem ter uma ideia destas dificuldades, com que é feito o nosso dia-a-dia.

Toikla P, Virkki R, Ashorn P et al. Bacteriemic Pneumococcal Pneumonia in Children. Clin Infect Dis 1999; 29: 568-72.

Terapêutica oral para pielonefrites agudas em crianças de baixa idade.

Os casos de pielonefrite aguda eram até agora hospitalizados no nosso Serviço, em U.I.C.D. e após 24-48 h de terapêutica i.v., realização de ecografia, obtenção de apirexia e negatificação da urocultura, iam para o domicílio com terapêutica oral.

O artigo abaixo mencionado foi atentamente lido no Hospital e fizemos alguns ajustamentos, por consenso em reunião geral, no protocolo existente no Serviço de Urgência: limitar ainda mais as situações a hospitalizar em U.I.C.D. e administrar mais frequentemente antibióticos por via oral, desde o início.

Não seguimos os autores na escolha do antibiótico... mas o artigo constitui um muito bom contributo para uma orientação segura, mais agradável e económica nas pielonefrites na baixa idade.

Hoberman A, Wald E, Hickey RW, et al. Oral versus inicial intravenous therapy for urinary tract infections in young febrile children. Pediatrics 1999; 78-86.

Antibióticos no ambulatório: ponderar, ponderar bem!

Bons argumentos para uma utilização cada vez mais adequada de antibióticos é o que poderão encontrar nestes dois bons artigos.

Um aborda a questão de um modo mais genérico e o outro em infecções respiratórias agudas com tosse.

Bauchner H, Philipp B. Reducing inappropriate oral use: a prescription for change. Pediatrics 1998; 102: 142-145.

Davy T, Dick PT, Munk P. Self reported prescribing of antibiotics for children with undifferentiated acute respiratory tract infections with cough. Pediatr Infect DJ 1998; 17: 457-62.

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 93-94



Congressos ASIC 2000

11, 12 e 13 Maio	• IXth Weekend of Paediatric Anaesthesia	Auditório da Reitoria da Universidade de Coimbra
25, 26 Maio	• VIII Curso Básico de Ortopedia Infantil	Auditório da Reitoria da Universidade de Coimbra
16 e 17 Junho	• XVII Curso de Pediatria Ambulatória	Auditório da Reitoria da Universidade de Coimbra
23, 24 e 25 Novembro	• Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Cirurgia Pediátrica	Grande Hotel das Termas do Luso

Secretariado

Associação de Saúde Infantil de Coimbra (Asic)

Hospital Pediátrico — Avenida Bissaya Barreto

3000-076 Coimbra

Tel. 239 48 03 35 Fax. 239 48 44 64

E-mail: asic.hp@mail.telepac.pt

A Saúde Infantil está na net:

<http://www.chc.min-saude.pt/hp/index.htm>

IXth Weekend of Paediatric Anaesthesia

11, 12 e 13 de Maio/2000

Auditório da Reitoria da Universidade de Coimbra

Temas

- Anestesia em crianças com doença cardíaca congénita em cirurgia não-cardíaca
- O papel da ropivacaína em Anestesia Pediátrica
- Novos relaxantes musculares em Pediatria
- Anestesia para cirurgia da coluna
- O papel das benzodiazepinas em Anestesia Pediátrica
- Fisiologia respiratória de lactentes e crianças relacionada com anestesia
- Avaliação pré-operatória da função respiratória
- Anestesia na criança com obstrução respiratória aguda
- Broncospasmo, uma complicação frequente?
- Intubação endotraqueal em Anestesia Pediátrica. Dificuldades e complicações
- Analgesia loco-regional na criança com dificuldade respiratória
- Extracção broncoscópica de corpos estranhos endo-traqueo-brônquicos
- A criança com corrimento nasal: quando anestesiá-lo ou adiar
- Sistemas anestésicos para lactentes e crianças
- O uso do Sevoflurano em Pediatria. Um passo em frente?
- Controlo de dor pós-operatória em Cirurgia Ortopédica
- Hipertermia maligna em lactentes e crianças
- Farmacologia clínica de fármacos vasoactivos em lactentes e crianças
- Sedação em Pediatria. Como definir e como proceder

*saúde
infantil*

2000; 22/1: 95-96

Inscrições

	Até 2000.04.12	Após 2000.04.12
Programa Científico		
Normal	28.500\$	32.000\$
Sócio ASIC/APAP	25.000\$	28.000\$
Pôr-de-sol* (11/5)	6.100\$	7.100\$
Almoço de trabalho* (12/5)	1.500\$	2.500\$
Jantar de encerramento* (12/5)	8.000\$	9.000\$
Visitas guiadas (ver p. 12 do programa)		
Quinta-feira à tarde	1.500\$	1.500\$
Sexta-feira de manhã	1.000\$	1.000\$
Sexta-feira à tarde	1.500\$	1.500\$
ou as 3 visitas	3.500\$	3.500\$

* Marcação até 28 de Abril de 2000. Não garantimos reserva após esta data.