

saúde infantil

Dezembro 2001

Editorial: "Saúde 24"

Dor torácica em Pediatria

A problemática social da criança com doença cardíaca

A integração de uma criança com doença crónica: do sonho à realidade

Algumas reflexões sobre continuidade de cuidados e o BSIJ

As dores da dor

Rir é o melhor remédio

Baixa estatura, carotínemia, anemia e VS aumentada — uma associação diagnóstica

Textos de apoio — Um caso inesquecível — Revisões — Índice 2001 — Informações

Hospital Pediátrico de Coimbra

Editorial

"Saúde 24" _____ 3
Luís Lemos

Dor torácica em Pediatria _____ 7
Miguel Félix

A problemática social da criança com doença cardíaca.
Repercussões sócio-familiares provocadas pela
doença da criança _____ 17
Maria Gabriela Zagalo

A integração de uma criança com doença crónica:
do sonho à realidade _____ 25
Elena Caramés, Lúcia Gomes, Isabel G. Gomes da Costa,
Gabriela Novais, Francisco J. Silva

Algumas reflexões sobre continuidade de cuidados
e o BSIJ _____ 35
Maria Matilde Correia

As dores da dor _____ 43
Olga Cordeiro, Rosa Carvalho, Luísa Veiga

Rir é o melhor remédio _____ 53
Rita Lemos

Texto de apoio da consulta de pediatria geral
Alterações dos tegumentos
Variantes do normal _____ 59

Caso clínico
Baixa estatura, carotínemia, anemia e VS
aumentada — uma associação diagnóstica _____ 65
Alexandra Seabra Dinis, Manuel Salgado,
Luís Moura, Nicolau da Fonseca

Um caso inesquecível
Três faltas: de calor, senso e informação.
E alguma sorte _____ 71

Revisões bibliográficas _____ 75

Índice 2001 _____ 77

Informações _____ 79

Director
Luís Lemos

Editor
Luís Januário

Redacção
Boavida Fernandes
Fernando Fagundes
Manuel Salgado

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: 239 484 464
Tel.: 239 480 335
E-mail: asic.hp@mail.telepac.pt
www.asic.pt

Assinaturas 2002
Anual — € 22,00
Sócios da ASIC — € 19,50
Estrangeiro — € 27,00
PALOPs — € 19,50

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
E-mail: atelier@rpm.pt

Montagem e impressão
Gráfica Mealhadense

Depósito Legal nº242/82



1. A revista "Saúde Infantil" destina-se a todos os profissionais de saúde que tenham a seu cargo a prestação de cuidados básicos de saúde à criança. Os artigos a publicar (originais, revisões de conjunto, casos clínicos) deverão, portanto, debater problemas de interesse eminentemente prático, cujo objectivo seja a promoção da qualidade dos serviços a prestar.
 2. As opiniões expressas nos artigos são da completa e exclusiva responsabilidade dos autores.
 3. Os manuscritos devem ser submetidos ao Editor da revista, Luís Januário, Revista Saúde Infantil — Hospital Pediátrico — 3000 COIMBRA. Os trabalhos propostos serão submetidos à Redacção da Revista, que poderá aceitá-los, solicitar correcções ou rejeitá-los.
 4. Os direitos de autor serão transferidos através da seguinte declaração escrita que deve acompanhar o manuscrito e ser assinada por todos os autores: «Os autores abaixo assinados transferem os direitos de autor do manuscrito (título do artigo) para a Revista Saúde Infantil, na eventualidade deste ser publicado. Os abaixo assinados garantem que o artigo é original e não foi previamente publicado.» Situações excepcionais de textos não originais poderão ser apreciadas.
 5. Serão oferecidas 10 separatas ao primeiro autor de cada artigo, **desde que previamente solicitadas**.
 6. Preparação dos originais:
 - A. A revista agradece que, sempre que possível, os trabalhos sejam executados em computador. (Por questões de compatibilidade recomenda-se, no caso do PC, o uso do programa Word for Windows ou qualquer outro processador de texto que permita a gravação do documento com extensão MCW — Word for Mac e, no caso do Macintosh, o uso do Word em qualquer das suas versões. De notar contudo que o Word 6 é já inteiramente compatível com os dois sistemas operativos, pelo que a sua utilização é recomendada). Neste caso solicitamos aos autores o envio da disquete, que lhes será devolvida logo que o texto seja transcrito.
 - B. Caso os artigos sejam dactilografados, pede-se que o 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, telefone 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 supérfuas 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.
- Iivro* - 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 sepadamente 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 descodificado 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.

Editorial

“Saúde 24”

Um serviço de orientação pediátrica de situações agudas, nunca sujeito a avaliação independente e que se pretende agora estender a todo o território nacional.

Uma empresa privada com experiência na área da saúde e na orientação por via telefónica dos seus utentes, propôs em 1998 ao Ministério da Saúde, através de elementos da Comissão Nacional de Saúde Infantil (CNSI), o fornecimento - inicialmente e a título experimental sem custos para o Serviço Nacional de Saúde - de um Serviço de Orientação pediátrica para situações agudas, com base em experiência e modelo patenteado nos E.U.A..

Após a criação da referida estrutura - contratação de enfermeiros, enquadramento e conhecimento da metodologia a utilizar - o Serviço iniciou funções em 1998 em Lisboa e em Coimbra, com o nome de “Saude 24”.

Apesar de várias reservas pessoais quanto aos objectivos do Serviço proposto, reconheci nele alguns aspectos potencialmente positivos e face à complexa e crónica situação do Concelho urbano de Coimbra - onde o atendimento significativo de situações agudas pediátricas pela clínica geral era (e é ainda) uma miragem, decidimos que valia a pena aderir, esperando que a dinâmica e avaliação futura viesse a confirmar com objectividade alguns dos possíveis efeitos positivos para a população, para o S.N.S em geral e para o nosso próprio Serviço de Urgência (SU).

Em reunião havida em 1998 em Coimbra, com elementos do nosso Hospital (Director Clínico e eu próprio) e responsáveis da Sub-Região de Saúde de Coimbra foi decidido que a população do Concelho urbano de Coimbra iria ter acesso a este Serviço e que:

a orientação teria em conta os compromissos assumidos pela Sub-Região de que os 6 Centros de Saúde urbanos atenderiam as situações agudas pediátricas das 08 às 20 h, nos dias úteis da semana (foi mais uma vez explicitado o nosso inconformismo com os limites deste atendimento e solicitada ampliação futura dos mesmos).

seria feita uma avaliação quantitativa, prospectiva, nos Centros de Saúde de Coimbra e no nosso S.U, sobre o número de situações agudas pediátricas versus o número de casos enviados pela central telefónica. Em relação à “Saúde 24” pretendia-se ter acesso aos dados clínicos colhidos pelo sistema e orientação aconselhada bem como aos seus resultados quantitativos globais.

Foi instalado um fax no nosso Serviço de Urgência expressamente para a referência dos dados clínicos das crianças enviadas pela "Saúde 24".

Em Maio de 1999 realizou-se em Coimbra uma reunião entre o responsável da empresa que geria a "Saúde 24", o Presidente da CNSI, elementos responsáveis da Sub-Região de Saúde de Coimbra, o Director Clínico do H.P e eu próprio.

O objectivo era reflectir sobre os primeiros meses de funcionamento do Serviço, com incidência particular na nossa área geográfica.

Não houve possibilidades de quantificar qualquer impacto ao nível dos Centros de Saúde (por não existência de registos). Foi-nos referido pelo responsável da "Saúde 24" que não tinham sido detectadas situações graves por má orientação e que, segundo dados colhidos pelo próprio sistema, a opinião dos utentes sobre o Serviço era em geral boa e que estes teriam manifestado intenção de utilizarem mais justificadamente as estruturas de saúde, num número razoável de casos. Foi também referido que um número significativo de pais que inicialmente teriam declarado ter intenção de recorrer a um S.A.P./ Centro de Saúde naquela situação aguda, teriam modificado a sua atitude após a orientação proposta no sentido de permanecerem no domicílio ou deferirem a ida a um S.U. ou S.A.P./ C. Saúde. Foi reforçada a ideia de que era indispensável criar e pôr em prática os elementos de avaliação sobre o impacto da "Saúde 24" a nível de Coimbra (sobretudo nos Centros de Saúde). Foram também sugerido o registo de alguns parâmetros qualitativos para as estruturas de saúde envolvidas.

Em Janeiro de 2001 fomos informados - através de uma jornalista do Diário das Beiras, que nos facultou uma cópia de um fax da "Saúde 24" - que o Serviço cobria agora os Distritos de Lisboa, Setúbal, Santarém e Faro e sobretudo que no Concelho de Coimbra a procura (nº de chamadas telefónicas) fora de 6.307 em 1999 e de 4.173 em 2000. No referido fax estava também escrito "Diminuição em Coimbra, por ausência de divulgação do Serviço", desconhecendo eu em que base assentou esta conclusão.

Desde Maio 1999 não foi possível - apesar do meu empenhamento, é certo que ultimamente esmorecido - realizar qualquer outra reunião com os responsáveis da "Saúde 24", para avaliação dos parâmetros previstos e reflexão mais global.

Em Novembro 2001 tivemos conhecimento que a *ARS de Lisboa e Vale do Tejo* tinha aberto concurso internacional para a "adjudicação do fornecimento de Serviços de Orientação Pediátrica - atendimento por linha telefónica 24 h, em *todo o território nacional*". Uma informação técnica que " terá sido submetida a apreciação ministerial acentua a necessidade de um estudo sobre a avaliação e impacte do actual sistema de triagem telefónica na redução da procura das urgências pediátricas nos hospitais, prévia à decisão de entrada neste Serviço" (que se pretendia adjudicar).

Não foi realizada qualquer avaliação independente (auditoria) da "Saúde 24", desde a sua entrada em funcionamento.

Entretanto o concurso foi concluído e o S.N.S. vai pagar anualmente à firma vencedora mais de 1 milhão de contos /ano (a A.R.S. do Centro cerca de 220 mil contos/ ano, correspondente à percentagem da população até aos 15 anos na sua área de influência).

Estará ao menos a A.R.S. do Centro - que aparentemente vai expandir o Serviço para toda a região - interessada numa eventual melhor definição e sobretudo na exigência da concretização, de parâmetros de avaliação para um Serviço que talvez seja agora residual em Coimbra? Ou vamos deixar tudo como até aqui?

E a nível nacional, será concebível e aceitável que o Ministério da Saúde, ao pagar este Serviço, (por quanto tempo?) continue sem o procurar justificar com o mínimo de independência e de objectividade?

E a CNSI - se ainda funcionar - não quererá (deverá) pronunciar-se sobre esta matéria?

Nota: Um sistema semelhante foi implementado no Reino Unido, desde Março de 1998. Num país com outro " pano de fundo" de informação sobre os Serviços de Saúde, já foi produzida, dois anos após a sua introdução, uma avaliação quantitativa do respectivo impacto na utilização de ambulâncias, de serviços de urgência hospitalares e de serviços de atendimento de situações agudas de Clínica Geral (1). A conclusão é que houve poucas ou nenhuma repercussões nestes serviços à data deste primeiro balanço.

E foi também publicada uma muito oportuna e completa reflexão pediátrica sobre os aspectos positivos e controversos deste Serviço (2).

Bibliografia

1. Munro J, Nicholl J, O’Cathain A, Knowles E. Impact of NHS Direct on demand for immediate care: observational study. *BMJ* 2000;321:150-153.
2. Mclellan N. NHS Direct: here and now. *Arch Dis Child* 1999;81:376-379.

Luís Lemos

Resumo

A dor torácica em crianças e adolescentes é uma queixa frequente e preocupante para os próprios, famílias e profissionais de saúde, dada a conhecida associação, no adulto, entre este sintoma e doença cardíaca ou morte súbita. Apesar de múltiplas causas serem possíveis na criança, são raras as situações de doença orgânica grave que se apresentam com dor torácica. Neste artigo revêm-se de modo não exaustivo os principais grupos de causas e chama-se a atenção para a importância fundamental de uma abordagem baseada essencialmente na clínica. Apontam-se também alguns princípios essenciais da investigação complementar, nomeadamente a necessidade da sua utilização criteriosa e sempre orientada pela clínica.

Palavras-chave: dor torácica, pediatria, crianças, adolescentes, diagnóstico, investigação.

Summary

Chest pain in children and adolescents is a common and disturbing symptom. It causes significant concern in children, their families and health professionals, due to the well-known association with cardiac disease and sudden death in adults. Although multiple causes are possible in children, severe organic disease presenting mainly with chest pain is rare in this age group. This article reviews, in a non-exhaustive way, the main groups of causes and stresses the fundamental importance of a clinically based approach. Some of the principles for a correct use of ancillary diagnostic tests are noted, namely the need for a judicious and symptom-guided utilization of these tests.

Keywords: chest pain, pediatrics, children, adolescents, diagnosis, ancillary tests.

Introdução

A dor torácica em Pediatria representa uma preocupação importante para os familiares e para as próprias crianças. Culturalmente, e de modo especial nos adultos, é uma queixa muito valorizada e alarmante, dada a conhecida relação que existe entre este sintoma e doenças cardíacas ou morte súbita. A preocupação que esta ideia suscita pode ainda ser exacerbada em famílias em que existam casos de doença cardíaca e mesmo acabar por ser partilhada pelo pessoal médico ou outros profissionais de saúde envolvidos no atendimento à criança.

A dor torácica é uma queixa frequente, sendo referida como a principal razão de procura de cuidados médicos em percentagens que variam entre 0,25% e 0,6% do total de atendimentos, dependendo do contexto – ambulatório não urgente, departamentos de emergência, centros de referência para Cardiologia Pediátrica... É um dos principais motivos de referência a Cardiologia Pediátrica (1-4). Apesar de em Portugal não haver dados publicados sobre a frequência de dor torácica, não há razões que façam pressupor diferenças significativas em relação a séries publicadas noutros países. Na Consulta Externa de Medicina do Hospital Pediátrico de Coimbra (HPC), onde são referenciados casos após avaliação noutros locais de atendimento, foram informatizados 55 diagnósticos de dor torácica em crianças entre 1990 e 1998. Em nenhum destes casos se verificou doença cardíaca. A dor torácica é também um motivo frequente de pedido de observação pela Cardiologia no HPC.

Não há diferenças significativas de incidência entre sexos. A idade média de apresentação varia entre os 11,5 e os 13 anos. Como é evidente, torna-se difícil identificar esta queixa em crianças muito pequenas, dada a sua incapacidade para a explicitar: nestas poderá manifestar-se apenas por sinais gerais de desconforto e irritabilidade. Como regra geral, a probabilidade de ser secundária a causa cardio-respiratória é maior em crianças mais jovens, enquanto que nos adolescentes e crianças maiores aumenta a probabilidade de a queixa ser devida a causas psicossomáticas (1,2).

São numerosas as causas possíveis de dor torácica numa criança e entre elas encontram-se algumas patologias potencialmente graves ou fatais, que devem ser prontamente reconhecidas e tratadas. No entanto, ao contrário do que se passa nos adultos, estas representam uma minoria – as causas cardíacas, nomeadamente, não ultrapassam os 4 a 6% na maioria das séries. Na publicação de uma série em que este valor atinge os 15%, apresenta-se como provável justificação o facto de se tratar de um Serviço de Emergência atendendo crianças referenciadas para Cardiologia, muitas delas com doença cardiovascular previamente conhecida (3).

A repercussão da dor torácica na criança, quando crónica ou recorrente, pode ser significativa: cerca de 1/3 acordam de noite e 1/3 faltam ocasionalmente à escola (1,2).

Anamnese

Na abordagem de uma criança com dor torácica a recolha de dados da anamnese deve ser cuidadosa e pormenorizada, evitando conclusões precipitadas e o avanço intempestivo para a realização de exames complementares. O tempo de evolução, o modo de início, a

frequência, a duração, o horário (uma dor que acorda a criança de noite tem maior probabilidade de ter uma causa orgânica), a existência de factores desencadeantes, agravantes ou de alívio, as características da dor em relação a intensidade, tipo, localização e irradiação devem ser averiguados e adequadamente valorizados. Por exemplo, uma dor tipo queimadura na área esternal sugere esofagite, e uma dor aguda em pontada que alivia com a criança sentada e inclinada para a frente sugere pericardite numa criança febril.

Num estudo retrospectivo de 180 episódios de dor torácica em 134 crianças, num período de cinco anos, verificou-se que a localização foi mais útil que o tipo de dor na orientação para o diagnóstico. Assim, encontrou-se uma causa **não cardíaca** em todos os casos de dor difusa e em 89% dos casos com dor referida ao abdómen e uma causa **cardíaca** em 28% dos casos de dor esternal e em 62% de casos com irradiação para o ombro esquerdo. O tipo de dor não parece ter tanta utilidade na orientação diagnóstica, mas quando é simultaneamente aguda e agravada com a respiração, a probabilidade de haver uma causa cardíaca parece ser menor (3).

É necessário tomar em consideração que em crianças mais pequenas pode ser muito difícil caracterizar o tipo de dor, bem como a sua localização, irradiação, etc. Devem ser inquiridos os antecedentes, incluindo cirurgia ou patologia prévias, do foro cardíaco, respiratório e outros, bem como hábitos (actividades físicas exigentes, tabaco, álcool, drogas, fármacos) e avaliada a situação familiar, particularmente acerca da existência de doença cardíaca significativa e/ou história de mortes recentes em familiares próximos. É também importante avaliar o impacto que as queixas têm sobre a actividade habitual da criança e a existência de situações causadoras de *stress* no meio familiar ou escolar (1,2,4). Uma criança com dor torácica de início recente, que a acorda de noite, interfere com a sua actividade diária e não é aliviada por medidas simples como tranquilização ou analgésicos correntes, tem maior probabilidade de ter uma patologia orgânica como causa.

Exame físico

O exame físico deve ser completo, evitando a tentação de o limitar ao tórax já que, muitas vezes, as pistas para o diagnóstico se podem encontrar na observação cuidadosa de outros sistemas ou segmentos corporais. A prioridade é o reconhecimento da criança gravemente doente, com sinais de insuficiência respiratória ou cardiovascular, necessitando de intervenção terapêutica rápida (por exemplo, pneumotórax). O exame geral pode revelar uma criança com estado geral degradado, emagrecida e pálida, sugerindo uma doença sistémica (por exemplo neoplásica ou doença do tecido conjuntivo). O exame do abdómen é particularmente importante já que uma dor com origem abdominal pode ser referida ao tórax. Por fim, um exame completo e detalhado do tórax é essencial: a observação pode revelar sinais de traumatismo ou dificuldade respiratória. A palpação pode reproduzir a dor relatada pela criança, sugerindo uma causa musculoesquelética localizada. A auscultação cardíaca deve ser efectuada com especial atenção à presença de arritmias, sopros, atritos

ou tons cardíacos abafados. A presença de alterações do murmúrio vesicular ou ruídos adventícios como sibilos ou ferveores podem ser indícios valiosos de uma patologia respiratória como causa da dor torácica (1-4).

Muitos autores que se têm debruçado sobre o tema da dor torácica em Pediatria são consensuais ao afirmar que uma anamnese cuidada e um exame físico completo permitem na maioria das situações um diagnóstico correcto ou, pelo menos, afastar a possibilidade de doença orgânica significativa (1,2).

Investigação complementar

A investigação complementar é desnecessária na grande maioria dos casos e, quando realizada, acaba geralmente por não revelar alterações ou apenas confirmar diagnósticos já previamente suspeitados pela anamnese e/ou exame físico. Por outras palavras, a utilização de exames complementares não está indicada para tentar encontrar uma causa orgânica **quando a história e o exame não a sugerem**.

A selecção dos exames a realizar deve ser sempre individualizada e criteriosa, evitando a utilização de conjuntos pré-definidos de testes como, por exemplo, "electrocardiograma, ecocardiografia e radiografia de tórax" sempre que se suspeita de uma causa cardíaca.

Em situações particulares em que exista uma ansiedade exagerada da família ou da criança, motivada por receio de haver uma patologia grave, podendo conduzir a uma procura exagerada de cuidados médicos ou a atitudes potencialmente perigosas como algumas auto-medicações, a realização de alguns exames complementares de uma forma criteriosa pode ser útil para eliminar ou reduzir esses receios.

No **quadro** propõe-se, sob a forma de um algoritmo, uma orientação genérica para a abordagem diagnóstica de uma criança com dor torácica. Não se pretende instituir qualquer protocolo mas antes sugerir uma abordagem metódica e racional em termos de investigação que, obviamente, deve ser adaptada caso a caso.

Nos parágrafos seguintes, acerca de diversas etiologias possíveis de dor torácica, serão referidos alguns dos exames eventualmente indicados para cada uma delas.

Etiologia

Existe um número muito elevado de situações patológicas que podem incluir dor torácica nas suas manifestações. No entanto, é reduzida a frequência daquelas que representam um problema sério pela sua gravidade. Entre estas, as causas cardíacas são as que mais preocupam e mais receios despertam nos doentes, familiares e profissionais de saúde. A frequência relativa de cada grupo de causas, tal como descrita na literatura médica, é muito variável, mas há uma coincidência quanto ao predomínio de causas não orgânicas e pouco graves e quanto à relativa escassez de patologias orgânicas graves.

Nos parágrafos seguintes aborda-se, de modo genérico e não exaustivo, algumas das causas de dor torácica em Pediatria, referindo a sua frequência habitual.

Causas respiratórias (12 – 21%)

São causas frequentes, principalmente em crianças antes do início da adolescência. A existência de sinais ou sintomas respiratórios associados, como dificuldade respiratória e tosse, deve fazer suspeitar de uma causa deste grupo; a sua ausência, no entanto, não as exclui: em crianças com dor torácica, sem história prévia de asma e mesmo sem sintomatologia sugestiva, a realização de uma prova de esforço pode levar ao diagnóstico de asma de esforço (5). A utilização intensa dos músculos respiratórios na asma ou numa criança com tosse persistente pode desencadear dor torácica; a auscultação dará pistas importantes para o diagnóstico da primeira. Uma ausência ou diminuição de murmúrio vesicular associada a macicez ou timpanismo à percussão farão suspeitar, respectivamente, de derrame pleural ou pneumotórax (6). A embolia pulmonar é uma causa rara mas, dada a gravidade, deve ser considerada se surge dor torácica súbita acompanhada de tosse, dificuldade respiratória e/ou hemoptise, particularmente em adolescentes a tomar contraceptivos orais. A radiografia de tórax é o exame de primeira linha para a confirmação de uma causa respiratória. Outros exames mais específicos podem ser necessários ocasionalmente, como prova de esforço, tomografia axial computadorizada, ecografia torácica e cintigrafia pulmonar.

Causas músculo-esqueléticas (15 – 31%)

Dada a importante actividade física característica da idade pediátrica, com a sobrecarga que acarreta para as estruturas musculares, articulares e ósseas, estas causas são das mais frequentes neste grupo etário. Também diversos tipos de traumatismo torácico podem resultar em contusão da parede torácica, fractura de costelas e mesmo hemotórax ou pneumotórax. Quando a história do traumatismo ou sobrecarga é bem individualizada e com correlação temporal evidente com a dor torácica, o diagnóstico surge com facilidade. Classicamente, no exame físico, a contracção ou palpação da área afectada reproduz as queixas. A costochondrite é uma das situações mais representativas deste grupo: surge mais no sexo feminino, geralmente agrava com o movimento e a respiração e frequentemente as queixas podem durar meses. Ao exame desperta-se dor à palpação das articulações condrocostais, frequentemente bilateral.

Na criança maltratada fisicamente o tórax pode ser atingido e deve existir um nível de suspeição elevado para este diagnóstico.

A radiografia de tórax pode ser necessária para excluir fractura de costelas ou outras consequências de trauma. O tratamento de quase todas as situações deste grupo é sintomático, consistindo em analgésicos/anti-inflamatórios e repouso relativo, para além de esclarecimento e tranquilização.

Causas digestivas (4 – 7%)

A maioria das causas digestivas de dor torácica relaciona-se com alterações esofágicas, dada a localização intratorácica deste segmento do tubo digestivo. A esofagite, nomeadamente como consequência de refluxo gastro-esofágico, é uma das causas mais frequentes

dentro deste grupo. A existência de sintomatologia associada, tal como regurgitações mais ou menos frequentes, e de características sugestivas da dor (dor retro-esternal tipo queimadura, relação com as refeições, agravamento com o decúbito, dor á deglutição...) torna este diagnóstico relativamente evidente, mas a sua ausência não o exclui. Muitas alterações da motilidade esofágica, tal como espasmos esofágicos difusos, acalasia e alterações não específicas da motilidade esofágica podem condicionar dor torácica sem refluxo gastro-esofágico ou esofagite (6,7). Frequente dentro deste grupo, principalmente em crianças pequenas, é o corpo estranho de localização intra-esofágica; a história pode ser sugestiva e a disfagia, sialorreia e recusa alimentar associadas fazem geralmente suspeitar do diagnóstico. Nalgumas crianças uma patologia digestiva não esofágica, como gastrite, úlcera ou, mais raramente, colecistite, podem ter um importante componente de dor torácica ou abdominal com irradiação torácica.

O exame físico destas crianças é geralmente pobre em termos de alterações sugestivas de patologia digestiva. A maioria das situações antes referidas são mais prontamente sugeridas pela história e sintomas que por achados do exame. A investigação deve ser orientada por essa suspeita. Na suspeita de esofagite e/ou refluxo gastro-esofágico, o trânsito esofago-gástrico, a pHmetria, eventualmente a endoscopia digestiva alta com ou sem biópsia, podem ser úteis. A manometria esofágica pode ser necessária para esclarecer uma suspeita fundamentada de alterações da motilidade esofágica. A utilização de uma prova terapêutica com anti-ácidos é advogada com alguma frequência na literatura; no entanto, não deve ser menosprezado o potencial efeito placebo desta atitude.

Causas psicogénicas (5 - 17%)

As queixas de dor torácica numa criança podem frequentemente ser de causa psicogénica. Assim, numa criança ou adolescente com dor torácica em que foi identificado, com relação temporal, um factor de perturbação psíquica como um problema escolar, separação dos pais, morte ou doença num amigo ou familiar próximo, ou até outro menos evidente, e se não há dados sugestivos de doença orgânica, é razoável aceitar uma relação causal. Nos casos em que tal se confirma, é frequente encontrar-se uma história familiar de depressão ou somatização. Em algumas crianças deste grupo verifica-se que a existência de uma doença cardíaca num familiar ou amigo parece aumentar o grau de percepção de uma dor causada por uma situação mais vulgar, como uma causa musculoesquelética.

A aparência clássica destas crianças, descrita habitualmente como de ansiedade evidente, com hiperventilação e um aparato exagerado das queixas ou, ao contrário, um ar introvertido e obviamente deprimido, pode não estar presente, obrigando a um grau de suspeição elevado. É necessário não esquecer que uma dor torácica, independentemente da causa, pode causar ansiedade significativa numa criança ou adolescente. Não se deve, portanto, assumir uma etiologia psicogénica em qualquer criança com dor torácica e uma aparência ansiosa, apenas porque não se encontrou outra explicação, nomeadamente uma causa orgânica. Por

outras palavras, uma causa psicogénica para uma dor torácica não deve nunca ser um diagnóstico de exclusão; este tipo de causa apenas deve ser concluído se existirem factores causais psíquicos claramente relacionados.

Após o diagnóstico, e dado que a evolução destes casos é frequentemente arrastada, deve garantir-se uma relação de confiança com a criança e a família, bem como um acompanhamento adequado por pessoal qualificado, se necessário com apoio da Pedopsiquiatria.

Causas cardíacas (4 – 6%)

As causas cardíacas de dor torácica são aquelas que mais preocupam as famílias, as crianças e os profissionais de saúde, dada a potencial gravidade associada e o facto de poderem representar patologias em que uma rápida intervenção pode ser necessária. No entanto, é essencial reforçar a ideia de que estas causas de dor torácica são muito pouco frequentes em Pediatria. **Numa criança com dor torácica, na ausência de uma história pessoal ou familiar de doença cardíaca, sem sintomatologia acompanhante sugestiva e sem achados cardiovasculares no exame físico, é extremamente improvável existir patologia cardíaca.**

Os mecanismos pelos quais uma doença cardíaca pode causar dor torácica são, essencialmente, desequilíbrio entre a oferta e as necessidades de oxigénio do miocárdio, alteração do débito cardíaco e inflamação do pericárdio ou pleura adjacente.

A lista de causas cardíacas de dor torácica é extensa, quer primárias quer em contexto de doença sistémica. Se bem que classicamente se possam dividir estas causas em congénitas, adquiridas e arritmias, são de longe as arritmias e as causas inflamatórias as mais frequentes. A isquémia ou enfarte miocárdicos, mais frequentes em adultos, são muito raros em crianças; causas possíveis incluem anomalias congénitas das coronárias, coronariopatia secundária a doença de Kawasaki e obstrução ao fluxo sanguíneo coronário em várias cardiopatias estruturais congénitas e hipertróficas. Em todas estas circunstâncias haverá dados adicionais da história ou exame físico sugestivos do diagnóstico.

As arritmias na criança são geralmente benignas; no entanto algumas podem ser mais sérias, como a taquicardia paroxística supraventricular, que pode provocar instabilidade hemodinâmica importante. Classicamente uma criança com arritmia referirá palpitações, mas no lactente ou criança mais pequena a única manifestação pode ser uma irritabilidade inexplicada. A existência de uma doença infecciosa viral duas a três semanas antes do início das queixas, cansaço fácil e ortopneia numa criança com dor torácica sugerem uma miocardite ou miocardiopatia subsequente. Neste caso, é prioritário procurar no exame físico sinais de insuficiência cardíaca que sustentem essa hipótese e tratar de imediato de modo a corrigir a descompensação. Uma pericardite, geralmente no contexto de doença inflamatória ou reumatisal prévia, pode ser caracterizada por dor aguda subesternal, tipo pontada, irradiando para o ombro, agravada com a respiração e os movimentos e aliviando na posição de sentado com inclinação para a frente.

Mais uma vez a semiologia é essencial: na anamnese devem ser pesquisados antecedentes familiares (miocardiopatia hipertrófica familiar...), pessoais (diagnóstico prévio de cardiopatia congénita ou adquirida, doença sistémica com envolvimento cardíaco...) e sintomas acompanhantes da dor (cansaço, ortopneia, palpitações, síncope...). A realização do exame objectivo deve ter como prioridade a pesquisa de sinais de descompensação e insuficiência cardíaca (edemas, hepatomegália, ritmo de galope, fervores à auscultação pulmonar...) e de outros, particularmente à auscultação cardíaca, como sopros (mais prováveis em cardiopatias estruturais...), atritos e arritmias.

A investigação complementar deve ser orientada em função da clínica. Os exames habitualmente mais informativos são o electrocardiograma, a radiografia de tórax, o ecocardiograma e, para situações mais específicas, o registo Holter de 24h, a prova de esforço e outros a definir caso a caso. O apoio de um Cardiologista Pediátrico deve ser obtido sempre que há fortes suspeitas de etiologia cardíaca para a dor torácica.

Outras causas

Existe uma lista significativa de causas, habitualmente designadas como "miscelâneas", que não se enquadram em nenhum dos grupos acima referidos. Neste grupo incluem-se o síndrome torácico agudo da drepanocitose, derrames pleurais em doenças reumáticas, mastodinia "fisiológica" (telarca, ginecomastia) ou por doença mamária, Herpes zoster, infecção por vírus Coxsackie com pleurodinia paroxística, inalação de drogas e outras. Tal como referido até agora, também aqui uma colheita cuidadosa de dados clínicos permite suspeitar do diagnóstico.

Dor torácica idiopática (23 – 45%)

Após uma anamnese cuidada, um exame físico minucioso, uma investigação orientada e um período de acompanhamento mais ou menos prolongado, é frequentemente possível excluir muitas causas conhecidas de dor torácica mas não concluir por um diagnóstico. Nestes casos resta a designação **dor torácica idiopática**. Trata-se de um grande número de situações, sendo nalgumas séries o grupo mais significativo. Estas crianças têm frequentemente uma evolução demorada das queixas, acabando a maioria delas por resolver espontaneamente. É importante salientar que a exclusão de causas orgânicas ou psicogénicas identificáveis não deve ser sinónimo de cessação do acompanhamento da criança em causa; pelo contrário, **é fundamental que se mantenha uma relação de disponibilidade para o seguimento da criança até à resolução das queixas**. Se tal não for garantido corre-se o risco de a criança e família reiniciarem todo um ciclo de procura e consumo de cuidados, com o agravamento da ansiedade e possível agravamento secundário das queixas. Nestes casos, tal como foi dito acima, a realização de alguns exames complementares que apoiem a informação dada à família acerca da benignidade da situação, pode ser justificada, se aplicada criteriosamente.

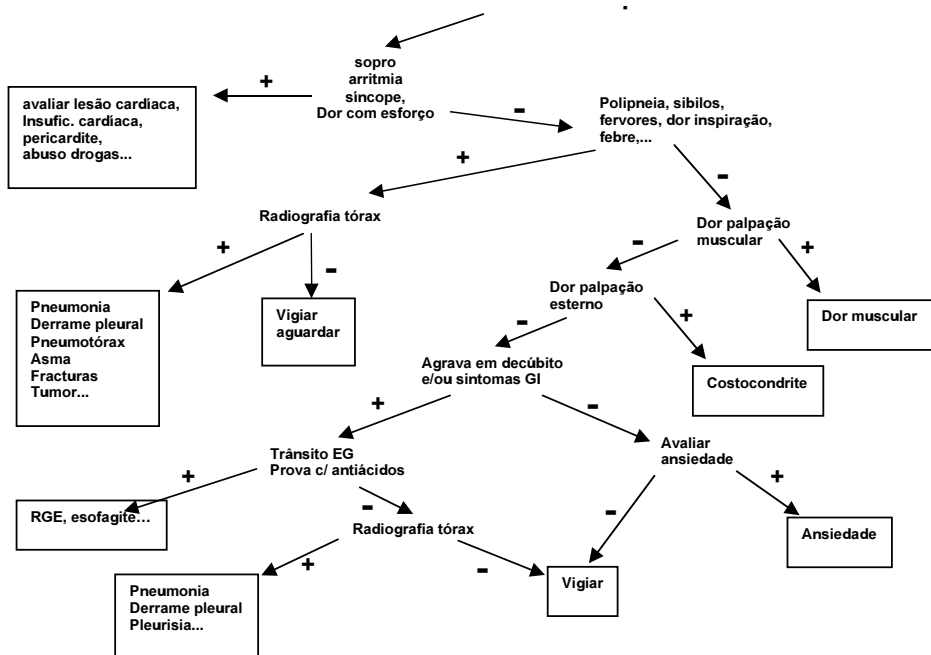
Comentários finais

Tal como ficou sugerido, existe uma enorme diversidade de causas de dor torácica em idade pediátrica. Trata-se de uma queixa frequente e que, culturalmente e por analogia com o adulto, suscita o receio de patologia grave, nomeadamente cardíaca, e de morte súbita pela mesma razão. No entanto, ao contrário do que se passa no adulto, em que há razões para esse receio ser fortemente considerado, na criança a dor torácica **raramente é manifestação de patologia orgânica grave** e é quase **virtualmente impossível ter uma causa cardíaca na ausência de sinais e sintomas sugestivos desse tipo de patologia**.

A realização de uma história clínica cuidadosa e de um exame físico detalhado permitem apontar para o diagnóstico correcto, sem necessidade de exames complementares, em muitas situações. Quando se recorre a investigação, esta deve ser orientada pelos achados clínicos, de um modo racional e metódico, evitando a tentação de a usar como método de rastreio de causas orgânicas.

Nos casos em que um diagnóstico definitivo não é possível, mas em que se excluiu doença orgânica significativa, ficando a designação de dor torácica idiopática, a orientação passa por um esclarecimento cuidadoso à criança e família, bem como por um acompanhamento até à resolução da situação.

História e exame completos



Quadro: Algoritmo sugerido para abordagem diagnóstica de criança com dor torácica (adaptado de *Pediatric Primary Care*, Schwartz). EG – esofago-gástrico; RGE – refluxo gastro-esofágico.

Bibliografia

1. Kocis KC. Chest pain in pediatrics. *Pediatr Clin North Am.* 1999; 46 (2): 189-203.
2. Selbst SM. Chest pain in children. *Pediatrics in Review.* 1997; 18 (5): 169-173.
3. Zavaras-Angelidou KA, Weinhouse E, Nelson DB. Review of 180 episodes of chest pain in 134 children. *Pediatric Emergency Care.* 1992; 8 (4): 189-193.
4. Sharkey AM, Clark BJ. Common complaints with cardiac implications in children. *Pediatr Clin North Am.* 1991; 38 (3): 657-666.
5. Wiens L, Sabath R, Ewing L, Gowdamarajan R, Portnoy J, Scagliotti D. Chest pain in otherwise healthy children and adolescents is frequently caused by exercise-induced asthma. *Pediatrics.* 1992; 90 (3): 350-353.
6. Wilcox DT, Glick PL, Karamanoukian HL, Allen JE, Azizkhan RG. Spontaneous pneumothorax: a single institution, 12-year experience in patients under 16 years of age. *J Pediatr Surg.* 1995; 30 (10): 1452-1454.
7. Rosario JA, Medow MS, Halata MS, Bostwick HE, Newman LJ, Schwarz SM, Berezin SH. Nonspecific esophageal motility disorders in children without gastroesophageal reflux. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1999; 28 (5): 480-485.
8. Berezin SH, Medow MS, Glassman MS, Newman LJ. Esophageal chest pain in children with asthma. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1991; 12 (1): 52-55.
9. Morris Green, ed. *Pediatric Diagnosis.* 1992; 5th edition. WB Saunders.
10. MW Schwartz, ed. *Pediatric Primary Care.* 1997; 3rd edition. Mosby.

Correspondência: Dr. Miguel Félix

Serviço de Medicina
Hospital Pediátrico de Coimbra
Av. Bissaya Barreto
3000 COIMBRA
labsono@hpc.chc.min-saude.pt

saúde infantil

A PROBLEMÁTICA SOCIAL DA CRIANÇA COM DOENÇA CARDÍACA

Repercussões sócio-familiares provocadas pela doença da criança

Maria Gabriela Zagalo¹

Resumo

O diagnóstico de uma doença cardíaca pode condicionar de forma muito significativa o estilo de vida de uma criança e da sua família, com repercussões eventualmente graves no âmbito pessoal, familiar e comunitário.

A autora elaborou um questionário, complemento da informação social, aplicado às famílias das crianças seguidas na Unidade de Cardiologia Pediátrica, com o objectivo de fazer uma caracterização social da criança com doença cardíaca e a sua família; analisar as repercussões sócio-familiares provocadas pela doença da criança; identificar as principais necessidades sentidas pela família após o diagnóstico e conhecer as redes de suporte social.

De acordo com os resultados obtidos, os mais relevantes, situam-se ao nível das alterações da dinâmica familiar, que se repercutem na grande instabilidade emocional, desorganização funcional, problemas a nível económico e profissional, entre outros. Após diagnosticada a doença, a maioria das famílias puderam contar com o apoio da família alargada, sendo os apoios económico, psicológico e social os mais solicitados.

Palavras-chave: doença cardíaca, criança, repercussões, suporte social.

Summary

The diagnosis of a cardiac illness may have a significant influence in the style of a child's life or his family's, with devastating effects in personal, familiar or communitarian ambit.

An enquiry was made as a social information complement, applied to child's families who were followed by the Paediatric Cardiology Service, with the purpose to do a social child's characterisation who assume cardiac illness and, as well as, his family; to analyse the social - family repercussions, which are provoked by child's illness; to identify the family's needs after the diagnosis and to know the social support systems.

Having in mind the most relevant results, we may highlight changes in family dynamics, which lead to a great emotional instability, functional disorganisation and both, economical and professional problems, among others. From the moment we identified the illness, most of the families could count on a large family support, specially in the economical, psychological and social area, which were the most demanded ones.

Keywords: cardiac illness, child, repercussions, social support.

1. Técnica Superior de Serviço Social - Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução

O presente artigo descreve os resultados de um estudo subordinado ao tema "A problemática social da criança com doença cardíaca".

Os objectivos principais que nortearam esta pesquisa foram: a caracterização social da criança com doença cardíaca e a sua família; analisar as repercussões sócio-familiares provocadas pela doença da criança; identificar as principais necessidades sentidas pela família após o diagnóstico e conhecer as redes de suporte social.

A preparação para o nascimento de um filho envolve fantasias e imagens em relação à criança esperada. Toda a família deseja um filho perfeito, no entanto, teme que a criança não o seja. Assim, quando surge a informação do nascimento de uma criança com malformação cardíaca, vem com ela o sonho desfeito e a perda do ideal.

O coração é vivido por todos nós como a sede da vida e dos afectos. Por conseguinte, uma doença cardíaca é sentida como uma ameaça de morte que pesa sobre as crianças, sendo estes sentimentos independentes da gravidade da cardiopatia. (1) Esta ameaça de morte altera radicalmente a ordem das prioridades dos pais, e o que de facto conta, e apaga tudo o resto, é a sobrevivência do filho. (2)

Assim, um "rótulo" de sopro cardíaco pode condicionar de forma muito significativa o estilo de vida de uma criança e da sua família, com repercussões de carácter psicossocial, eventualmente graves. A exclusão definitiva da suspeita de doença cardíaca é uma tarefa importante, que pode ser levada a cabo com um mínimo de riscos e de custos para a criança e sua família.

A dinâmica familiar é frequentemente perturbada pelo diagnóstico de uma cardiopatia na criança. Representa um dos eventos mais dramáticos que uma família pode sofrer, submergindo-se numa crise emocional que afecta profundamente os seus elementos. Enfrenta a crise de perda de uma criança perfeita e, posteriormente, a tarefa de se ajustar e aceitar a criança e a sua doença.

Após a comunicação do diagnóstico, a família sofre normalmente uma desorganização funcional. Os seus membros não assumem o papel habitual, e as relações interpessoais são perturbadas. (3) Predomina uma sensação de caos e confusão com bloqueio da capacidade de pensar e elaborar afectos associados à notícia de cardiopatia. Este estado impossibilita muitas vezes os pais de compreenderem racionalmente as informações transmitidas. (1)

Uma das preocupações dos pais de uma criança com doença cardíaca relaciona-se com o futuro do filho e com a natureza imprevisível da doença. Os pais, especialmente a mãe, rodeiam o filho de uma forte rede de precauções superprotectoras, indo até aos mais ínfimos pormenores. (2)

O impacto da doença nos membros de cada família é fortemente condicionado pelos recursos físicos, sociais e emocionais de que dispõem. A situação financeira da família tem influência igualmente na reacção dos pais à doença crónica. Na realidade, o seu impacto, traduzido em preocupações adicionais à situação, depende, por um lado, dos próprios recursos que a família tem e, por outro, das despesas que a situação específica exija. Na

maior parte dos casos, a doença impõe pesadas exigências financeiras (hospitalizações, medicamentos, transportes). (4)

Frequentemente, ocorrem problemas profissionais desencadeados pela situação de doença. Alguns pais ao acompanharem a criança no período de hospitalização prolongada, ficam sujeitos, por vezes, a pressões das entidades patronais ou privados do emprego. Esta situação é mais notória no papel da mulher, que na maioria das vezes, para acompanhar a criança no período de internamento, acaba por prejudicar ou abdicar da sua vida profissional, em benefício do filho.

Material e métodos

Os resultados que apresentamos resultam da aplicação de um questionário, (elaborado para o efeito), por administração indirecta, constituído por perguntas abertas e fechadas, complemento da informação social (em anexo). A realização do mesmo decorreu no período compreendido entre Novembro de 1999 e Abril de 2000, e foi aplicado a familiares de crianças seguidas na Unidade de Cardiologia Pediátrica do Hospital Pediátrico (Internamento e Consulta Externa).

O universo do estudo foi composto por 70 crianças, não tendo sido definido, inicialmente, a totalidade da amostra, nem limite de idade das crianças, optando-se por um tipo de amostragem aleatória.

Em função dos objectivos definidos e após análise dos diferentes tipos de pesquisa, classificamos esta como pesquisa exploratória.

Em virtude de se tratar de um Hospital Central de Pediatria, a população – alvo sobre o qual incidiu a pesquisa foi a população adstrita à área geográfica do H.P designadamente: Coimbra, Aveiro (Sul), Santarém (Norte), Leiria, Castelo Branco, Viseu e Guarda.

As principais variáveis, seleccionadas de forma a darem resposta à problemática em estudo, foram as seguintes:

Idade e sexo; Proveniência geográfica das crianças; Escolaridade; Com quem vive a criança; Habilitações literárias e situação profissional dos pais; Classificação do nível sócio-económico das famílias; **Adaptação da criança à doença:** Alterações de comportamento da criança face à doença; Interesse da criança pela actividade escolar após o diagnóstico; Relacionamento da criança com pais/irmãos; **Adaptação da família à doença:** Reacções face ao diagnóstico; Interesse pelas actividades sociais após o diagnóstico; Informação relativa à doença; Preocupações sentidas; Alterações no relacionamento familiar; Problemas financeiros; Problemas profissionais desencadeados pela doença; **Redes de Suporte:** Equipamentos de saúde na área de residência; Apoios sociais; Tipos de subsídios/Apoio económico; Apoios necessários.

Recolhidos os dados, analisados e seleccionados, procedeu-se ao seu tratamento e análise estatística.

Resultados

Como resultados mais relevantes e de acordo com uma análise global dos dados recolhidos, concluímos que:

Das 70 entrevistas que englobaram o estudo, 54 (77,1%) foram realizadas na consulta externa e 16 (22,9%) no internamento.

Houve uma maior incidência de crianças do sexo masculino, 38 (54,3%), e a faixa etária predominante foi a dos 0 – 2 anos (54,3%).

A maior parte das crianças, 16 (22,9%) pertencia ao distrito de Aveiro, seguido de Viseu com 15 (21,4%) e Coimbra com 12 (17,1%).

Relativamente à situação escolar, o maior número de crianças, 42 (60%) não frequentava qualquer equipamento de educação. Apenas 12 (17,2%) crianças frequentavam o ensino obrigatório (1º, 2º e 3º ciclos), 13 (18,6%) estavam integradas em creche ou jardim de infância e 3 (4,3%) em amas.

A maioria das crianças, 56 (80%) residia com os pais, reportando-se, portanto, à família nuclear. O nível de escolaridade dos pais das crianças era baixo, prevalecendo o 1º ciclo em 40% e o 2º ciclo em 41,4% dos casos. As profissões mais representativas correspondiam a operário especializado e semi – especializado (ramo da construção civil) no caso dos pais, 23 (32,9%), sendo as mães na sua maioria domésticas, 43 (61,4%). Um número significativo de famílias, 65 (92,9%) pertencia a um nível sócio-económico baixo (segundo a Classificação do nível sócio-económico de Mário Simões).

Relativamente à **adaptação da criança à doença**, constatámos que:

O maior número de crianças do estudo, 42 (60%), segundo os inquiridos, não teve alterações de comportamento face à doença cardíaca. De referir que a maior parte dos inquiridos justificaram não haver alterações, pelo facto da doença ter sido detectada precocemente. Em relação às crianças em que se verificaram alterações, 28 (40%), apresentaram sintomas de: maior cansaço, dificuldade respiratória, irritabilidade, agitação, nervosismo, rebeldia e algum atraso no desenvolvimento.

Das 70 crianças do estudo, apenas 12 estavam integradas na escola. Em 6 crianças (50%), não se verificaram alterações no interesse pela actividade escolar após o diagnóstico da doença. Porém, um n.º igualmente significativo, 5 (41,7%), referiu ter um menor interesse pela escola.

Quanto ao relacionamento da criança com os pais e fratria, verificámos que em 50 crianças (71,4%) o relacionamento com os pais não se alterou, tendo apenas existido alterações em 19 das crianças (27,1%). No relacionamento com os irmãos, 31 (68,9%) mantinham o relacionamento, tendo-se verificado agravamento em 14 dos casos (31,1%). De referir que foram obtidas apenas 45 respostas, do total das entrevistas realizadas, uma vez que 25 crianças, eram filhas únicas.

No que respeita à **adaptação da família à doença**, verificámos que:

A maioria da população, 51 (72,9%) estava informada acerca da doença cardíaca da criança. Embora cada família reaja de forma diferente perante a doença, predominaram sentimen-

tos/reacções comuns a todas as famílias: o medo, manifestado por 48 famílias (68,6%) (justificado pelo receio do futuro da criança e pela ameaça de morte), a angústia, a tristeza, a revolta, e o choque, referidos por 26 (37,1%), 21 (30%), 15 (21,4%), e 12 (17,1%) famílias, respectivamente.

Mais de metade da população em estudo, 53 pais (75,7%), desinteressou-se por algumas actividades quotidianas, reduzindo as relações ou actividades sociais, em consequência da doença, desinteresse manifestado essencialmente por parte das mães.

As preocupações predominantes da família face à doença foram: "*a criança não poder ter uma vida normal*" (92,9%) e "*não ter apoios sociais*" (84,3%). Importa ainda referir, que outras preocupações foram manifestadas pela família, tais como: "*dificuldade da criança, futuramente, não poder usufruir de um trabalho normal*"; "*não poder fazer grandes esforços físicos*"; "*receio do que o futuro lhe reserva*"; "*complicações da doença*" e o "*medo da morte*". Ao nível da dinâmica familiar, 49 famílias (70%) mencionaram que a doença não provocou problemas de relação entre o casal, referindo alguns deles, que inversamente, os aproximou ainda mais. No entanto, constatámos que, 21 famílias (30%) manifestaram a existência de algumas disfunções na relação entre o casal, provocadas pela doença. Disfunções relacionadas, essencialmente, pela permanência prolongada da mãe no hospital, no acompanhamento à criança, bem como a sua dedicação exclusiva ao filho doente e a sobrecarga excessiva, nos cuidados a prestar-lhe. No relacionamento com os outros filhos, encontrámos 14 casos (31,1%) que justificaram ter tido problemas, pelo facto, dos irmãos revelarem alguns sentimentos de ciúmes e inveja. Sessenta e três famílias (90%) manifestaram que estas reacções se devem, em parte, à superprotecção e tolerância dos pais para com a criança doente.

Relativamente à situação económica, cerca de 60 famílias (85,7%) referiram as despesas de transporte para vinda a consultas como tendo provocado e/ou agravado alguns problemas financeiros, assim como a aquisição de medicação para a criança manifestado por 35 famílias, 50% da população estudada.

No que diz respeito à situação profissional, 49 pais (70%), justificaram terem perdido horas de trabalho devido a deslocações a consultas ao hospital, agravando o rendimento do agregado familiar. Acresce ainda que 12 mães (17,1%), tiveram problemas de desemprego devido à necessidade de acompanhamento da criança, não conseguindo conciliar a sua vida profissional com as necessidades do filho. Relativamente às limitações nas actividades normais após o diagnóstico, constatamos que, de facto, a maioria das famílias, 63 elementos (90%) sentiu limitações nas suas actividades quotidianas desencadeadas pela situação de doença do filho.

Ao nível das **redes de suporte**, encontrámos:

Sessenta e nove famílias (98,6%) que referiram possuir, na área de residência, serviços médicos de acompanhamento à criança, entre eles, os Centros de Saúde, seguido dos Hospitais e Pediatras particulares.

Cinquenta e oito famílias (82,9%) que puderam contar com o apoio da família alargada, após diagnosticada a doença, existindo, um bom suporte familiar. Ainda um significativo número de famílias, 23 (32,9%) que usufruíam do apoio da Segurança Social.

Das 70 famílias estudadas, a maioria recebia algumas prestações familiares, tais como: bonificação por deficiência da criança e subsídio por assistência de 3ª pessoa. Algumas famílias, para além de receberem as prestações familiares, eram também beneficiárias do R.M.G. (Rendimento Mínimo Garantido) e / ou apoiadas com subsídios de carácter eventual. Como principais apoios necessários, 57 famílias (81,4%) justificaram necessitar do apoio económico, nomeadamente o apoio nas deslocações ao hospital, seguido do apoio psicológico, referido por 32 elementos (45,7%) e do apoio social, manifestado por 24 famílias (34,3%).

Conclusão

De acordo com o estudo por nós efectuado e tendo como objectivo conhecer a problemática social da criança com doença cardíaca, analisando as repercussões provocadas pela doença e as necessidades sentidas pela família após conhecimento do diagnóstico, não poderemos, contudo, generalizar os resultados à totalidade das crianças com malformação cardíaca. No entanto, permitiu-nos compreender, reflectir e contribuir de alguma forma para o conhecimento da realidade psicossocial das crianças com doença cardíaca e suas famílias, auscultar as suas aspirações, incertezas, receios e necessidades mais sentidas. Cada criança com doença cardíaca é um caso particular, pelo que a abordagem e o tratamento de cada uma é sempre especial e obriga a uma relação muito aberta e confiante entre a equipa terapêutica doente e família.

É hoje amplamente aceite que a adaptação da criança à doença crónica não resulta apenas de factores relacionados com a própria doença, mas é um processo contínuo e dialéctico entre a criança e o seu meio. Neste processo, a família e, muito especialmente os pais, ocupam um lugar especial como potenciais facilitadores da adaptação da criança às transformações exigidas por uma doença crónica e da aceitação das restrições decorrentes do diagnóstico. É necessário promover o desenvolvimento de respostas apropriadas e facilitadoras que minimizem os problemas sentidos por estas crianças e suas famílias e uma tomada de consciência dos potenciais recursos que a família possui.

Bibliografia

1. Maia G, Cepêda T, Paixão A. Aspectos Psicopatológicos de crianças com cardiopatia. Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria, 1992; 3: 149 – 157.
2. Rota M. A criança – problema. In: Comunicar com a criança – da concepção à Adolescência, Ed. Terramar, 227 – 231.
3. Serra V. Reacções emocionais à doença grave: como lidar. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica, 1991.
4. Bonança M, Tareco I. A criança com doença crónica. Nephro's, 1993; 25-29.

Correspondência: Maria Gabriela Zagalo

Hospital Pediátrico de Coimbra - Serviço Social
Av. Bissaya Barreto
3000-075 Coimbra

Notas de uma experiência em Moçambique

Cuamba, 24 de Novembro de 2001

Querida amiga:

Passaram quase três meses, paro para escrever e escrevo para saber o que sinto. Perguntam-me se faço um balanço, pedem-me uma frase onde caiba o mundo, e eu respondo que afinal o mundo é tão maior. E digo-lhes que gostei, que contei muitos dias, e volto a dizer que gostei, contente por não ter nascido aqui.

Esta é apenas a segunda cidade da província mais pobre de Moçambique, e as descrições que trazia eram tão fieis que nada me surpreendeu quando cheguei. Sabia das ruas de terra batida, das distâncias, das casas que são palhotas. Ansiava por ver o hospital sem água e sem meios, onde as pessoas se abandonam à selecção natural. E acredita, depois de ver e rever para crer, mantenho a perplexidade que distingue a surpresa do choque.

A adaptação é mesmo essa forma de luta contra o medo de falhar. Em poucos dias superrei a vontade inicial de fugir, senti-me tão pequena nos meus medos, tão pequena perto das pessoas que vou conhecendo e que por aqui passam durante anos a contar em metros os avanços que sabem ser de milímetros. Esperam, desesperam, respiram e continuam, talvez por serem maiores... Ensinam-me que há lutas que só alguns podem travar. Às vezes levam-me com eles, pedem-me ajuda, vejo as crianças das suas Missões, tantas, sinto que o que faço é tão pouco e agradecem-me como se as dores fossem suas. Entendes porque me sinto pequena... Chego, os meninos cantam peças que ensaiaram, conto-os, vejo dezenas em poucas horas, reconheço a utilidade relativa, e percebo que o que fiz foi cuidar uma vez destes que cuidam sempre. Um reforço fugaz.

No Hospital é bem diferente. Fazem-se corridas em passos lentos para urgências que não são de horas, que dependem de um comboio que passa uma vez por dia, ou do carro que talvez venha amanhã por aquela aldeia. E os passos continuam lentos se a urgência está logo ali, e eu não entendo... Não entendo que uma mulher diga com orgulho que teve quinze filhos e que não lamente só ter cinco vivos. Talvez precise de mais tempo para entender.

Durante a noite é quase assustador. As urgências são fora do tempo mas escolhem a noite. Chegam para fazer nascer crianças que resistiram dois ou três dias às medidas da natureza. Vêm tarde, doentes, e são quase sempre mais dois pontos na lista negra. Ou então resistem e eu quase choro de espanto.

A noite passada chamaram-nos. Um trabalho de parto de dois dias, com foco duvidoso.

Sabemos o cortejo que se segue e acordamos com um gosto amargo de recusa. Chegamos ao Hospital, a esta hora mais triste, ou mais estranho. Passamos entre as pessoas que dormem no chão, ali à entrada, percebemos que deveríamos ter chegado horas antes.

Sáímos para chamar a equipa do Bloco Operatório. Está escuro, porque é noite e as noites são mais escuras por estes caminhos, porque as estrelas alumiam sozinhas, talvez por isso se diga que este céu é inesquecível. Como a terra que está por baixo. Encontramos a casa. Chamamos e ficamos à espera sem comentar. Continua o gosto amargo, o acto de engolir em seco sem parar, a certeza de que esta nossa pequena aventura é a desventura de quem aqui vive. Tudo isto é tão pobre. O homem que procuramos responde-nos, sai a sorrir, entra no carro, e eu pergunto-me se continuará a sorrir quando conhecer o mundo. Depois pergunto-me se algum dia conhecerá o mundo e fico tranquila.

Começa a cesariana. Estou deste lado da porta e sinto a demora. O bebé nasce e não chora. Seguro-o, tento o esperado, de forma inesperada, e tenho medo. Sinto que o coração bate cada vez mais, e afinal é o meu, e o dele é o passarinho que pia cada vez mais longe. Nunca vou esquecer esta sensação. Nem o momento em que ele chora. E saio devagar, estou a mais, há diálogos que a Natureza só tem com quem lhe pertence...

Carolina Duarte

saúde infantil

A INTEGRAÇÃO DE UMA CRIANÇA COM DOENÇA CRÓNICA: DO SONHO À REALIDADE

Elena Caramés¹, Lúcia Gomes², Isabel G. Gomes da Costa³, Gabriela Novais⁴, Francisco J. Silva⁵

Resumo

A criança com doença crónica requer um cuidado especial que recai principalmente sobre a família.

A maior parte das famílias com doentes crónicos no período infantil sentem-se isoladas, precisando de apoio e aconselhamento, sobretudo, porque muitas destas doenças são imprevisíveis no que respeita às repercussões, esperança de vida, complicações e influências sobre o desenvolvimento futuro da criança.

Este trabalho faz uma abordagem detalhada sobre um caso clínico real, uma criança com Síndrome de Fanconi idiopático. Descrevem-se as diversas acções levadas a cabo no âmbito da intervenção familiar, psicológica e educacional, elaborando-se um plano de intervenção adaptado para a criança, em função da sua situação familiar e comunitária.

Insiste-se também na necessidade de uma articulação eficaz entre a Clínica Geral, outras especialidades clínicas, a Terapia Ocupacional e o Ensino Especial, com o objectivo primordial de conseguir um adequado bem-estar físico, psíquico e social da criança.

Palavras-chave: doença crónica, pediatria comunitária, terapia ocupacional, ensino especial, medicina familiar.

Summary

The child with a chronic disease needs intensive and costly care, which falls mainly on his family.

Most families with chronically ill children feel alone, needing help and guidance, above all because the most of chronic diseases are unpredictable regarding side effects, future plans, complications and influences on the future child development.

This paper pretends to report the clinical approach made in a Health Center regarding a child with Fanconi Idiopathic Syndrome. Various actions, including the psychological and educa-

1. Interna Complementar de Pediatria HGSA. Porto 2. Interna Complementar de Pediatria HGSA. Porto.
3. Educadora de Ensino Especial. Escola de Caxinas-Vila do Conde e Gabinete Terapêutico e Psicopedagógico para crianças e adolescentes: Iluminar. 4. Terapeuta Ocupacional do Gabinete Terapêutico e Psicopedagógico para crianças e adolescentes: Iluminar. 5. Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar. Unidade de Saúde de Caxinas-Vila do Conde.

tional, have been made, so that the recovery plan, adapted to the child needs, could explore the best of his family and community support network.

We conclude about the need of an efficient coordination among General Practice, specialized medicine, Occupational Therapy and Special Education. To achieve a high degree of physical, psychological and social well being by the child must be the goal of health providers, family and society.

Keywords: chronic disease, comunitary pediary, occupational, therapy, special, education, general practice.

Introdução

O diagnóstico de uma doença crónica numa criança é com frequência vivido como uma crise na sua família. As doenças crónicas pelas suas características não têm cura, prolongam-se no tempo e o seu desenvolvimento acaba por dizer respeito à própria criança, a sua família, a sua comunidade e ao sistema de saúde (2).

A doença crónica tende a dominar a vida familiar, sobrepondo-se a outras exigências familiares, leva ao desenvolvimento de coligações entre o doente e um ou mais elementos da família ou reforça coligações já existentes, provoca uma diminuição da capacidade de adaptação da família ao exterior tornando-a rígida e receosa quanto ao seu futuro desenvolvimento e finalmente a isola (1,2).

O objectivo de este trabalho foi avaliar uma criança com doença crónica inserida numa família, numa comunidade e num sistema de Saúde; foi feita a caracterização familiar e comunitária no sentido de avaliar a componente familiar e a sua interacção com o indivíduo, assim como caracterização psicológica e educacional.

Métodos

Realizou-se um estudo retrospectivo, abrangendo o processo clínico, psicológico e educacional da criança. Foi feita a caracterização familiar, comunitária e educacional.

Foi no sentido de avaliar a componente familiar e a sua interação com o indivíduo que utilizamos os seguintes instrumentos de avaliação (1,2,7):

1. Genograma: Registo gráfico da composição da família, contendo pelo menos três gerações seguidas ou sequenciais. Dá um panorama rápido da posição do indivíduo na família e os principais acontecimentos da vida familiar.
2. Psicofigura de Mitchel: A Psicofigura de Mitchel consiste na representação gráfica das relações familiares.
3. Dinâmica familiar de Minuchin: Esta dinâmica avalia o elo emocional e o apoio que os elementos de uma família dão entre si.

4. Ciclo da vida familiar de Duvall: O círculo da vida familiar de Duvall define as 8 etapas pelas quais a família passa durante a sua evolução; o médico ao identificar uma nova etapa em que a família vai entrar, pode apoiá-la e prepará-la para a transição.
5. Círculo familiar de Thrower: O círculo Familiar de Thrower é a representação gráfica do valor que o indivíduo atribui às pessoas (família, amigos, etc.) e ainda alguns objectos e seres que lhe são próximos.

Caso clínico - caracterização familiar e comunitária

O Paulo é uma criança de 14 anos, raça caucasiana, natural e residente em Vila do Conde. Saudável até aos 2 anos de idade em que iniciou episódios frequentes de crises convulsivas tratadas com fenobarbital, um ano mais tarde mantinha crises epilépticas frequentes acompanhadas de atraso do crescimento estatura-ponderal e estrabismo que foi detectado nesta altura pela primeira vez. Aos 4 anos deixou de andar temporariamente, foi diagnosticado de raquitismo transitorio e tratado com vitamina D + calcifediol. Perto dos 5 anos e associada à epilepsia apresentava incapacidade total para a marcha; deformidades ósseas tais como tórax abaulado com aumento do diâmetro anteroposterior, cifoescoliose e sulco de Harrison; atrofia das massas musculares com diminuição do tónus muscular e estrabismo divergente com diminuição da acuidade visual motivo pelo qual foi decidido o seu internamento hospitalar.

Analiticamente foram detectadas: Acidose metabólica hiperclorémica: $\text{pH}/\text{HCO}_3^-/\text{Cl}^- \rightarrow 7,23/13,5/115 \text{ meq/L}$; hipofosfatemia ($\text{P}=1,6\text{mgr/dl}$); hipopotassemia ($\text{K}=3,1\text{mgr/dl}$); Aminoacidúria generalizada; Glucosúria; níveis de cistina séricos normais e insuficiência renal ligeira a moderada 70%-40% F.G.R. ($\text{Creat.}=0,6 \text{ mgr/dl}$)

Foi feito o diagnóstico de Raquitismo hipofosfatémico com acidose metabólica hiperclorémica e Tubulopatia proximal complexa: Síndrome de Fanconi idiopático. Actualmente além do raquitismo secundário à sua tubulopatia tem epilepsia e cegueira cortical.

Na perspectiva da Pediatria Comunitária, um dos factores a ter em conta é a componente familiar, já que, se a criança fosse isolada da família o tratamento da sua doença seria falível.

O Paulo vive no lugar de Caxinas que pertence à freguesia e Concelho de Vila do Conde; é uma comunidade que se dedica principalmente à pesca artesanal e pesca de longo alcance, o que provoca forte emigração e uma situação económica bastante instável, por depender fortemente das condições climáticas.

O Paulo é filho de pais divorciados desde os seus 8 anos de idade. A mãe contraiu segundo matrimónio e deste novo casal nasceu a Daniela (4 anos) com quem o Paulo mantém uma óptima relação. A família do Paulo enquadra-se perfeitamente no seu meio; o agregado familiar, é composto pela avó e avô maternos, a mãe, o padrasto, a irmã e o Paulo. É, portanto, uma família reconstruída e alargada.

A mãe trabalhou até ao período de início dos sintomas da doença de Paulo. Dedicase actualmente às tarefas da casa, tem o ensino primário incompleto (4ª classe), o mesmo acontecendo com o padrasto que é pescador e cujo salário é a fonte de rendimentos para

o casal e os dois filhos. O pai natural do Paulo, cujo nível de escolaridade é primário incompleto (4ª classe), é pescador e não tem qualquer relação com o filho. Esta família foi classificada no nível IV (classe média-baixa) segundo a escala de Graffar. Resultados segundo os instrumentos de avaliação familiar:

1. Genograma

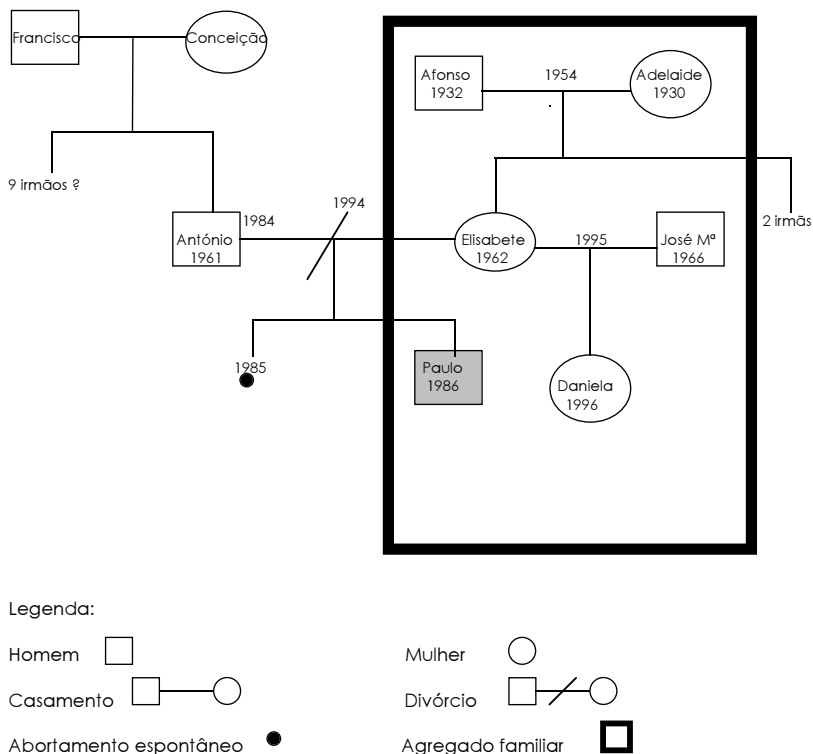


Figura 1

A mãe do Paulo referiu que não há doenças relevantes no agregado familiar. Relativamente à família do pai natural do Paulo, a mãe referiu que o avô paterno apresenta deformidade das mãos e dificuldade na marcha; o pai do Paulo e os irmãos deste, têm sido pessoas pouco saudáveis apresentando ligeiras alterações da motricidade, em relação aos primos paternos do Paulo, todos eles apresentam algum grau de deficiência física e inclusivamente psíquica que são muito mais evidentes nesta geração que na dos seus pais (a mãe não é capaz de esclarecer estas patologias).

2. Psicofigura de Mitchel

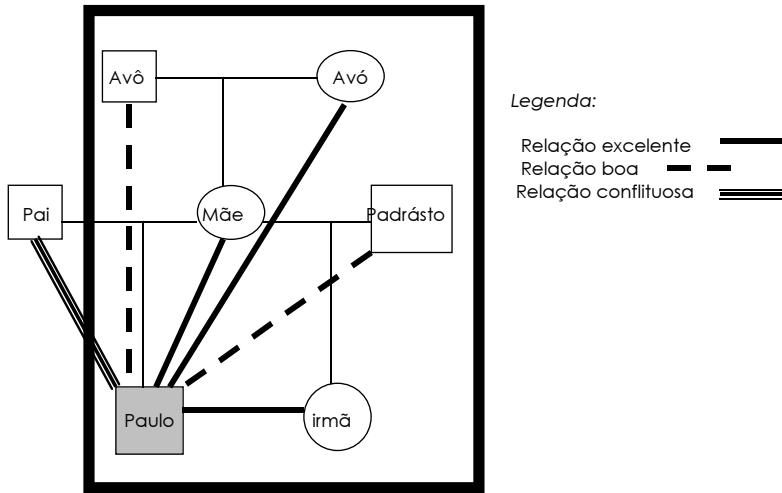


Figura 2

Podemos observar a excelente relação do Paulo com a avó, a mãe e a irmã, e a boa relação que mantem com o avô e o padrasto.

Fora do agregado familiar encontra-se o pai do Paulo que apesar de não relacionar-se com a criança, esta manifesta "intranquilidade" ao falar dele, estabelecendo-se assim uma relação de conflito pai-filho, motivo pelo qual decidimos introduzi-lo na Psicofigura de Mitchel.

3. Dinâmica Familiar de Minuchin

Podemos considerar a família de Paulo como moderadamente aglutinada pois, achamos que existe uma ligação excessiva entre a avó, a mãe e o Paulo que impede a individualização e autonomia da criança (esta conclusão foi tirada após análise exaustiva do processo da criança quer a nível clínico quer a nível psicológico e educacional).

4. Círculo da vida familiar de Duval

Estadio I: casal sem filhos

Estadio II: família com filhos nascidos há pouco (filho mais velho há menos de 30 meses).

Estadio III: família com filhos em idade pré-escolar (filho mais velho entre 30 M e 6 A).

Estadio IV: família com filhos em idade escolar (filho mais velho entre 6A e 13 A)

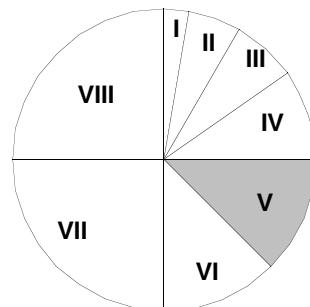


Figura 3

Estadio V: família com filhos adolescentes (filho mais velho entre os 13 A e 20 A).

Estadio VI: família com adulto jovem a sair de casa (desde o primeiro que saiu até à saída do último).

Estadio VII: progenitores na meia idade (desde o ninho vazio até à reforma).

Estadio VIII: progenitores na 3ª Idade (desde a reforma à morte dos dois elementos).

Para Duvall, o desenvolvimento da família centra-se na existência de filhos e na sua educação, desde o nascimento até a maturidade. A família do Paulo encontra-se no Estadio V do Ciclo de Vida Familiar de Duvall, com o filho mais velho adolescente, no entanto nesta família nunca existiu uma adaptação familiar propícia à sua autonomia e desenvolvimento já que apesar do Paulo estar na adolescência a família considera ao Paulo ainda uma criança, dificultando a sua individualização.

4. Círculo Familiar de Thrower

Devido ao défice visual do Paulo, não foi possível realizar o Círculo Familiar de Thrower de forma convencional, mas conseguimos fazê-lo utilizando uma panela circular que representou a família e dando ao Paulo vários brinquedos fazendo uma correspondência de cada um deles consigo próprio e com os membros da sua família, nomeadamente: avó, avô, padrasto, mãe, pai e irmã.

Foi-lhe pedido que colocasse os brinquedos dentro ou fora da panela segundo o seu próprio critério e posteriormente que os colocasse mais longe ou mais perto de si mesmo, como ele achava que estavam na vida real.

Graficamente o Círculo Familiar de Thrower desenhado pelo Paulo foi:

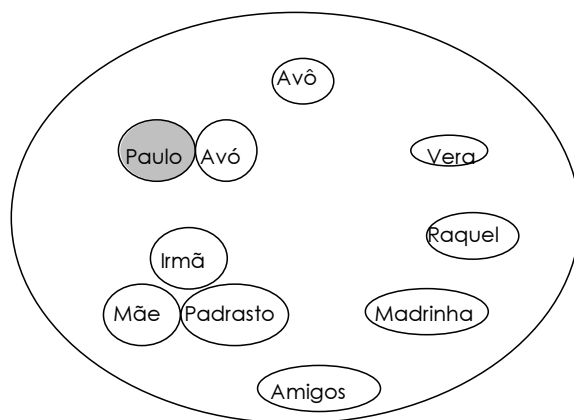


Figura 4

Constatou-se o forte laço que existe entre o Paulo e a sua avó, assim como o bom relacionamento que tem com a sua mãe e o seu padrasto e o carinho que manifesta pela irmã. Relevante é o afastamento do pai natural do Paulo que primeiro foi introduzido dentro do círculo e posteriormente foi tirado com as palavras "*quero que o cavalo fique fora*".

O grande desejo de relacionamento do Paulo com os outros, está patente nos círculos relativos às suas primas Vera e Raquel, à sua madrinha e outros amigos, permitindo ver que o Paulo é uma criança com uma grande capacidade de adaptação e muito sociável. Feito o Círculo Familiar de Thrower o Paulo manifestou satisfação e alegria com a representação que fez.

Caracterização educacional

Devido à deficiência física (óssea e visual) e também por razões culturais, o Paulo iniciou a escolaridade em 1995, com a idade de 9 anos.

Tratava-se duma criança capaz de distinguir as cores e as formas geométricas, com o esquema corporal consolidado e a lateralidade bem definida, apresentava dificuldades a nível da motricidade fina e grossa, mas com noções espaço-temporais claramente definidas, e uma linguagem compreensiva. É uma criança muito alegre, dócil e social. Iniciou um plano educativo individual (P.E.I.) com um ano de duração.

As metas a atingir com o P.E.I. foram:

- Desenvolver a autonomia pessoal da criança (cuidar da sua higiene pessoal...).
- Desenvolver o tacto para o iniciar nas Técnicas de Braille
- Trabalhar as áreas da linguagem escrita, lida e do cálculo
- Conseguir a integração social da criança
- Melhorar a sua capacidade de expressão
- Melhorar o seu potencial de concentração

Em Julho de 1996, o Paulo fez a ficha de avaliação individual com os seguintes resultados:

- Desenvolvimento cognitivo:

A nível cognitivo não tem dificuldades de compreensão; sabe contar uma história, recontar e terminar uma história dada; associa figuras pela forma, cor e textura; não consegue escrever nem desenhar pela sua deficiência visual.

- Comunicação:

Vocabulário desenvolvido de tipo adulto, pois ele só convive com os avós e os pais.

- Desenvolvimento físico-motor:

Reduzido, tem conhecimento do seu corpo mas não do seu espaço.

- Desenvolvimento socio-afectivo:

Desinibido com adultos, colegas e outras crianças, gosta da escola, está perfeitamente adaptado mas como falta muito, esse desenvolvimento fica muito limitado.

- **Aprendizagem:**

A aprendizagem tem sido reduzida, pois a criança falta muito à escola, não só devido à deficiência física mas também por ter uma mãe muito protectora e uma avô que desempenha uma grande influência sobre a educação da criança. O Paulo precisa de ser libertado por ambas para alcançar a sua própria autonomia.

Poucos meses mais tarde, o Paulo deixou de ir à escola devido à sua deficiência física (dificuldade na marcha) pelo que necessitou de professora de Ensino Especial no seu domicílio, que costumava ir três vezes por semana.

Em Janeiro de 1997, a sua Educadora Especial decidiu integrá-lo no Gabinete Terapêutico e Psicopedagógico para crianças e adolescentes: ILUMINAR.

Dentro da Terapia Ocupacional o principal objectivo terapêutico foi trabalhar na área psico-sensorial e na estimulação e desenvolvimento da motricidade com os objectivos seguintes:

- Melhorar o controlo postural
- Melhorar o equilíbrio dinâmico
- Desenvolver a coordenação motora
- Fortalecimento muscular global
- Aumento/manutenção das amplitudes articulares
- Melhorar a manipulação e destreza manual.

A pesar de não ser muito assíduo aos tratamentos devido aos inúmeros problemas de saúde, o trabalho diário com as suas educadoras e terapêutas faz com que o Paulo esteja cada vez mais perto de alcançar a sua autonomia.

Discussão e conclusões

Acabamos de assistir à apresentação da história familiar, psicológica e educacional de uma criança com doença crónica, certamente uma entre muitas que encontraremos no decurso da nossa actividade.

Este doente apresenta uma súmula de multipatologia: metabólica, renal, óssea, oftalmológica e cerebral que não tem valor somente em termos de saúde como em termos de custos reais, no que se refere a tratamentos clínicos, pedagógicos, educacionais, etc. As incapacidades e sequelas próprias da sua doença também não podem ser quantificadas com facilidade.

A doença crónica, numa primeira fase (fase de crise) exerce um movimento centrípeto no sistema familiar; na fase crónica a família deve cuidar e ajudar o doente de forma a permitir-lhe a autonomia possível (1). Na família do Paulo, observamos que nunca existiu uma adaptação familiar propícia à sua autonomia e desenvolvimento. Esta família encontra-se numa fase centrífuga devido ao Paulo estar na adolescência, mas continua a considerar o Paulo como criança. Para este facto consideramos possíveis duas interpretações:

1 - A família não permite a individualização e autonomia do Paulo devido à forte coesão familiar;

2 - A família considera que o Paulo não tem idade psicológica e motora de adolescente.

Segundo Minuchin (1,2), a família do Paulo é uma família "psicossomática", tendo o seu funcionamento implicações directas na doença da criança; trata-se de uma família aglutinada/emaranhada: todos reagem quando há stress na família, não existe autonomia, existe a superprotecção e rigidez (com repetição de padrões e resistência à mudança) e onde se tenta evitar conflitos. Assim, a autonomia do Paulo pode vir a perturbar a dinâmica desta família que deseja estar no seu equilíbrio natural. Qualquer actuação que tenha como objectivo dar autonomia ao Paulo, deve ponderar bem este risco.

Por outro lado a família do Paulo pode considerar que o seu desenvolvimento está ao nível de uma criança e que ele não poderá desenvolver-se porque tem uma doença crónica muito incapacitante.

Este caso mostra bem que a inter-relação dos três diferentes ciclos de vida (ciclo de vida do indivíduo, ciclo de vida da família, ciclo de vida da doença) possibilitou uma melhor compreensão da situação familiar e uma abordagem terapêutica mais adequada (Rolland) (1). A mudança nos interesses das famílias e nas ideias sobre os direitos civis dos deficientes determinam que seja concedida uma maior importância aos serviços de assistência baseados na família nos casos de doença pediátrica crónica, para que a família aumente a sua responsabilidade no controle e cuidados ao doente. A família precisa que a maior parte da assistência se desenvolva no âmbito da sua comunidade para que a criança receba o maior número de serviços perto da sua casa e para que se integre nas actividades habituais da sua comunidade sem ficar limitada aos serviços para crianças com necessidades sanitárias especiais (3,4).

Os cuidados mais importantes que devem ficar à disposição destas famílias são (3,5):

- Assistência médico-cirúrgica adequada tanto a nível primário como especializado
- Serviços de enfermagem
- Serviços preventivos e terapêuticos de saúde mental, para diminuir o risco de problemas psicológicos relacionados com a cronicidade da doença
- Serviços sociais / Planeamento educativo / Tratamentos especiais

O médico de cuidados primários deve conhecer não só o seguimento clínico de cada um dos membros que fazem parte da família mas também da ligação existente entre eles, da sua caracterização social e económica e da sua integração na comunidade. Necessita portanto de ter um conhecimento global da situação da criança, pelo que a comunicação entre os distintos grupos de apoio é imprescindível (1,3,6).

A comunicação dos especialistas, (clínicos, pedagógicos e educacionais) com a família é muito importante, pois esta precisa de informação clara e detalhada que permita compreender com clareza os aspectos negativos e positivos da doença da sua criança, e esta deverá partilhar esta informação na forma adequada ao seu desenvolvimento.

É importante chegar-se a uma plataforma de entendimento em que todas as partes envolvidas no processo educativo canalizem as suas capacidades e esforços no sentido de ajudar a facilitar à criança a aquisição de competências que estão ao seu alcance.

O Paulo, uma criança que apresenta dificuldades especiais de integração na escola regular inerentes à sua própria problemática, não se desenvolverá se a isolarmos, esquecermos ou superprotegermos. É inegável que o Paulo, como qualquer outra criança com necessidades educativas especiais tem direito de ser integrado no seu meio e por isso, sempre na escola regular. *"Façamos deste sonho uma realidade".*

Bibliografia

1. Rolland JS. Chronic illness and the life cycle: A conceptual framework. *Family Process*, 26, 203-222.
2. Caeiro R. Registos clínicos em Medicina Familiar. Instituto de Clínica Geral da zona Sul, Lisboa.1991.
3. Harrison TR, ed. Principles of Internal Medicine 13th ed. International Edition McGraw-Hill, Inc. 1994.
4. Behrman RE, ed. Nelson Textbook of Pediatrics. 15 th ed. W.B. Saunders Company, 1997.
5. American Academy of Pediatrics: Health supervision for children with Down syndrome. *Pediatrics* 93:855, 1994.
6. Shonkoff JP, Yatchmink Y. Helping families deal with bad news. In: Parker SS, Zuckerman B (eds): *Developmental and Behavioral Pediatrics: A Handbook for primary care*. Boston, Little, Brown, 1994.
7. Sampaio D, Ana Margarida. Alguns instrumentos para avaliação da família - sua aplicação em Clínica Geral/Medicina Familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Junho 1990; 7(7): 263-66.
8. Isabel M^a G. Gomes da Costa. Integrar uma criança deficiente visual no ensino regular, 1995/1996.

Correspondência: Elena Caramés Bartolomé

Serviço de Pediatria do Hospital Geral de Santo António
Largo do Professor Abel Salazar
4000 Porto
e-mail: leinilou@clix.pt

ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE CONTINUIDADE DE CUIDADOS E O BSIJ

Maria Matilde Correia¹

Resumo

Enquanto enfermeira do serviço de Consultas Externas do Hospital Pediátrico tenho vindo a reflectir na forma como se pode efectivamente dar algum incremento à continuidade dos cuidados à criança portadora de doença crónica e sua família.

Conhecidas algumas dificuldades no desenvolvimento diário dos cuidados de enfermagem, a proposta será no sentido de reflectir na prática dos cuidados continuados tentando uma efectiva articulação dos cuidados hospitalares com os cuidados de saúde primários. Com vista a garantir a continuidade dos cuidados fora e para além do hospital, importa assegurar o contacto e a comunicação entre as várias estruturas de saúde que acompanham a criança com doença crónica e a sua família. Existe um importante instrumento de trabalho que é, neste momento, subaproveitado e cuja utilização contribui grandemente para a melhoria dos cuidados prestados a estas crianças e famílias.

Palavras-chave: comunicação, BSIJ.

Summary

As a nurse of the ambulatory of the HP I've been reflecting on how to increase the continuity of the health care for children with chronic disease and their families.

Being well known some difficulties concerning daily nursing care, our proposition concerns the prolonged care, trying to articulate hospital care and primary health care. We must assure the continuity of the health care outside and beyond the hospital by maintaining the contact and communication between the different health structures that accompany these children and their families. There is an important tool which use would contribute for a better health care to these children and their families.

Keywords: communication, BSIJ.

1. Enfermeira Graduada. Hospital Pediátrico de Coimbra.

Algumas considerações

Numa profissão como a de enfermagem em que lidamos diariamente com a vulnerabilidade do ser humano a experiência necessita de ser constantemente reflectida, discutida e conceptualizada, tal como afirma Hesbeen(1) "Os prestadores de cuidados são seres com qualidades especiais que põem ao serviço das pessoas, dispensando-lhes a atenção e os cuidados de que elas necessitam. (...) A reflexão filosófica é a que melhor permite levantar ou formular questões sobre a vida humana e sobre tudo o que constitui a riqueza e também os perigos da humanidade."

Em relação ao contacto com as outras estruturas de saúde onde as nossas crianças ocorrem, e após reflexão sobre o tema, conclui-se que se deve tentar melhorar a qualidade da comunicação interpessoal e interdisciplinar entre os enfermeiros e outros técnicos de saúde.

Se tomarmos consciência que a maior parte das crianças portadoras de doenças crónicas, sobretudo as menos visíveis (Insuficiência Renal Crónica, Diabetes, Celiaquia, etc...) têm os seus contactos com o hospital, praticamente restringidos a "uma eventual ida ao Serviço de Urgência" e às consultas periódicas no ambulatório, compreendemos facilmente o quão importante será assegurar a continuidade de cuidados para além dos do hospital, e o estabelecer contacto com os Centros de Saúde da sua área de residência e com os Enfermeiros de Família (onde estes já existam). A este propósito passarei a relatar um caso:

A C. é uma menina, agora com 2 anos de idade que é acompanhada na nossa consulta de Nefrologia por Hipertensão Arterial. Como é fácil de calcular, a avaliação da Tensão Arterial (TA) é sempre um procedimento complicado, uma vez que tanto a criança como a mãe, apresentam invariavelmente elevados níveis de ansiedade e a menina já se encontra de alguma forma "traumatizada" pelas "braçadeiras" utilizadas para tal avaliação. Regra geral, quando se desloca à consulta, a avaliação da TA é feita sempre pela mesma enfermeira, utilizando os mais variados métodos de distração para que tal se possa efectuar. Mas... a mãe tem indicação médica para, em caso de suspeita de hipertensão arterial, se dirigir ao Centro de Saúde ou ao serviço de Urgência do Hospital Pediátrico (HP). A primeira vez que a senhora se dirigiu ao Centro de Saúde, não havia braçadeira para o tamanho da menina!... Depois, dirigiu-se ao serviço de Urgência... e foi "uma festa!" As tensões arteriais conseguidas apresentavam valores completamente alarmantes... porque a menina não parava de chorar e as avaliações foram feitas em completo estado de agitação.

Se, no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ) houvesse um registo, uma chamada de atenção ao facto de a criança reagir mal a tal procedimento e se encontrar já "traumatizada" por isso, provavelmente o procedimento teria sido tentado, logo de início, com outro cuidado evitando a agitação e o estado de ansiedade que se seguiu.

Quando um menino, portador de Artrite Crónica Juvenil (ACJ), inicia terapêutica com Metrotexato subcutâneo (injecções semanais, de pequenas doses de medicamento que actuam eficazmente nesta patologia) somos chamadas a intervir, por um lado para falar com os pais, esclarecê-los e diminuir-lhes a ansiedade de iniciarem um medicamento novo, que está conotado com as patologias oncológicas... e por outro, para entrar em contacto com o Centro de saúde onde vão fazer a injeção semanal. Geralmente, este contacto é

feito por via telefónica, identificando-nos e identificando a(o) enfermeira(o), o que personaliza o contacto e permite registar no processo da criança o procedimento.

Além do contacto telefónico enviamos uma carta de enfermagem com a dose do medicamento, via de administração, dia da semana e cuidados a observar na preparação e administração. Esta carta podia ser substituída por uma nota no BSIJ com algumas vantagens, primeiro porque os pais seriam portadores sempre da informação (que por carta pode acabar por perder-se) para além de que serviria em futuras utilizações (por exemplo, no caso de mudarem de residência).

Inúmeras outras situações poderiam ser alvo desta nova perspectiva. Por exemplo, em relação às crianças portadoras de aparelhos gessados, portadoras de sondas ou cateteres, etc... imensas situações que seriam facilitadas se houvesse um contacto formal ou informal, mas registado de acordo com as normas dos registos de enfermagem, claros, concisos e pertinentes, que deveriam ser feitos no BSIJ. Segundo o que é preconizado as notas no BSIJ podem e devem ser feitas por qualquer técnico de saúde, ou pelos pais, desde que visem a melhoria e a continuidade dos cuidados prestados à criança e à família.

Estão consagrados na Lei de Bases da Saúde, mais concretamente, pela Lei 48/90 de 24 de Agosto, os princípios básicos dos Direitos e Deveres dos Doentes. O 4º Direito diz precisamente respeito à continuidade dos cuidados:

"(...) hospitais e centros de saúde têm de coordenar-se, de forma a não haver quaisquer quebras na prestação de cuidados que possam ocasionar danos ao doente. O doente e os seus familiares têm direito a ser informados das razões da transferência de um nível de cuidados para outro e a serem esclarecidos de que a continuidade da sua prestação fica garantida. Ao doente e à sua família são proporcionados os conhecimentos e as informações que se mostrem essenciais aos cuidados que o doente deve continuar a receber no seu domicílio. (...)"

É facilmente perceptível que quanto maior articulação e contacto houver entre as várias estruturas de apoio a estas crianças, jovens e famílias tanto mais fácil será a continuidade e manutenção de um nível de cuidados eficazes na melhoria da qualidade de vida destas pessoas. Mesmo quando não é possível, devido às políticas de saúde, enquadrarmo-nos neste tipo de modelos, seria importante, pelo menos uma relação positivamente estabelecida entre os vários níveis de cuidados de saúde primários, secundários e terciários.

Inicialmente pensei em elaborar um instrumento que fosse prático e fácil de utilizar e que garantisse a comunicação entre as várias estruturas de saúde. Depois, reflectindo mais atentamente, dei-me conta de que o instrumento já existe mas é subaproveitado.

De facto, o BSIJ é um instrumento que já existe há algum tempo e que continua a ser pouco utilizado em detrimento de outros processos, que além de não serem mais práticos também não se verifica serem mais úteis.

O BSIJ e tal como nos diz Cordeiro(2):

- Permite guardar registos, os quais estão disponíveis sempre que a criança necessita de cuidados de saúde.

- Os pais, sendo os imediatos prestadores de cuidados de saúde primários aos filhos, têm maior acesso à informação e devem, inclusivamente, registar as suas próprias observações.
- O BSIJ constitui um “bom pretexto” para discutir com os pais aspectos essenciais da saúde dos seus filhos, nomeadamente no que concerne ao seu desenvolvimento, alimentação, etc...
- A confidencialidade dos dados fica entregue aos pais, fazendo eles o uso desses mesmos dados que lhes aprouver.
- Quando os pais mudam de residência o BSIJ acompanha os filhos, tornando-se assim uma preciosa fonte de informação para os profissionais de saúde que passarem a acompanhar as crianças.
- O BSIJ pode servir como “lembrete” para os pais, acerca da importância e das datas das consultas e da vacinação.
- Além de todas as vantagens anteriores, é uma forma de reconhecer as aptidões, os direitos e os deveres dos pais, nomeadamente o seu direito à informação e o seu dever de participar nas acções e decisões que visam a manutenção e a promoção da saúde dos filhos.

“O Boletim de Saúde Infantil foi introduzido em Portugal em 1981, pela então Direcção Geral de Saúde, para ser distribuído gratuitamente a todas as crianças. (...) Este BSI reveste-se da maior importância devido às informações nele contidas poderem ser utilizadas pelos profissionais de Saúde dos Serviços de Saúde”(3). O seu preenchimento só passou a ser considerado uma tarefa obrigatória para todos os serviços de saúde a que a criança recorra a partir de 1991, com o Despacho 1/91 do Gabinete do Secretário Adjunto do Ministro da Saúde, publicado no Diário da República Nº1231, II Série de 1 de Fevereiro. Numerosos são os estudos efectuados e publicados onde se fala da importância do preenchimento do BSIJ, da sua sub-utilização ou do não preenchimento, embora todos sejam unânimes em considerá-lo um importante meio auxiliar, sobretudo se a criança é acompanhada em diferentes níveis de cuidados e em várias instituições.

Cordeiro refere que o BSIJ é “reconhecido como um instrumento de indiscutível importância pelo que , tendo em conta a sua simplicidade e facilidade de preenchimento, seria de esperar um envolvimento quase total dos pais e dos profissionais na sua utilização.”

“O Boletim de Saúde Infantil é um documento que permite reunir informação sobre a saúde da criança e serve de suporte de informação médica e de enfermagem nos serviços de saúde a que a criança recorre quer sejam Unidades de Cuidados de Saúde primários ou Diferenciados”(4)

Em 1998, um estudo realizado nas consultas Externas do Hospital Pediátrico, acerca da Vigilância de saúde Infantil das Crianças seguidas em Consultas Hospitalares, revelava que “(...) o BSIJ continua a ser mal utilizado, não apenas por defeito, com registos importantes omitidos, como também por excesso, como com os registos das excessivas avaliações ponderais”(5)

A sub-utilização de tão precioso instrumento prende-se com variadas razões, algumas das quais são levantadas num artigo de opinião de Lemos(6), como por exemplo quando os pais, “(...) fazendo curto circuito directo ao seu médico assistente ou procurando uma segunda opinião, se deslocam a um pediatra e no fim da consulta solicitam que nada seja escrito no BSI... para evitar ressentimentos.”

A propósito da não utilização do BSIJ, este autor afirma ainda que "A insensibilidade afecta pediatras (médicos) e médicos da carreira de Clínica Geral, em qualquer local de trabalho, público ou privado. Mas não só... Já alguém viu por exemplo, uma nota escrita no BSI por um cirurgião... ou um ortopedista... ou um colega de ORL que tenha assistido uma criança?!" E uns anos mais tarde, em editorial da mesma revista acrescenta que "(...) no próprio Hospital Pediátrico o panorama em relação à intercomunicação médica não é nada exemplar. Nas áreas de ambulatório a utilização regular do BSI – consumindo muito pouco tempo e permitindo um registo sintético mas importante – seria um significativo passo qualitativo"(7)

Nos últimos dez anos tem sido publicado, na revista de Saúde Infantil, em média, mais ou menos um trabalho por ano sobre o preenchimento do BSIJ, ou sobre outras temáticas mas que abordam também esta questão. No entanto este facto não tem modificado em muito a atitude de alguns profissionais face à utilização correcta deste instrumento de trabalho. Daí a importância de dar algum relevo a este processo e tentar sistematizar a utilização do BSIJ, começando por o usarmos em alturas em que a sua utilização pode ser de facto pertinente e adequada.

Assim, e numa tentativa de utilizar mais um instrumento que está ao dispor de todos os técnicos de saúde, mas que ainda continua a ser deficientemente utilizado, poderíamos começar por usar o BSIJ para estabelecer a comunicação entre os vários serviços de saúde onde as crianças se dirijam, com vista a uma melhor qualidade e continuidade dos cuidados.

Até agora, temos utilizado, no serviço de Consultas Externas, uma carta de enfermagem, quando queremos comunicar com as colegas dos Centros de Saúde. Se passarmos a utilizar o BSIJ a informação passa a perdurar no tempo, uma vez que mais dificilmente se perde, e pode ser utilizada em alturas posteriores ao contacto inicial, se tal for necessário, por exemplo, se a criança mudar de residência. A utilização de muitos documentos dispersa a informação e torna-se mais susceptível de ser perdida alguma da mesma com prejuízo da criança e da família.

Os enfermeiros podem, através de atitudes criativas, novas abordagens de "velhos" pressupostos e algum "atrevimento", efectuar uma profunda diferença na saúde das populações e nas suas experiências relacionadas com a saúde.

Assim, a partir de uma perspectiva desta natureza, penso que, ao tentar solucionar aquilo que me parece ser um problema no serviço onde desempenho funções, podemos estar a contribuir para uma rentabilização, ou melhor aproveitamento, de um instrumento de trabalho que tem vindo a ser desaproveitado pelos próprios técnicos de saúde.

É evidente que isto tem de constituir um esforço da equipa, não isolada mas incluída num contexto de comunicação com os cuidados de saúde primários, sempre que tal se torne necessário e após contacto telefónico, de preferência, tal como já se tem vindo a efectuar há algum tempo.

Até agora, da experiência que tenho vindo a desenvolver há alguns tempos atrás, sempre que tive necessidade de contactar um colega do Centro de Saúde da área de residência de uma criança seguida na consulta, tenho sido bem sucedida e o facto de personalizar o contacto, telefonando, tem sido um factor facilitador e bem recebido. A colaboração é pronta e a disponibilidade é evidenciada a partir do início do processo de comunicação.

Em relação à equipa do serviço, existe ainda um certo conformismo e alguma impotência perante a quantidade de tarefas que temos de desenvolver para que as consultas decorram o melhor possível, ou seja, com o menor prejuízo para as crianças e famílias.

Mas o facto de ser prático e rápido efectuar uma nota no BSIJ pode ser um factor facilitador para a implementação e sistematização do procedimento.

Iniciarmos este tipo de registos pode ainda contribuir para que outros técnicos de saúde passem a utilizar mais o mesmo Boletim.

Conclusão

A articulação entre Centros de Saúde e hospitais ainda não é efectivada de forma satisfatória o que conduz a que as famílias se sintam obrigadas a recorrer ao hospital de referência, na procura dos melhores cuidados, com um aumento de custos directos e indirectos importantes, tanto para a família como para o estado. Tal facto despoleta e alimenta um descrédito em relação aos profissionais de cuidados de saúde primários que prejudica a melhoria dos cuidados de saúde, com consequente comprometimento da qualidade de vida destas crianças e famílias.

Assim, todo e qualquer esforço desenvolvido, pelos profissionais, sobretudo os profissionais de enfermagem enquanto pessoas que se encontram mais perto das outras pessoas, será bem vindo pelas populações e em última instância pelas crianças doentes e pelas suas famílias. Não será demais, com certeza, tentar um processo de aproximação entre os vários níveis de cuidados, criando nos utentes dos serviços de saúde uma maior segurança e um sentimento de acompanhamento mais permanente e eficaz.

Uma utilização mais adequada e mais eficiente do BSIJ pode constituir um progresso, considerável na qualidade de cuidados prestados, na diminuição da ansiedade das crianças e famílias em relação ao acompanhamento continuado e, sobretudo, na melhoria da articulação dos vários serviços de saúde.

Bibliografia

1. Hesbeen W. *Qualidade em Enfermagem – Pensamento e Acção na perspectiva do Cuidar*, Lusociência – Ed. Técnicas e científicas, Lda., Lisboa, 2001.
2. Cordeiro MJG. Utilização do Boletim de Saúde Infantil. Estudo realizado na urgência de pediatria de três hospitais de Lisboa. *Saúde Infantil*; 1990; 12(2):143-9.
3. Pires B. Boletim de Saúde Infantil- avaliação do seu preenchimento. *Saúde Infantil*; 1989; 11(2): 113-7.
4. Santo CE, Quintas MA, Cunha EF, Silva MA. Avaliação do preenchimento do Boletim de Saúde Infantil. *Saúde Infantil*; 1992; 14(1): 31-9.
5. Couto F, Correia M. A Vigilância de Saúde Infantil das Crianças seguidas em consultas hospitalares. *Saúde Infantil*; 1998; 20(2): 37-42.
6. Lemos L. Boletim de Saúde Infantil - a sub-utilização perversa. *Saúde Infantil*; 1992;14(2):221.
7. Lemos L. Intercomunicação médica: um panorama ainda desolador. *Saúde Infantil*; 1995; 17(3): 3-4.

Correspondência: Matilde Correia

Consultas Externas
Hospital Pediátrico
3000-075 Coimbra



Os olhos da coruja

Crescimento e desenvolvimento são pedras basilares na ciência pediátrica.

Distinguir entre o mais “normal” ou “anormal”, só é possível através de uma avaliação sistemática e sistematizada dos parâmetros que os quantificam, tais como a altura, o peso e o perímetro cefálico; tais como as aquisições motoras, sensitivas, cognitivas e sociais. Só a observação e o registo rotineiro, persistente e seriado, permite a detecção atempada de situações que, devidamente orientadas, são susceptíveis de ser eficazmente intervencionadas, mudando de forma definitiva a vida futura adulta a que cada um chegará.

Perguntar se a criança fixa, segue, sorri, palra, mete à boca, conhece, estranha, senta, gatinha, anda, corre, salta, enfia argolas, tira e mete o botão no frasco, constrói torre de cubos, rabisca, desenha o círculo, a cruz e o quadrado, aprende as regras do jogo, faz amigos, é solidário, aprende a escrever, aprende a contar... e confirmá-lo, é obrigatório para todos os que praticam a atribulada consulta pediátrica.

A mãe do L.G., à custa do hábito, sabe-o à vigilância dos 12 meses, talvez com medo que a memória lhe falte, traz-me numa lista, de letras miudinhas, o registo religioso das aquisições do pimpolho; algumas, não vá o diabo tecê-las, devidamente datadas:

Sorriu - tinha dias

Riu - um mês

Ri às gargalhada (dobra o riso) - 2 meses

Palrou - 2 meses e meio

Babar-se - 2 meses e meio

Brincar com as mãos - 3 meses

Brincar com os brinquedos - 3 meses

Quer tentar levantar-se - 4 meses

Leva brinquedos à boca - 5 meses

Palrar com gritos - 4 meses e meio

Tenta virar-se - 6 meses

Chora muito para dormir - 6 meses

Já se vira - 7 meses

Tira a chupeta da boca e às vezes põe-na - 6 meses e meio

Senta-se durante uns minutos - 8 meses

Bate palmas - 7 meses e meio

Leva o pé à boca - 7 meses

2 dentes (gengiva arranha) - 8 meses e meio

Já se pões na posição de gatas - 10 meses

Caiu abaixo da cama, mas caiu em cima da travesseira (16-7-2001) - 9 meses

Já gatinha - 10 meses e meio

Se o bebé estiver deitado e se segurar nos pés, ele levanta-se e fica sentado - 10 meses e meio

O bebé põe-se de pé na cama agarrado às grades - 11 meses (16-9-2001)

O bebé começou a pôr-se de pé agarrado às coisas - 12 meses

Na pirâmide que tem, tira as argolas e coloca-as no sítio - 12 meses

Começou a dizer "ma", "pa" - 11 meses e meio

L.G. nasceu de 35 semanas, tem alguns dismorfismos e um ligeiro atraso psicomotor.

Qualquer semelhança com o L.G é quase coincidência...

Desculpamos-lhe os exageros...

São os olhos da coruja a funcionar...

Fátima Pinto

saúde infantil

AS DORES DA DOR

Olga Cordeiro¹, Rosa Carvalho², Luísa Veiga¹

Resumo

As autoras começam por abordar a dor na criança, salientando a controvérsia em redor da definição e tipos de dor. Referem as várias escalas existentes, dando particular realce à escala de DEGR (Douleur Enfant Gustave-Roussy). Por fim, descrevem alguns aspectos da intervenção pedopsiquiátrica, reforçando a necessidade de uma abordagem multidisciplinar desta problemática.

Palavras-chave: dor, criança, multidisciplinar, psiquiatria da infância e adolescência.

Summary

The authors write about pain in children, focusing on the controversy around its definition and types. They refer to the different existing scales, particularly the DEGR scale (Douleur Enfant Gustave-Roussy). They finally describe some aspects of childhood psychiatric intervention, stressing the need for a multidisciplinary approach of this problem.

Keywords: pain, child, multidisciplinary, childhood and adolescence psychiatry.

1. Assistente Hospitalar eventual de Psiquiatria da Infância e Adolescência 2. Interna do 2º ano de Psiquiatria da Infância e Adolescência - Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental Infantil e Juvenil do C.H.C.

Introdução

Escrevia Marguerite Duras no seu livro "A Dor" (1):

"Encontrei-me frente a uma fenomenal desordem do pensamento e do sentimento, em que não ousei tocar."

Também nós, por razões talvez diferentes, estivemos tentadas a não ousar tocar neste tema. Nesta viagem pela psicopatologia da dor, deparámo-nos com um mundo tão vasto, tão cheio de incertezas, de subjectividade e, paradoxalmente, tão dolorosamente real.

O problema da dor constitui, sem dúvida, a razão de ser da Medicina, como ciência que trata de conhecer e aliviar o sofrimento humano.

Mas se assim é, então como explicamos que a dor tenha sido tantas vezes subestimada sobretudo em Pediatria e particularmente em Neonatologia?

Na base desta lacuna científica estão, provavelmente, muitos mitos e atitudes que felizmente têm sido progressivamente desmontados, como por exemplo (2):

- a imaturidade nociceptiva do recém-nascido;
- a ideia de que as crianças, particularmente as mais novas, não se recordam da dor;
- o receio que a prescrição de narcóticos, regularmente, em doses terapêuticas, transforme a criança num viciado;
- a noção de que as crianças não experimentam dor tão intensamente quanto os adultos;
- que as crianças são muito sensíveis aos efeitos de depressão respiratória dos narcóticos;

Para contrariar estas noções erradas, muito contribuíram os trabalhos de Anand (3) em 1987, acerca da maturidade nociceptiva do RN e de Taddio e Katz (4) em 1997, sobre a memorização, pondo em causa a dor como fenómeno transitório.

No entanto, parece-nos que, apesar de tudo, se sofre ainda desnecessariamente em nome de mitos, atitudes e valores que nos foram sendo transmitidos de geração em geração.

Se, por um lado, a analgesia aparece muitas vezes associada à cultura do "fugir, para não sentir", que muitos associam aos jovens e às sociedades de consumo, por outro lado cáimos muitas vezes no culto do sofrimento.

Basta ver a origem grega da palavra dor, que significa castigo e punição, fazendo assim alusão ao modelo cultural que os nossos antepassados nos legaram, patente nas frases "A dor que lava a alma" ou "sofrimento que faz crescer".

Já Antero de Quental (5) nos avisava:

*"Cuidado, Prazer, cautela!
Folga e ri, mais devagar...
...Não vás a Dor acordar."*

De facto, ainda hoje, quantas mulheres, na altura de terem o seu filho, perante a questão de optar ou não por fazer anestesia epidural, respondem negativamente, arreigadas ao "parir é dor" que tantas vezes escutam.

Mas se para alguns, estes mitos ainda fazem sentido, todos nós, enquanto profissionais de saúde, temos o dever de não deixar a criança sofrer, sob pena de a deixarmos sentir-se punida e culpada da dor que sente, com as consequentes sequelas futuras.

Definição e tipos de dor

A International Association for the Study of Pain (IASP) definiu dor, como:

"Uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada a lesão tecidual potencial ou real ou descrita em termos dessa lesão".

Se as definições são por natureza controversas, esta também não constitui excepção. Assim, há autores que levantam a questão de se associar sensação e emoção. Para estes, a nocicepção não comporta um carácter emocional e a dor moral ou sofrimento não se acompanha do componente sensorial.

A associação entre a dor e lesão também gera controvérsia. Se, por um lado, não há qualquer relação proporcional entre uma e outra, por outro lado, levanta-se o problema de, não existindo lesão, existir dor e vice-versa (6).

Esta questão condiciona desde já a dificuldade em definirmos os tipos de dor. Assim, há autores que preferem falar de dor física e dor psíquica, uma vez que a dor física nem sempre pode levar o rótulo de sofrimento, contrariamente à dor psíquica (7).

Outros autores, contrapondo-se a tudo isto, preferem abolir o termo dor e chamar-lhe sofrimento (8,9).

Outros ainda, a par da dor física e da dor psíquica, falam de dor psicossomática (quando as interacções mente-corpo se manifestam mais claramente), mas, ironicamente, alertam-nos para o risco de esvaziar de todo e qualquer conteúdo a própria noção de distúrbio psicossomático (9,10).

Pensamos que esta divisão artificial entre corpo e mente, quando todas as investigações nos apontam para o ser humano como um todo, pode atrasar o nosso entendimento da complexidade da dor.

E se lhe chamarmos simplesmente Dor, começamos a olhar mais para a dor real do doente e menos para a dor virtual em que, por vezes, nos enredamos. Quanto à classificação em crónica, aguda e recidivante, pensamos que não levantará tanta polémica.

Avaliação e escalas

A criança exprime a sua dor de acordo com a sua maturação psicológica, intelectual e afectiva (7,11,12).

De uma forma simplista, podemos afirmar que do nascimento até aos 3 meses, apresentam em relação à dor, uma actividade mais expectante e reflexiva.

Entre os 3 e os 6 meses, as respostas observadas à dor são de melancolia e cólera.

Após os 6 meses e prolongando-se até aos 18-24 meses, a criança desenvolve o medo à dor, exprimindo-se com sons e palavras.

Aos 2 anos inicia a descrição do fenómeno doloroso e atribui à dor uma causa externa. Após os 2 anos e até completar os 5 anos de idade, a criança inicia, grosseiramente, a expressão da intensidade da dor. Neste período surgem associados o medo e a revolta. A criança, a partir dos 7 anos de idade, começa a diferenciar já melhor a intensidade da dor, respondendo a esta com esquemas conhecidos.

Por volta dos 10 anos, já é possível explicar a causa da dor e o significado desta.

Se a dor é aguda e de intensidade média ou fraca, a criança tem uma resposta de grande intensidade emocional. Pode gritar, chorar, barafustar, agredir e tenta furtar-se ao estímulo doloroso.

Se a dor porém é muito intensa ou duradoira, a criança torna-se estranhamente calma. Fica imóvel e não toma iniciativas motoras. A coluna fica rígida e os gestos existentes são raros, lentos e segmentares. A face é inexpressiva e, por vezes, de conotação ligeiramente triste. A criança pode deixar de ter interesse por aquilo que a rodeia, não explora os brinquedos que lhe oferecem e não olha para as pessoas que se aproximam, desviando mesmo o olhar. Este quadro foi designado como "atonía psicomotora" por Gauvain-Piquard (7,13,14).

Esbatendo mais uma vez as fronteiras entre soma e mente, não podemos deixar de comparar este quadro à descrição de Spitz da depressão anaclítica, ou mesmo, às fases descritas por Bowlby que ocorriam quando a criança era forçada a separar-se da sua mãe:

1. fase de protesto - a criança chora, agita-se, chama pelos pais, principalmente ao deitar.
2. fase de desespero - passado alguns dias recusa alimentar-se, ser cuidada, nada pedindo.
3. fase de desligamento - por fim, já aceita os técnicos, mas quando a mãe regressa, não a reconhece, ignora-a ou desvia-se dela (10).

É preciso ressaltar que estas são situações extremas de hospitalismo, que felizmente têm sido ultrapassadas, com a preocupação cada vez maior dos Pediatras, incentivando a que a mãe acompanhe o seu filho durante a estadia no hospital.

Devemos, no entanto, ter a noção da necessidade de flexibilizarmos esta regra, em casos pontuais. Assim, pode ser desaconselhável a presença da mãe ou do pai, quando se trata de maus tratos, anorexia nervosa ou quando o acompanhante é extremamente ansioso, transmitindo permanentemente essa ansiedade à criança, contribuindo assim para um aumento da intensidade da dor.

No sentido de quantificar a dor, as escalas são uma ajuda preciosa, no entanto, há que as adaptar à criança (11,14,15).

Assim, a auto-avaliação é passível de ser utilizada a partir dos 5 anos. São exemplos: a escala visual analógica (EVA) - desenho com várias expressões faciais; o desenho em que a dor é representada por uma escala de cores aplicadas sobre um boneco ou manipulação de cubos de volumes crescentes.

Na criança pequena, utiliza-se a hetero-avaliação que se baseia em testes comportamentais, a escala DEGR (Douleur Enfant Gustave - Roussy), a escala de CHEOPS (Children Hos-

pital Eastern Ontario Pain Scale) que permite a identificação da dor aguda pós-operatória ou a escala Amiel-Tison adaptada à dor aguda do lactente.

Debruçando-nos um pouco mais sobre a escala DEGR (16), esta parece-nos ter itens extremamente importantes. Aplica-se à dor prolongada da criança dos 2 aos 6 anos. Compreende 10 itens, agrupados em 3 grandes grupos de sinais de dor. Cada item vai de 0 (ausência de sinal) a 4 (intensidade máxima do sinal). Assim, temos:

- os *sinais directos de dor* (SDD) que comportam os itens: posição antálgica em repouso; protecção espontânea de zonas dolorosas; atitude antálgica no movimento; controlo exercido pela criança quando é mobilizada; reacção ao exame das zonas dolorosas.
- a *expressão voluntária da dor* (EVD) que comporta os itens: queixas somáticas; localização de zonas dolorosas pela criança.
- a *atonía psicomotora* que comporta os itens: ausência de expressividade; desinteresse pelo mundo exterior; lentificação e raridade de movimentos.

Na dor aguda, os sinais mais evidentes são a *expressão voluntária da dor*, enquanto na dor prolongada são mais encontrados a *atonía psicomotora* e os *sinais directos de dor*. Relativamente à *atonía psicomotora*, exemplificaríamos aqui dois casos que traduzem bem a dor na sua máxima intensidade, expressa por um lado no olhar vazio e por outro no desinteresse total pelo mundo circundante.

Foi pedida a colaboração da Psiquiatria da Infância e da Adolescência na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico, para ser dado suporte a uma mãe que tinha perdido o marido, num acidente de viação, e cujo filho se encontrava há 7 dias em coma, sem qualquer hipótese de sobrevivência.

Foi perguntado ao Pediatra quais os motivos que o levaram a pedir apoio à Pedopsiquiatria, atendendo a que o anormal seria, quanto a nós, não encontrar uma mãe deprimida em tais situações, numa Unidade deste tipo. Ao que o colega, atento, respondeu "impressionou-me o olhar desta mãe".

E era precisamente este olhar vazio, o indicador do enorme sofrimento de quem já nada tem a perder, tal como nos dizia Marguerite Duras (1):

"Quando perdi o meu irmão mais novo e o meu filho pequeno, também perdi a dor, a dor era como se não tivesse objecto".

O Tó João (17), era uma criança de 8 anos, que se encontrava na fase terminal da sua leucemia. Também ele escrevia assim na última página do seu livro:

*"Eu quero estar
aqui em paz
não quero que ninguém
me chateie
que ninguém me arrelie".*

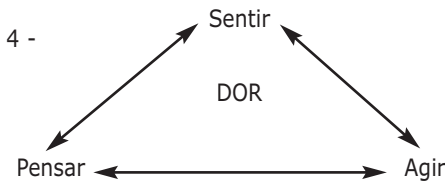
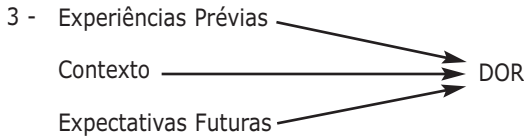
Intervenção pedopsiquiátrica

Sendo a intervenção pedopsiquiátrica simultaneamente diagnóstica e terapêutica abordá-la-emos através de exemplos práticos em que focaremos os seguintes itens.

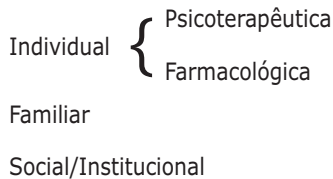
1 - Relação de Confiança

2 - Comunicação Eficaz

- Adaptada ao estadio de desenvolvimento da criança
- Adaptada à especificidade da criança que temos perante nós



5 - Intervenção a vários níveis



Na base de toda a intervenção terapêutica está a confiança e esta conquista-se na relação do terapeuta com a criança, com base numa comunicação eficaz, adaptada ao estágio de desenvolvimento e à especificidade da criança que temos perante nós. São estes dois aspectos que aumentam o controlo da dor, permitindo assim que a criança deixe de ser um mero agente passivo da intervenção.

Temos então o caminho aberto para ouvir e escutar, e só depois falar, se ainda houver necessidade.

*"Se te peço para me ouvires
E julgas que tens de
Resolver os meus problemas,
Não me ajudas,
Embora pareça estranho."* (Autor anónimo)

De igual modo, um terapeuta assustado, inseguro, porque está a tentar esconder algo à criança, é facilmente desmascarado por esta, que assim perde a sua confiança. Não nos podemos esquecer que:

"A capacidade da criança em perceber o que o adulto sente em relação à sua dor é, claramente, superior à percepção que o adulto tem do que a criança é capaz de entender." (18)

Isto pode ser contornado, se substituirmos uma comunicação falsa do tipo "isto não vai doer nada" por outra como "isto vai doer, mas eu estou aqui para te ajudar a doer o menos possível, e tu, por tua vez, vais-me ajudar, fazendo-me um sinal sempre que te estiver a doer mais", permitindo assim à criança tornar-se num participante activo do processo terapêutico. O conhecimento e compreensão da criança sobre a dor, são também fundamentais para uma melhor adaptação à doença e adesão terapêutica, desenvolvendo consequentemente uma maior tolerância à própria dor.

Assim, quanto melhor percebermos como se sente, pensa e se comporta perante a dor, melhor a podemos ajudar, na medida em que estas várias vertentes se influenciam mutuamente.

Devemos ainda ter sempre presente o que a criança nos quer transmitir (por palavras ou comportamentos) e a forma como quer ser ajudada.

Se o receio da criança quando, por exemplo, é necessário fazer uma análise, é o de ficar sem sangue e morrer, que adianta dizer-lhe que uma picadela não dói?

Outro aspecto importante são as crenças da criança em relação à dor. Muitas crianças consideram-na uma punição, pelo que sentem culpa e vergonha, omitindo dos outros a sua dor, achando que é o justo castigo pelo seu mau comportamento. E quantas vezes não alimentamos estas crenças, com frases do tipo "- Não puseste o chapéu que mandei e agora estás com dores de garganta." ou "- Fartaste-te de comer doces e agora dói-te a barriga, bem que te avisei!".

Temos ainda que nos aperceber das repercussões das atribuições que fazemos às dores que não são nossas.

Como por exemplo, no caso de uma pré-adolescente com um quadro de dores abdominais, cefaleias e náuseas a quem alguém disse: "- Isso não é nada! São só nervos." Esta frase perturbou-a imenso, porque se interrogava sobre as dores que sentia e que lhe diziam não ser nada, mas no entanto eram bem reais. Há que ir mais longe e perceber o porquê da sintomatologia que, neste caso se acompanhava de uma recusa escolar. Na base, estava uma ansiedade de separação, pois quando estava na escola, não podia controlar os conflitos conjugais existentes na sua casa, o que lhe provocava uma grande ansiedade que se manifestava com sintomas somáticos.

As crianças e jovens com este quadro clínico são normalmente bons alunos, preocupados, até perfeccionistas, que assumem muitas vezes um papel parental numa família onde os limites hierárquicos entre gerações se esfumam e onde se sentem enredados nos conflitos familiares. Daí a necessidade de enquadrarmos a dor nos seus contextos mais alargados. Tal como dizia o João, um adolescente numa consulta:

"Estou preocupado com o meu irmão. No fim de semana passado chorou porque queria um cão" - para o João, o irmão "sente-se esticado pela mãe e pelo pai", e o cão foi só uma desculpa. Segundo ele, o pai foi na conversa e deu-lhe o cão. "Assim, para o próximo fim de semana vai querer outra coisa. As pequenas tristezas que nos acontecem puxam a tristeza grande que está dentro de nós e sentimos-nos mal. Se o meu irmão não perceber porque está chateado e pensar que a solução é o cão, vai ficar muito confuso".

Há ainda que ter em conta as atribuições que a criança dá à sua dor. No caso de algumas doenças crónicas, nomeadamente, a artrite crónica juvenil, as crianças mais novas parecem valorizar menos a dor que as mais velhas, possivelmente, porque a criança mais nova não atribuirá um significado tão desagradável e limitativo à dor (nomeadamente em termos de isolamento social).

Pelo que, nas mais velhas, face às suas experiências prévias e expectativas futuras (como o risco de não melhorar) teremos que estar atentos a uma eventual maior prevalência de psicopatologia.

É o caso de um adolescente que, apesar das dores já não existirem, continuava a manter a rigidez de antes, quer na postura corporal, quer na interacção social, quer a nível de pensamentos, recusando-se a abandonar o papel de doente, eventualmente, pelos benefícios secundários que a sua doença lhe trazia (como sejam maior atenção parental, menor responsabilidade) ou simplesmente porque se tratava de um comportamento aprendido e experimentado durante longos anos.

Relativamente à percepção da dor, temos desde a doença congénita raríssima, em que não existe percepção (não funcionando a dor como sinal de alarme) até à distorção da percepção da dor que pode ocorrer no atraso mental, no autismo, em doenças neurometabólicas (como a de Menkes que se acompanha de tricotilomania, ou a de Lesh-Nyhan em que há uma verdadeira auto-mutilação). Estas doenças, muitas delas de etiologia desconhecida, traduzem-se por comportamentos auto e hetero-agressivos.

Muitas perturbações de comportamento e queixas somáticas, podem ter por detrás situações de maus tratos, como negligência, violência física e emocional, tantas vezes esquecidas e de difícil identificação, acabando por gerar um grave ciclo de violência e de dor ao longo de gerações (19).

E que dizer do *acting out* dos adolescentes, tantas vezes para se defenderem de emoções dolorosas que não controlam?

Estes substituem a emoção (dor e sofrimento) pelo culto da sensação, podendo fixar-se em comportamentos de risco, que vão desde uma simples tatuagem, piercings, passando pelos distúrbios alimentares (anorexia e bulimia), comportamentos aditivos, tentativas de suicídio, ou mesmo, o próprio suicídio (20).

A intervenção pedopsiquiátrica compreende, genericamente, uma abordagem a vários níveis: individual, familiar e social/institucional.

Em termos individuais, várias são as psicoterapias utilizadas, visando sempre o autocontrolo da dor, desde as cognitivo-comportamentais (relaxamento, distração, dessensibilização), psicodinâmicas, musicoterapia, hipnose, etc.

Em relação à farmacologia salientáramos apenas alguns aspectos práticos.

Do mesmo modo que o recurso a psicoterapias não pode ser exclusivista (seria o mesmo que tirar o peito ou o biberão à criança que está com fome), também o uso de fármacos tem aspectos que devem ser ponderados.

Questionamo-nos se apenas com a sua prescrição ou um mero aumento da dose, sem ter em conta os outros aspectos, não estaremos apenas a aliviar a nossa ansiedade e a dos familiares, sem pensar na dor da criança, não pesando adequadamente riscos/benefícios. É importante realçar ainda, que o pico de dor, principalmente nas doenças prolongadas, ao poder confundir-se com depressão, pode levar erradamente à não administração de analgésicos. Não queremos com isto dizer, que os dois quadros não possam coexistir, não podemos é esquecer a necessidade de analgesia.

Outra questão, é a do ajuste da dose terapêutica. Há necessidade de uma cobertura das 24 horas, pelas repercussões que a dor tem no ciclo sono-vigília e, deste na dor, ou seja, a dor provoca alterações do sono e a privação do sono tem, por sua vez, repercussões na intensidade da dor.

Outro problema que se coloca nas crianças mais pequenas é o da necessidade de ajuste da medicação oral com o aumento da dor. Tendo em conta o pensamento concreto da criança, é preferível, por exemplo, dar-lhe 2 comprimidos de 15 mg a 1 de 30 mg, pois para ela, aumento da dor só melhora com aumento da quantidade e um comprimido de 30 mg não é igual a 2 de 15 mg.

A par dos analgésicos, salientamos o papel dos psicofármacos (ansiolíticos, antidepressivos e neuroléticos) não só na dor, mas na psicopatologia associada, que por sua vez, se repercute na intensidade e perda de controlo sobre a dor.

Também uma intervenção familiar é nalguns casos fundamental, no sentido de valorizar e dar suporte aos pais, para que todos, pais e criança, possam lidar melhor com situações de crise e de stress.

Por último, não podemos negligenciar o papel das redes de suporte, quer as respeitantes à família alargada, vizinhos ou grupos de pais de crianças com situações semelhantes, quer ainda outras instituições envolvidas (papel de escolas, hospitais...).

Conclusão

Para terminar, parece-nos importante salientar a definição de equipa multidisciplinar de Hey A. - *"Equipa multidisciplinar é um pequeno grupo de pessoas, claramente definido, que partilha objectivos comuns, valores semelhantes, capacidades e conhecimentos distintos."* Recordaríamos um caso ocorrido no Hospital Pediátrico, cuja partilha de experiências, foi fundamental para a abordagem e resolução do problema.

Tratava-se da designada "dor do membro fantasma".

Era precisamente esta conotação "fantasma" que aumentava a ansiedade da criança, achando ser doido, pelo facto de sentir dor num membro que havia sido amputado. Quan-

to à dor de ter perdido esse membro, não era valorizada, pelo alívio que sentia relativamente às dores que o tumor ultimamente lhe causava.

Concluindo, pensamos que a essência duma intervenção na dor, reside precisamente na abordagem multidisciplinar do doente, onde a troca de experiências entre os vários profissionais, é fundamental no processo terapêutico, ajudando, por sua vez, a diminuir *as dores* de quem tem que aliviar a dor dos outros.

Agradecimentos: À Dr^a Beatriz Pena e à Dr^a Luísa Simão pela bibliografia gentilmente facultada.

Bibliografia

1. Duras M. A dor. Ed. Difel, 1986.
2. Kuttner L. A Child in Pain - how to help, what to do. Hartley & Marks Publishers Inc., 1996.
3. Anand KJS et al. Pain and its effects in the human neonate and fetus. N Engl J Med, 1987, 317 1321.
4. Taddio A, Katz J, Ilersich AI, Koren G. Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination. Lancet, 1997, 349 (9052); 599 - 603.
5. Quental A. Sonetos. Ed. de Couto Martins, 1956.
6. Diamond AW, Conian SW. Controlo da dor. Climepsi Ed., 1997.
7. Ferronha JM. A dor vista pela psiquiatria da infância. Nascer e Crescer, 1998 (7), 187 - 191.
8. Schowob M. A dor. Biblioteca Básica da Ciência e Cultura, 1994.
9. Barros L. Psicologia Pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista, Climepsi Editores, 1999, 87-128.
10. Ajuriaguerra & Marcellí. Manual de Psicopatologia Infantil. Ed. Artes Médicas, 2^a edição, 1991.
11. Costa R, Pereira A. Valorização da dor na criança. Nascer e Crescer, vol.7, nº 3, Setembro 1998 (7), 163 - 167.
12. Gauvain-Piquard, Garcia X. Vécu de la douleur par les enfants. J. de Pédiatrie et de Puériculture 1993 (3), 144 - 148.
13. Gauvain-Piquard A. La Douleur Physique Chez Le Jeune Enfant. Neuropsychiatr. Enfance Adolesc., 1997, 45 (4-5), 172-179.
14. Foussat C et al. La douleur de l'enfant hospitalisé. Arch Pédiatr (Paris), 1995, 2, 1097 - 1100.
15. Gauvain-Piquard A. Évaluation de la douleur chez l'enfant. Ann Pédiatr (Paris), 1995, 42, 77-83.
16. Gauvain-Piquard A et al. Une échelle d'évaluation de la douleur du jeune enfant: L' échelle DEGR. Journées Parisiennes de Pédiatrie, 1991, 95 - 100.
17. O livro do Tó João. Pé de Página Editora Lda, 1^a edição, Setembro de 1998.
18. Melvin L. Tratado de psiquiatria da infância e adolescência. Ed. Artes Médicas, 1995, 953-1084.
19. Canha J. Criança maltratada. Quarteto Editora, 2000.
20. Marcelli & Bruconnier. Manual de Psicopatologia do Adolescente. Ed. Artes Médicas, 1989, 81-114.

saúde infantil

RIR É O MELHOR REMÉDIO

Rita Lemos¹

Resumo

Num mundo de alta tecnologia - como é hoje uma unidade hospitalar - e por maioria de razão quando se lida com crianças e jovens, é fundamental que os profissionais se preocupem com a humanização e a qualidade das relações que estabelecem entre si e com os pacientes e familiares.

Neste contexto a utilização do riso e do bom humor como arma terapêutica (com múltiplos mecanismos de acção, alguns porventura controversos ou até desconhecidos) é amplamente aceite na pediatria moderna. Entre nós ainda não temos regularmente nas instituições - mas devíamos ter - profissionais do riso. Enquanto isso alguns técnicos, cronicamente bem dispostos, ajudam e muito no dia-a-dia hospitalar das crianças.

Palavras-chave: riso, humor, terapêutica, pediatria, humanização.

Summary

In a high technology world like an hospital and specially when dealing with children and teenagers, professionals must pay attention to humanization and to the quality of the relationship between them and their patients and families.

Smiling and having good humour is largely accepted as a therapeutic measure (with multiple and some probably unknown mechanisms) in the modern pediatrics. We need smile professionals in our institutions.

Keywords: smiling, humour, therapy, pediatrics, humanization.

1. Enfermeira graduada - Hospital Pediátrico de Coimbra

Num mundo em que a alta tecnologia já não é privilégio de alguns mas antes faz parte de quase todos os pequenos gestos do quotidiano, torna-se por vezes necessário "voltar" às origens para nos sentirmos renascer na nossa humanidade.

Também as artes curativas, porque cada vez mais tecnicistas e sofisticadas, necessitam de tempos a tempos de algumas "lufadas de ar fresco" que lhes permitam essa maior aproximação ao humano.

A vida, contrariamente aos medicamentos, "é-nos dada sem receita e sem literatura inclusa" (1), o que traduz a ideia de que nos cabe a responsabilidade de pensar e agir por nós próprios e a decisão de escolher. No mesmo sentido, parece que melhoraremos a nossa vida sendo capazes de "escolher o que *abre*: aos outros, a novas experiências, a diferentes alegrias" (1).

E é exactamente aqui, nas alegrias, que começa esta história...

O riso é uma necessidade humana básica

O bom humor e a capacidade de rir como forma de manter uma vida sã, estão presentes na sabedoria popular e, das nossas origens, todos conhecemos a expressão: "rir é o melhor remédio".

Uns, filósofos, defendem que "a alegria (...) é uma experiência que inclui prazer e dor, morte e vida; é a experiência que em última análise *aceita* o prazer e a dor, a morte e a vida." (1). Outros, cientistas sociais declaram que, "os indivíduos mais saudáveis parecem ser os que amam o prazer, procuram o prazer, criam o prazer" (2), fazendo notar que a saúde "resulta de uma procura dos prazeres saudáveis", ou seja daqueles que nos trazem alegria. Na sua apreciação referem que "muitas pessoas fortes parecem manter um vital senso de humor em relação à vida, apreciando mais frequentemente (...) uma boa risada à custa de si próprias" (2).

Também na saúde podemos encontrar referências à importância atribuída ao riso, quando por exemplo se afirma: "como cirurgião devo confessar-vos que ver rir ou mesmo sorrir um doente no pós-operatório é um ótimo sinal." E ainda que "quem ri é porque se sente bem e este é o melhor sinal" (3), opinião esta que é confirmada pela negativa por outro cardiologista, quando exprime a sua surpresa "com o número de doentes admitidos por enfarte de miocárdio que (...) confessam ter passado, nas semanas que precedem a hospitalização, por situações violentas de ruptura sentimental ou profissional, (...)" (4).

Torna-se claro que o bom humor e o riso não só não devem ser ignorados, com devem, sobretudo, ser estimulados, porque:

"«Tudo o que se entrega à doença, a doença agarra». A doença agarra e invade tudo o que não é estimulado, tudo o que se torna inerte. Além disso, de cada vez que uma qualquer «acção de cuidados» se centra, unicamente, na doença, quer dizer, que morre para a vida, os que cuidam dão uma importân-

cia predominante à doença, isto é, aquilo que morre, a ponto de «as pessoas serem condenadas à morte muito antes da sua morte», incluindo no estádio da morte em que se vêem impelidas a morrer a vida em vez de viver a morte” (5).

Poderíamos pensar que estas não passam de ideias e frases com boas intenções, algum sexto sentido, e pouco fundamento científico, mas aparentemente não é bem assim.

Rir é terapêutico

A ideia do efeito terapêutico do riso, embora antiga, só foi explorada de forma científica, a partir da década de 70 do século passado, altura em que alguns estudos começaram a surgir, tentando compreender os efeitos fisiológicos e psicológicos do humor.

Alguns estudiosos dizem-nos que já Platão e Sócrates tinham assumido que o riso e o humor têm efeitos benignos sobre o corpo e a mente, tendo sido inclusivamente usados como tratamento para depressões no século XVI, o que nos indica que os efeitos psicológicos do humor eram, se não ainda bem estudados, pelo menos, reconhecidos.

A função do riso é a de promover uma troca biológica, por exemplo, descarregar a tensão que se produz perante emoções dolorosas como o medo, a angústia e a perda (6), ou seja o riso é um mecanismo fisiológico através do qual podemos descarregar as emoções fortes contidas anteriormente, proporcionando alívio e uma sensação de bem estar. Todos nós já teremos experimentado essa sensação quando num filme, a seguir a uma cena particularmente tensa o protagonista se vê numa situação ridícula, fazendo com que toda a plateia “rebente a rir”. Na prática parece que os realizadores pretendem mesmo tirar partido dessa situação.



Mas quais os mecanismos fisiológicos implicados? Segundo um estudo de Mazer, as lágrimas e secreções nasais excretadas durante o riso contêm hormonas, esteróides e toxinas que são acumuladas no corpo durante as situações de stress (6), o que mostra porque é que “chorar a rir” é tão bom. Outro estudo, refere que o riso, num primeiro momento, estimula a produção de catecolaminas, cujo nível aumenta no sangue, tendo como efeito a contração da musculatura arterial e consequente aumento de tensão arterial e ritmo cardíaco, (estimulação simpática), a que se segue uma fase de relaxamento (resposta parasimpática) que gera um estado de relaxamento sistémico do organismo (6).

O riso também faz contrair o músculo zigomático da face, o que por sua vez estimula o timo a secretar timosina que regula a produção de células linfocitárias (células-T), contribuindo dessa forma para o fortalecimento do sistema imunitário, sendo o contrário uma evidência, ou seja o stress é responsável pela diminuição dos recursos do sistema imunitário (6). Podemos suspeitar da importância do riso para uma pessoa doente, nomeadamente se estiver afectado o seu sistema imunitário. Ressaltamos aqui a importância do riso em si, como forma terapêutica com alterações fisiológicas efectivas e não apenas como factor de bem estar psicológico.

No estudo de Forsyth acrescenta-se ainda que o riso facilita o relaxamento dos músculos respiratórios, provocando uma respiração de padrão diafragmático, que é oposta ao padrão respiratório em situação de tensão emocional (6).

A capacidade de rir está intimamente relacionada com o humor, sendo que o bom humor está também ligado à produção de endorfinas que trazem uma sensação agradável a todo o organismo, podendo mesmo diminuir ou eliminar a sensação de dor (2). De facto, quando somos capazes de apreciar um momento particularmente belo, a sensação de prazer que se produz pode relegar para um segundo plano a experiência dolorosa porque passamos. A alegria com tão bem explica Savater (1), é "um «sim» espontâneo à vida que nos jorra por dentro, às vezes quando menos esperamos. Um «sim» ao que somos ou, melhor, ao que sentimos ser".

Aqui começamos já a fazer referência a aspectos psicossociológicos do riso, destacando a importância que ele pode ter nos estabelecimento de melhores relações com os outros e na contribuição para uma melhor forma de vida.

Parece de facto que o humor cria um espaço de partilha, afecta as emoções modificando as emoções negativas em positivas e reduzindo o stress (6), podemos entender daqui que a possibilidade de rir em comum permite partilhar emoções boas, criando um espaço de alguma intimidade e abrindo caminho para maior envolvimento e outra partilhas.

O humor é também "responsável" pela libertação de stress, ansiedade hostilidade e agressividade de uma forma socialmente aceitável (6), ou seja a capacidade de resolver os conflitos internos ou externos utilizando o humor é uma competência, pois nos torna mais aptos para a vida de relação, permitindo responder de forma assertiva em situações em que a agressividade pode estar latente e arruinar uma comunicação eficaz (6).

Smith citado por Knight, (6) resume bem este duplo aspecto das qualidades do humor, evidenciando quanto facilita a comunicação, podendo ser partilhado e promovendo uma relação com base em mensagens emocionais que demonstram aceitação do outro, dessa forma criando um laço comum.

"A gargalhada, ou pelo menos o humor, pode também ser um antídoto eficiente nas horas adversas, Quando os animais se confrontam com uma situação ameaçadora têm duas escolhas: fugir ou lutar. Os seres humanos têm uma terceira alternativa: rir." (6)

A título conclusivo, e tal como dizíamos inicialmente, a complexidade crescente do mundo em que vivemos e as tensões a que nos encontramos sujeitos são muitas vezes por si só, factores da nossa própria desumanização. É bom termos essa consciência, para que as “pequenas coisas” que a vida tem, possam tocar-nos, devolvendo-nos uma visão mais positiva, e permitindo-nos o humanismo pela (perdoem a redundância), humanização da relação com os outros.

Com efeito, os estudos realizados apontam para a importância que o riso pode ter quando os próprios doentes são capazes de manter o seu bom humor, mas também nos chamam a atenção para a satisfação que os doentes e suas famílias podem obter quando são cuidados por profissionais que mantêm a capacidade de humor junto deles.

Apesar destas evidências, o bom humor não parece ser uma qualidade muito desenvolvida na nossa realidade hospitalar, contrariamente ao que já acontece noutros países, em que se promove e estimula a alegria nos hospitais pediátricos com a «contratação» de verdadeiros médicos do riso, os palhaços. A sua preciosa actividade, que não se resume a serem meramente «palhaços», pode ser consultada na internet, no site: <http://www.doutoresdaalegria.org.br>, um sítio que vale a pena visitar.

O riso pode, e deve, ser “levado a sério”, trazendo benefícios quer para o próprio organismo das pessoas quer para a sua vida de relação com os outros. Por isso apetece dizer, que “talvez precisemos de milhares de médicos que prescrevam (...) doses regulares de humor”, pois “é bom saber, nos dias de hoje, com terapias médicas tão caras e dolorosas, que o riso é medicinal e que o seu único efeito colateral é o prazer” (2).

Bibliografia

1. Savater F. *Ética para um Jovem*. 6ª edição. Lisboa: Editorial Presença, 2000
2. Ornstein R, Sobel D. *De Prazer também se Vive*. 1ª edição. Lisboa: Difusão Cultural, 1991
3. Barroso E. *Prazeres*. 7ª edição. Algés: Difel, 1999.
4. Hesbeen W. *Qualidade em Enfermagem*. 1ª edição. Camarate. Lusociência, 2001.
5. Collière M-F. *Promover a vida*. 3ª edição. Lisboa. Lidel, 1999.
6. Knight C. Laughing at death: the ultimate paradox. In *Contemporary Issues in Nursing*. 1ª edição. New York: Churchill Livingstone, 1996.

Alterações dos tegumentos

Variantes do normal



Carotinémia benigna da criança

Consiste da pigmentação amarelo-alaranjada da pele, generalizada mas particularmente notória a nível das palmas das mãos, plantas dos pés e pregas naso-labiais, *poupando as escleróticas e as mucosas*, e cursando sem colúria nem fezes acólicas (Fig. 1 e 2).



Fig 1: Carotinémia: pigmentação alaranjada especialmente notória nas palmas das mãos



Fig. 2: Carotinémia: pigmentação alaranjada da pele, especialmente das plantas dos pés

Resulta da ingestão prolongada de alimentos ricos em carotenos, pigmentos presentes nos vegetais e que lhes dão a cor amarelo-alaranjada. São exemplos a abóbora, os sumos de fruta, etc. mas especialmente a cenoura, bastante utilizada nas dietas dos lactentes. Embora alguns carotenos sejam precursores da vitamina A, os níveis atingidos desta nunca são suficientes para atingir uma hipervitaminose, porque é lenta a conversão dos carotenos em vitamina A e, uma vez atingidas as reservas adequadas nesta vitamina, ocorre uma restrição da conversão daquele pigmento.

Uma situação semelhante à carotinémia é a *licopenémia*, que resulta também da absorção excessiva dum pigmento vegetal, dum isómero do beta-caroteno, o licopeno (presente no tomate), que é fisiologicamente inactivo, não sendo um precursor da vitamina A.

Salgado M, Mimoso G, Correia AJ. Carotinémia benigna da criança. Saúde Infantil 1990;12(1):83-6.

Manchas café com leite (MCCL)

Como manifestação isolada afecta 10 a 15% da população geral (Fig. 3). Ao nascimento observam-se em menos de 3% dos recém-nascidos. Em geral, até 5 manchas isoladas, não têm relevância clínica.



Fig. 3: Mancha café-com-leite única



Fig. 4: Várias MCCL em lactente com critérios clínicos de neurofibromatose tipo 1

Mas as MCCL poderão ser um dos critérios de diagnóstico de *neurofibromatose de von Recklinghausen* (NFVR), quando se verifica pelo menos outro critério. Assim, para o diagnóstico de NFVR tipo I são exigidos **pelo menos dois** dos seguintes critérios:

1. Seis ou mais manchas café-com-leite, com diâmetro > 5 mm na idade pré-pubertária ou > 15 mm na idade pós-pubertária;
2. Dois ou mais neurofibromas (intracutâneos ou subcutâneos);
3. Manchas café-com-leite localizadas nas axilas ou virilhas (região inguinal);
4. Glioma das vias ópticas;
5. Um neurofibroma plexiforme;
6. Dois ou mais hamartoma da íris (nódulos de Lisch);
7. Lesões ósseas características, como por exemplo, displasia do esfenóide, pseudartrose da tíbia, redução do córtex dos ossos longos com ou sem pseudartrose;
8. Um ou mais familiares do primeiro grau com neurofibromatose tipo 1 (Fig. 5).

Vanderhooft S L, Francis J S, Pagon R A, Smith L T, Sybert V P. Prevalence of hypopigmented macules in a health population. J Pediatr 1996;129:355-61, Comittee of Genetics. Health supervision for children with neurofibromatosis. Pediatrics 1995;96:368-72.

Manchas acrómicas

Poderão ser congênitas ou adquiridas. Tratam-se de máculas hipopigmentadas (*nevus acromicus*) que ocorrem em 0,7% a 1,7% dos recém-nascidos e em 3,3% a 4,7% da população em geral, incluindo adultos. Os indivíduos com manchas hipopigmentadas isoladas, têm apenas uma a três lesões.

Como único achado do exame físico e da anamnese, carecem de significado clínico. Serão de valorizar num



Fig. 5: Mancha acrómica única simples

contexto de história familiar ou duma clínica compatível com *esclerose tuberosa* (convulsões, manchas em casca de laranja, adenomas sebáceos, atraso de desenvolvimento, manchas acrómicas de aspecto lanceolado).

Vanderhooft S L, Francis J S, Pagon R A, Smith L T, Sybert V P. Prevalence of hypopigmented macules in a health population. *J Pediatr* 1996;129:355-61.

Queda do cabelo/*effluvium telogénico*

Possuímos 100.000 a 150.000 cabelos no couro cabeludo, dos quais, em qualquer momento, cerca de 90% se encontram em fase anagénica (fase de crescimento) e, mais ou menos 10%, em fase telogénica (fase de descanso). Daqui resulta ser normal a queda de 50 a 100 cabelos por dia, sem que daí resulte dano estético.

Em períodos de *stress*, por exemplo por doença aguda, traumatismo físico ou emocional, até 50% do cabelo poderá entrar de forma súbita e, simultaneamente, em fase telogénica.

Ocorrerá assim uma interrupção, por uns dias ou semanas, no crescimento dum grande



Fig. 6: *Effluvium telogénico* em lactente de 6 meses

número de cabelos. Com a resolução do problema, o cabelo "novo" vai empurrando o cabelo "velho". Cerca de 3 a 4 meses depois, os cabelos "velhos" deixam de ter suporte para continuarem agarrados ao couro cabeludo e caem de forma excessiva, criando uma alopecia difusa. Este momento anuncia a erupção do cabelo "novo". Esta alopecia difusa, denominada, ***effluvium telogénico***, será assim um sinal da "cura" do problema e não o da existência de doença.

Uma forma particular de *effluvium telogénico* é a alopecia difusa dos lactentes no primeiro semestre de vida (em regra por volta dos 4 meses de idade), com origem provavelmente no *stress* do parto, mas também dependente de influências genéticas (Fig. 6).

Porfírio H, Salgado M. "O cabelo do meu filho está todo a cair" – o *effluvium telogénico*. *Saúde Infantil* 1992;14:247-9.

Hipertricose pré-pubertária

Consiste na exuberância de pêlos em zonas de menor influência androgénica, como a fronte, sobrancelhas, o tronco, pescoço e membros. No dorso, os pêlos podem adquirir uma distribuição em árvore de natal, com centro sobre a coluna.

Nas áreas de maior influência androgénica, como o *philtrum*, o mento, a axila, a região púbica e raiz das coxas, na hipertricose os pêlos têm as mesmas características das restantes zonas, e sem serem abundantes, escurecidos e endurecidos, característico do hirsutismo.



Fig 7: Hipertricose pré-pubertária

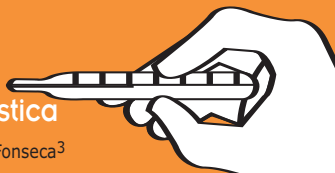
Na hipertricose pré-pubertária os pêlos são abundantes mas finos (Fig. 7) e estão presentes desde o nascimento.

Poderá resultar da ingestão de fármacos (por exemplo ciclosporina, fenitoína, corticóides, etc.) ser secundária a um hipotireoidismo, mas poderá ser uma característica familiar. Provavelmente representa o extremo da normal distribuição dos pêlos corporais.

Existe forte influência genética e racial, embora possa faltar história familiar.

Barth JH, Wilkinson JD, Dawber RPR. Prepubertal hypertrichosis: normal or abnormal? Arch Dis Child 1988;63:666-8.

Manuel Salgado
Consulta Externa Medicina



Resumo

Menina de 5 anos e 8 meses de idade, enviada por suspeita de anemia das doenças crónicas. Com 2 anos de idade, por atraso de crescimento foi diagnosticada anemia, que se mostrou resistente a sucessivas terapêuticas com ferro oral. Aos 5 anos e 5 meses foi confirmada anemia normocrômica normocítica, associada a VS de 60 mm, proteína C reactiva negativa e ferritina sérica normal.

A constatação de baixa estatura com baixa velocidade de crescimento, relação peso / estatura superior ao P50, obesidade troncular e carotínemia sugeriram o diagnóstico de hipotireoidismo.

Palavras-chave: baixa estatura, obesidade, carotínemia, anemia, velocidade sedimentação, hipotireoidismo, pan-hipopituitarismo.

Summary

The authors report the case of a five years and eight months old girl suspected to have chronic disease anaemia. Anaemia had been diagnosed at two years old in the process of investigating delayed growth, and persisted in spite of several treatment attempts with iron salts supplementation. At five years and five months old she maintained normochromic normocytic anaemia, together with an erythrocyte sedimentation rate of 60 mm, and normal C reactive protein and ferritin level.

The association of short stature and diminished growth velocity rate, weight to height ratio superior to the 50th percentile, central obesity, and carotinaemia indicated hypothyroidism as the possible diagnosis.

Keywords: short stature, obesity, carotinaemia, anaemia, erythrocyte sedimentation rate, hypothyroidism, panhypopituitarism.

1. Interna de Pediatria

2. Assistente Hospitalar Graduado

3. Chefe de Serviço

Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução

O **atraso de crescimento estatural** é uma causa muito frequente de consulta em idade pediátrica. O principal objectivo na avaliação inicial é excluir causas tratáveis, entre as quais as doenças endócrinas. Embora estas representem menos de 5%, a associação com obesidade deverá sugerir essa possibilidade (1).

A **carotinémia** é uma manifestação cutânea quase universal no lactente na fase de consumo de sopas homogeneizadas e sumos ricos em carotenos (cenoura, abóbora, sumos diversos) (2,3). Contudo poderá ocorrer em situações de doença, nomeadamente na insuficiência renal crónica, no hipotiroidismo (2). A principal etiologia de anemia na criança é a carência marcial, associada a microcitose. Perante uma **anemia crónica normocítica**, devem ser consideradas outras causas, entre as quais o hipotiroidismo (4). São também frequentes as referências a velocidade de sedimentação (VS) aumentada em estados de hipotiroidismo (5,6).

Apresenta-se um caso clínico de criança enviada à Consulta de Reumatologia Pediátrica por suspeita de anemia das doenças crónicas. A valorização individualizada (e não conjunta) de cada um destes problemas levou à dispersão e atraso na evocação do diagnóstico.

Caso clínico

Menina com 5 anos e 8 meses enviada à Consulta de Reumatologia por VS elevada e anemia normocítica. Apresentava anemia desde os dois anos de idade, detectada na investigação de atraso de crescimento e "resistente" a terapêuticas sucessivas com ferro oral. Fez pesquisa de anticorpos anti-gliadina que foi negativa, pelo que foi enviada à Consulta de Hematologia do Hospital Pediátrico aos 5 anos e 5 meses de idade. Os exames complementares realizados mostraram: Hb entre 9,7 a 10,1 g/dl, VCM entre 81,6 a 82,3 fl, CHCM entre 33,4 a 33,7 g/dl, HCM 27 pg, RDW entre 13,2 a 13,8%, ferritina sérica 54 ng/ml (N 7-140), VS 60 mm à 1ª hora (N < 20), Proteína C reactiva 0,6 mg/dl (N < 1). A avaliação da função renal e hepática não mostrou alterações. Foram excluídas anemias hemolíticas e hemoglobinopatias. Restava a hipótese de anemia das doenças crónicas.

Como queixas mencionava apenas astenia e anorexia. Foram negadas: alterações do trânsito intestinal, queixas respiratórias, osteoarticulares, poliúria / polidipsia, distúrbios do sono, intolerância ao frio. Alimentação equilibrada negando consumo significativo de cenoura, laranja ou outros vegetais e frutos ricos em carotenos.

Dos antecedentes pessoais a referir: GIV PIII, gravidez vigiada sem intercorrências, parto eutócico às 38 semanas, peso nascimento 3200 g (> P50 < P75), comprimento 49 cm (> P50 < P75), perímetro cefálico 34 cm (> P50 < P75), período neonatal sem incidentes (sem icterícia prolongada, sem hipoglicémia). Realizou diagnóstico precoce na primeira semana

de vida que foi normal. O desenvolvimento psicomotor (DPM) foi sempre adequado à idade (primeiros passos aos 13 meses, primeiras palavras com sentido aos 12 meses, controle esfíncteres aos 2,5 anos). Sem registos de crescimento no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil. Erupção dentária aos 8 meses.

Os antecedentes familiares eram irrelevantes, não havendo história familiar de anemia, ou consanguinidade. A estatura da mãe era de 153,5 cm e a do pai 182 cm.

Aos 5 anos e 8 meses apresentava peso 15,6 Kg (P5), estatura 96 cm (<< P3), com idade estatural (IE) de 3,2 anos, índice de massa corporal (IMC) 17 kg/m² (P90), e relação peso/estatura > P50. O segmento superior media 48,7 cm (Segmento Superior/Segmento Inferior =1,04). Obesidade troncular. Estadio pubertário segundo Tanner: M1, P1. Apresentava cabelos finos; a pele de coloração amarelada nas pregas naso-labiais, nas palmas e nas plantas; mucosas ligeiramente descoradas. A face era arredondada, de aspecto infantil, nariz pequeno com dorso deprimido, discreto micrognatismo. Sem nódulos visíveis ou palpáveis a nível cervical, na linha mediana. A tensão arterial (TA) era de 85/50 e o exame neurológico foi normal.



Tinha crescido apenas 47 cm desde o nascimento (crescimento normal mínimo esperado de 51 cm). Perante a associação de baixa estatura com baixa VC, e peso superior à estatura (índice de massa corporal no P90), a hipótese de diagnóstico considerada foi a de patologia endócrina, em particular de hipotireoidismo, o que era corroborado pela presença de carotinémia, anemia crónica normocrómica e normocítica e VS aumentada.

A investigação realizada mostrou: cariótipo 46XX, de constituição normal, idade óssea (IO) de 2,2 anos pelo método de Tanner e Whitehouse (TW2), triiodotironina (T3) - 103 ng/dl (N: 82 -179), tiroxina total (T4) - 2,5 ug/dl (N: 4,5 - 12,5), tiroxina livre - 0,43 ng/dl (N: 0,8 - 1,9), TSH - 1,11 uUI/ml (N: 0,7 - 6,4), colesterol 5,8 mmol/l (N: 2,80 - 4,80), triglicerídeos 142 mg/dl (N: 35 - 114), HDL 1,0 mmol/l (N: 0,9 - 2,15). Hormona de crescimento - 0,1 ng/ml, concentrações séricas de hormona de crescimento sempre inferiores a 10ng/ml após estimulação; IGF-1(insulin-like growth factor1) < 67,5 ng/ml (N: 70 - 288), IGF-BP3 (insulin-like growth factor binding protein 3) - 0,7 ug/ml (N >2,1), ACTH - 28,8 pg/ml (N < 60), cortisol - 2,4 ug/ml (N: 5 - 25), androstenediona - indoseável, testosterona indoseável, 17OH progesterona - indoseável, SDHEA < 300 ng/ml (N: 350 - 4300), estradiol < 0,2 ng/dl (N: 0,5 - 2). A ressonância magnética (RMN) do sistema nervoso central com administração de contraste (Gadolinium) foi normal, tendo sido o diagnóstico final de pan-hipopituitarismo idiopático.

Discussão

Apesar de enviada por suspeita de anemia das doenças crónicas, esta criança não apresentava elementos clínicos sugestivos de colagenose. Por outro lado sobressaía uma baixa estatura com reduzida VC. Apesar de não dispormos das curvas de crescimento, isso não impediu a avaliação do crescimento. O conhecimento da antropometria ao nascimento e a análise dos dados do exame objectivo permitiu concluir que a VC estaria diminuída. Neste caso, a diferença entre o valor da VS e da proteína C reactiva sugeria também ausência de doença inflamatória ⁽⁷⁾.

Para que o crescimento de uma criança seja normal e a sua estatura se mantenha acima do P3 é necessário que a velocidade de crescimento se mantenha acima do P25. Neste caso, considerando como mínimo normal de VC os valores do P10 segundo as curvas de Tanner e Whitehouse, teríamos um crescimento desde o nascimento de 51 cm o que implicaria uma estatura mínima na data da consulta de pelo menos 100 cm. A estatura alvo familiar era de 161 cm (> P25), (média entre a estatura da mãe adicionada de 13 cm no caso dos rapazes, e a do pai subtraída de 13 cm no caso das raparigas) ^(8,9,10). A discrepância entre a estatura alvo familiar e a estatura da criança, assim como a baixa velocidade de crescimento apontavam para um crescimento claramente patológico. Apesar de não preencher critérios de obesidade, a existência de obesidade troncular, e de sobrecarga ponderal relativa, traduzida por um índice de massa corporal no P90 e de uma relação peso/estatura > P50 ⁽¹¹⁾, sugeria de modo específico uma deficiência hormonal, corroborada pelo significativo atraso de maturação óssea em relação à idade cronológica ($IO \leq IE < IC$).

Os efeitos da hormona de crescimento e com especial relevo das hormonas tiroideias, fazem-se sentir em inúmeros sistemas, entre os quais: produção da eritropoietina e sua acção na medula óssea ⁽¹²⁾, síntese do colesterol e níveis de lipoproteínas séricas ^(13,14) e na conversão dos b-carotenos em vitamina A ⁽¹⁵⁾. Perante uma anemia normocrómica normocítica, na ausência de doença crónica inflamatória, especialmente se houver associado atraso de crescimento estatura, deverá ser considerada a hipótese de patologia endócrina ^(4,12,14). A presença de carotínemia em idades para além dos dois primeiros anos de vida não é habitual, excepto se se mantiverem hábitos alimentares que a justifiquem, pelo que deverá ser sempre valorizada. Classicamente descrita no hipotiroidismo, em que pode mesmo constituir a forma de apresentação da doença ⁽¹⁶⁾, a carotínemia deve-se, nestes doentes, à diminuição da conversão dos b-carotenos em vitamina A, condicionando a sua acumulação na pele ^(2,15).

Nas doenças inflamatórias crónicas a VS aumentada resulta sobretudo da elevação dos reagentes de fase aguda (principalmente fibrinogénio), através da neutralização das cargas negativas eritrocitárias. Outros constituintes do soro em concentrações aumentadas, poderão ter igual interferência como em situações de hipercolesterolemia e de aumento das

lipoproteínas plasmáticas (5,6). A diminuição do número de eritrócitos em estados de anemia, favorece também a sedimentação pela redução dessas forças repulsivas (5,6). A hipercolesterolemia e as alterações lipídicas associadas ao hipotiroidismo (13,17), justificam o aumento da VS encontrada nesta doente.

O desenvolvimento normal apresentado por esta criança faz pressupor que o défice de hormonas tiroideias se iniciou a partir dos dois anos de idade. A análise da curva de crescimento (não disponível) permitiria definir a idade em que se iniciou o desvio em relação ao padrão de crescimento da criança e a data de início do défice hormonal (18).

Os resultados dos estudos hormonais efectuados demonstraram um défice combinado de hormonas hipofisárias: défice de hormona de crescimento associada a hipotiroidismo secundário (níveis baixos de tiroxina e TSH) e défice de ACTH (níveis de ACTH normais em face de valores baixos de cortisol). Neste caso, a RMN do sistema nervoso central não demonstrou a presença de alterações anatómicas a nível do eixo hipotálamo hipofisário, pelo que a doente apresenta uma forma de hipopituitarismo idiopático.

Recentemente foram descritos casos de deficiências combinadas de hormonas hipofisárias, secundárias a mutações nos genes que codificam o factor de transcrição hipofisário, Pit 1 e Prop-1 (19,20). Os doentes com mutações no Pit 1 manifestam clínica de défice de hormona de crescimento e de prolactina e, muitas vezes, desenvolvem hipotiroidismo secundário. Está descrita uma transmissão autossómica recessiva. As mutações Prop-1 parecem ter maior variabilidade clínica, mas combinações de défice de hormona de crescimento, TSH, prolactina e gonadotrofinas são eventualmente detectadas em todos os casos. A idade de apresentação do hipotiroidismo e do hipogonadismo varia consideravelmente e, em cerca de um terço dos doentes, há referência a défice de ACTH (18). O diagnóstico é estabelecido através dos estudos genéticos respectivos mas, em muitos casos, não há história de hipopituitarismo familiar. Este caso poderá corresponder a uma destas situações, mas estes estudos são de conhecimento recente e de investigação pouco disponível.

Bibliografia

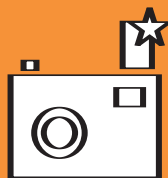
1. Taback SP, Dean H J. Short Stature. In: Moyer V A, Elliot E J, Davis R L, Gilbert R, Klassen T, Logan S, Mellis C, Williams K. Evidence Based Pediatrics and Child Health. BMJ Books, London; 2000:334-40.
2. Salgado M, Mimoso G, Correia AJ. Carotínemia - Caso clínico. Saúde Infantil 1990;17(1): 83-6.
3. Congdon PJ, Kelleher J, Edwards P, Littlewood JM. Benign carotinaemia in children. Arch Dis Child 1981; 56: 292-4.
4. Chu JY, Monteleone JA, Peden VH, et al. Anemia in children and adolescents with hypothyroidism. Clin Pediatr (Phila) 1981; 20: 696-99.
5. Salgado M, Fonseca N. A velocidade de sedimentação. Conceitos actuais. Jornal do Médico 1992 132: 244-8.
6. Lascari AD. The erythrocyte sedimentation rate. Ped Clin North Am 1972; 19: 1113-9.
7. Silva JAP. Interesse actual da proteína C reactiva. Sua importância clínica em particular nas doenças reumáticas. Rev Port Clin Terap 1982; 7:89-94.

8. Buckler JMH. Short Stature. *Curr Pediatr* 1992; 2:125-30.
9. Tanner JM, Davies PSW. Clinical standards for height and height velocity for North América children. *J Pediatr* 1985;107:317-29.
10. M Fontoura, Teixeira Santos N. Avaliação do crescimento normal e patológico. *Arquivos de Medicina*, 1991; 5 Suppl 3:1-17.
11. Macieira L. Obesidade na criança. *Saúde Infantil* 1998; 20 (3):73-5.
12. Fisher DA. Thyroid hormone effects on growth and development. in Delange F, Fisher DA, Malvaux P. *Pediatric Thyroidology*. Laron Z, Tikva P. *Pediatr Adolesc Endocrinol*, Karger, 1985; 14: 84-5.
13. Roig NC, Calvo MTM, Roman JP, et al. Hipertiroidismo e hipercolesterolemia. *An Esp Pediatr*, 1992;37: 425-7.
14. Ramirez FB, Espejo RM. Anemia normocítica e hipercolesterolemia como manifestación de una variante de la tiroiditis de Hashimoto. *An Esp Pediatr*, 1996; 45: 76-8.
15. Aktuna D, Buchinger W, Langsteger W, Meister E, Sternad H, L Eber O. Beta-carotene, vitamin A and carrier proteins in thyroid diseases. *Acta Med Austriaca* 1993;20:17-20.
16. al-Jubouri MA, Coombes EJ, Young RM, McLaughlin NP. Xanthoderma: an unusual presentation of hypothyroidism. *J Clin Pathol* 1994; 47(9):850-1.
17. Böttiger LE. Erythrocyte sedimentation rate and plasma lipids. *Acta Med Scand* 1973; 193:53-7.
18. Parks JS. Hypopituitarism. in Berhman RE, Kliegman RM, HB Jenson, eds. *Nelson – Textbook of pediatrics*. 16th ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 2000:1675-80.
19. Pfaffle RW, Blankenstein O, Wuller S, Kentrup H. Combined pituitary hormone deficiency: Role of Pit-1 and Prop-1. *Acta Paediatr Suppl* 1999; 88 (433): 33-41
20. Holl RW, Pfaffle R, Kim C, et al. Combined pituitary deficiencies of growth hormone, thyroid stimulating hormone and prolactin due to Pit-1 gene mutation: a case report. *Eur J Pediatr* 1997; 156 (11): 835-7.

Correspondência: Alexandra Seabra Dinis

Consulta Externa do Hospital Pediátrico
Avenida Bissaya Barreto
3000-075 Coimbra

Três faltas: de calor, senso e informação.
E alguma sorte...



Falta de calor

A uma segunda-feira de final do ano de 2001 recebi o telefonema dum pai que me pediu consulta a curto prazo para o seu filho de 6 dias de vida. Era um prematuro de 34 semanas, com 2550 gramas de peso de nascimento. Permanecera sempre com a mãe. Na Maternidade Central (MC) onde nascera, tinham sido informados pela pediatra “da necessidade duma consulta ainda nos primeiros 10 dias de vida”, “por ser prematuro e o primeiro filho”, acrescentara.

De forma excepcional, em plena epidemia de vírus Parainfluenza, Adenovírus e Vírus Sincicial Respiratório (VSR), tinha permitido a marcação de algumas consultas para a quarta-feira seguinte, para resolver alguns dos incontáveis casos urgentes com “febre, tosse, ranho, vômitos e diarreia” que justificavam esperas nos serviços de urgência de 6 ou mais horas. Para tranquilizar esta família, acedi a marcar mais uma consulta.

Mas, em plena epidemia de infecções respiratórias, evitar expor um prematuro ao contágio destes vírus, na sala de espera, era uma questão de bom senso. Aconselhei-o a telefonar no dia da consulta para saber o horário da mesma.

A primeira destas consultas “urgentes” estava marcada para as 19 horas. O prematuro ficou marcado para o fim (21 horas). Logo no primeiro contacto telefónico aconselhei-o a que não entrasse na sala de espera com o bebé, se ainda estivessem outras crianças por observar. Que esperassem no carro pela sua vez.

A consulta iniciou-se às 21 e 30 minutos. “Porque não sabia onde era o consultório”, viera mais cedo (20 horas e 30 minutos). Julgavam que seriam atendidos por ordem de chegada”.

Estava uma noite muito fria. O David entrou bem agasalhado e com gorro na cabeça.

À primeira impressão parecia que tudo estava bem: a dormir, rosado, de olhos fechados e com respiração calma.

“Tinha mamado mal nesse dia. As mamadas tinham sido de curta duração e adormecia logo”.

A gravidez foi problemática, com ameaça de parto prematuro e rotura de membranas às 32 semanas. A mãe tinha estado 17 dias internada na MC. Passara aí o Natal e a passagem de ano. Estava medicada com diazepam desde há 3 dias “por depressão”. A diminuição do humor era notória: iniciou-se durante a gravidez, exacerbava-se durante o internamento e piorou após o parto.

Depois do interrogatório o exame objectivo. Mal lhe toquei pareceu-me frio. Palpei-lhe a testa. Estava fria, muito fria... A temperatura rectal era de 33,2°C!!

Fiquei perplexo! Estava à espera de tudo menos disto. Utilizei os três termómetros disponíveis (33,2; 33,5; 33,7°C).

O bebê mantinha-se rosado. A frequência cardíaca oscilava entre 104 e 116/minuto, a respiração era muito superficial e com pausas - não quantifiquei mas tinha bradipneia. Para além da hipotermia e ligeira hipotonia, todo o restante exame era normal. Chorava apenas quando era mais estimulado. O peso era de 2580 g.

Para a mãe estava tudo bem. Colocado ao peito fez uma curta mamada.

- Não parece infectado, deve ser frio - disse eu.

Falta de senso

A mãe chorava. O pai (dominador) de imediato referiu que tinha estado no carro a 5°C. Não ligara o aquecimento ... "para o menino não se constipar com mudanças de temperatura". Mesmo assim, apesar de ter estado uma hora dentro dum automóvel frio, pareceu-me uma hipotermia exagerada para a roupa que trazia (suficiente).

A mãe confessou que o bebê dormia com eles na cama, que nunca ligara o aquecimento em casa. "Amigas" e alguns familiares tinham-na advertido "que os aquecedores gastavam o oxigénio". Como era prematuro, contrariara a opinião do marido em aquecer o quarto.

"Cada tolo com sua mania"- pensei eu...

Hesitei na referência imediata ao Hospital Pediátrico (HP) ou reobservá-lo 1,5 hora depois de ser aquecido em casa. Optei (mal) pela segunda medida: banho quente "com temperatura tolerada pelo cotovelo".

Nesse período de 1,5 hora fiquei preocupado e telefonei-lhes. "Gostou muito do banho e mamou de seguida".

À hora combinada reobservei-o. O exame foi sobreponível, com temperatura rectal de 33,1 e 33,4 (dois termómetros).

Fiz carta de referência e enviei-o ao serviço de urgência (SU) do HP para internamento e eventual despiste de sépsis. Chegou ao HP às 23h e 45 minutos. Aqui confirmou-se 33,5°C de temperatura rectal e foi feito despiste de infecção (hemograma normal, proteína C reactiva negativa, sumária normal, urocultura negativa e hemocultura que veio a ser negativa). Enquanto se aguardava por uma incubadora para o SU, que foi pedida à Unidade de Cuidados Intensivos, uma enfermeira experiente utilizou a técnica de canguru, associando mãe e filho sentados sob lâmpada de infravermelhos.

"Ah... ovo de Colombo"... mas então não era evidente??... deveria ter sido esta a forma de transporte entre o consultório e o hospital, para o ir aquecendo durante o trajecto!! E com referência imediata...

O aquecimento prosseguiu depois em incubadora, de modo lento e progressivo, atribuindo uma temperatura à incubadora 1 a 2°C acima da temperatura central da criança: primeiro 34,5°C para os 33,5°C rectais; depois 35°C para os 34°C da criança, 36°C para os 35°C e assim sucessivamente.

Na manhã seguinte estava bem (36,2°C às 8 horas da manhã) pelo que teve alta antes do meio-dia.

Falta de informação

Tudo isto era muito estranho. Faltava qualquer coisa nesta história. Que informação teria recebido na MC?

Nascera a uma terça-feira. Teve alta no sábado. Após observação pela pediatra teve alta:

- O seu filho está bom, pode contactar o seu marido e ir-se embora...

E foi ... "estava fartinha de estar na Maternidade". Apenas foi advertida da necessidade duma consulta por um pediatra. "Mais nada".

"Que isto sirva de advertência, a quem der altas nas Maternidades...", pensei eu.

Alguma sorte

Até este episódio caricato, não era hábito meu colocar o termómetro em recém-nascidos ou lactentes que me consultavam por rotina. O consultório estava quente, eu estava em mangas de camisa e tinha as mãos quentes. Daí ter notado, de imediato, pelo toque, a sua baixa temperatura.

Interrogo-me se teria deixado escapar a hipotermia se por acaso tivesse as mãos frias. Sorte para o médico...

Desde a alta da MC, este bebé teria provavelmente "hibernado" a uma temperatura baixa.

A viagem e permanência dentro do automóvel exacerbou a situação.

A consulta ocorreu no momento ideal. De outro modo, acreditamos que na madrugada ou manhã seguinte, seria mais um caso de síndrome de morte súbita do lactente, de causa idiopática. Porque os mortos também estão frios... Sorte para a criança e família...

Voltei a observar o David 9 dias depois: temperatura 36,7 °C. O quarto tinha aquecedor ligado durante as 24 horas do dia - "Não há fome que não dê em fartura!..."

Tinha um bom estado geral, chorava e mamava vigorosamente. Mantinha icterícia e não aumentara de peso. A densidade urinária era de 1005 (Combur 10) após uma mamada de 50 gramas (dupla pesagem vestido). Optei por aguardar mais uma semana: aumentou 320 gramas. Manteve o leite materno. Uma semana depois a mãe telefona a chorar: "Eu vou morrer, não tenho leite para o meu filho". Introduzi-lhe o leite fórmula. Numa depressão pós-parto outra coisa não seria de esperar..

Os pais estão reconhecidos a alguns dos profissionais de saúde envolvidos nesta situação anedótica: a mim, à Susana que o recebeu no SU e à Ana Santos que conduziu o aquecimento. "Haja Deus...!!"



Potenciais consequências do hipotireoidismo materno no recém-nascido

São complexas as relações que existem entre a insuficiência tiroideia materna durante a gravidez e as possíveis consequências para o desenvolvimento neuro-psíquico-intelectual do feto e da criança.

A captação de iodo pela tiróide fetal inicia-se pela 12ª semana de gravidez, ficando a tiróide operacional entre a 18ª-20ª semanas.

Um conceito importante da função e regulação da tiróide no feto, é que as hormonas tiroideas (HT) maternas são transferidas para o feto antes e depois do início da função da tiróide fetal. Cerca de 30% das HT circulantes no feto são de origem materna. Existe assim uma unidade feto-placentar que regula a transferência de HT maternas para o feto durante a gravidez, sendo as necessidades maiores no início, e diminuindo ao longo da gravidez. O desenvolvimento do cérebro fetal (multiplicação neuronal, migração e organização) durante o 2º trimestre corresponde a uma fase em que as HT circulantes são quase exclusivamente de origem materna. Na fase seguinte do desenvolvimento do cérebro (multiplicação das células gliais, migração e mielinização), a partir do 3º trimestre, as HT são quase exclusivamente de origem fetal. Assim, enquanto o hipotireoidismo materno severo durante o 1º e 2º trimestres da gravidez pode resultar em défices neurológicos irreversíveis, o hipotireoidismo materno ocorrendo mais tarde provoca lesões menos severas, e parcialmente reversíveis do cérebro fetal.

As principais causas de hipotireoidismo materno são a tiroidite auto-imune (cerca de 5-10% das mulheres grávidas apresentam anticorpos antitiroideos positivos) e a insuficiente ingestão de iodo (nos últimos 15 anos, nos EUA, a ingestão de iodo diminuiu significativamente, com 15% das mulheres em idade fértil e 7% das grávidas apresentando uma excreção urinária de iodo inferior a 50 U_g/L).

Numa altura em que não são ainda bem esclarecidas as relações entre as alterações da função tiroideia durante a gravidez, e potenciais repercussões no desenvolvimento neurológico do recém-nascido, a relação custo/benefício torna impraticável o rastreio sistemático de todas as grávidas. No entanto, devem merecer cuidados especiais as grávidas com história pessoal ou familiar de doença tiroideia, ou infertilidade de longa data.

Efeito da prescrição de antibióticos beta-lactâmicos em crianças de idade pré-escolar, na resistência dos *S.pneumoniae* à Penicilina

Neste estudo prospectivo que envolveu 461 crianças australianas, durante um período de 25 meses, verificou-se que a presença de pneumococcus resistentes na orofaringe, ao longo dos diversos controlos, estava directamente correlacionada com o uso de penicilina/amoxicilina/cefalosporinas .nos 2 meses antes das colheitas.

A redução do uso destes antibióticos pode contribuir para a diminuição do número de portadores de pneumococcus resistentes e, como consequência, diminuir também a prevalência destes germes na comunidade.

Nasrin D, Collignon P, Robert L et al. BMJ 2002;324:28-32.

Efeito de terapêuticas curtas com doses elevadas de Amoxicilina sobre o isolamento na orofaringe de *S. pneumoniae* resistentes à Penicilina

Dois grupos de crianças com vários tipos de infecções respiratórias agudas foram medicadas alternativamente com Amoxicilina (90 mg/kg/24 h, 12/12 h, durante 5 dias) e (40 mg/kg/24 h, 12/12 h, durante 10 dias).

O êxito terapêutico foi semelhante nos dois grupos (constituídos respectivamente por 398 e 397 crianças).

Ao 28º dia após início do tratamento, verificou-se que o risco de se encontrarem pneumococcus não susceptíveis à Penicilina era significativamente mais baixo no grupo que recebeu terapêutica curta com dose elevada (24% versus 32%). O efeito protector era mais acentuado em famílias com pelo menos três crianças.

Os autores defendem que a terapêutica curta com a dose elevada de Amoxicilina contribuirá para impedir a disseminação dos pneumococcus resistentes na comunidade.

Schrag S, Peña C, Fernandez J et al. JAMA 2001;222286:49-55.



Artigos	Ano	Volume	Pág.
Explicação das razões da força do Pediátrico à Ministra da Saúde - editorial	2001	23/1	3
Suplementos. Vitaminas e minerais	2001	23/1	5
Olhar o recém-nascido nos olhos - profilaxia ocular neonatal	2001	23/1	17
Prova de Mantoux como método de rastreio isolado de tuberculose	2001	23/1	29
Avaliação do comprimento e perímetro cefálico em RN na MBB	2001	23/1	35
Uma consulta de Pediatria em Timos Loro Sa'e	2001	23/1	45
Vigilância de saúde infantil no concelho de Viseu	2001	23/1	53
Obstrução congénita do canal lacrimal - texto de apoio da consulta externa	2001	23/1	65
Mordedura de víbora - caso clínico	2001	23/1	67
E de repente... inchou-me o olho! - caso inesquecível	2001	23/1	73
Manifestações hormonais fisiológicas no recém-nascido - fichas clínicas	2001	23/1	75
Hoje faço de bush e tu de blair - editorial	2001	23/2	3
Pneumonias em idade pediátrica, adquiridas na comunidade	2001	23/2	5
Aerocolia	2001	23/2	15
Análise do movimento da U.I.C.D.	2001	23/2	25
Alimentação da criança no grupo etário dos 1-5 anos de idade	2001	23/2	35
Adenomegalias	2001	23/2	45
Importância da urgência neonatal na urgência pediátrica	2001	23/2	55
Corticoterapia em Pediatria - texto de apoio da consulta externa	2001	23/2	63
Síndrome de Gianotti-Crosti - caso clínico	2001	23/2	65
Nem sempre o gesto é tudo, meia palavra basta... ou se é bom entendedor - um caso inesquecível	2001	23/2	69
Convulsões febris - textos para os pais	2001	23/2	73
Saúde 24 - editorial	2001	23/3	3
Dor torácica em Pediatria	2001	23/3	7
A problemática social da criança com doença cardíaca	2001	23/3	17
A integração de uma criança com doença crónica: do sonho à realidade	2001	23/3	25
Algumas reflexões sobre continuidade de cuidados e o BSIJ	2001	23/3	35
As dores da dor	2001	23/3	43
Rir é o melhor remédio	2001	23/3	53
Variantes do normal - alterações dos tegumentos - texto da consulta externa	2001	23/3	59
Baixa estatura, carotínemia, anemia e VS aumentada - Uma associação diagnóstica	2001	23/3	65
Três faltas: de calor, senso e informação. E alguma sorte... - um caso inesquecível	2001	23/3	71

Autores	Ano	Volume	Pág.
Alexandra Seabra Dinis, Manuel Salgado	2001	23/2	73
Alexandra Seabra Dinis, Manuel Salgado, Luís Moura, Nicolau da Fonseca	2001	23/3	65
Ana Luísa Teixeira	2001	23/1	17
António Amador, Gonçalo C. Santos	2001	23/1	45
Carla Moreira, Delfina Coelho, Alice Chorão, Pedro Freitas, Paulo Varela	2001	23/2	65
Carla Moreira, Isolina Aguiar, Pedro Rodrigues, Delfina Coelho, Alice Chorão	2001	23/2	45
Carmen Bento, Eduarda Osório, Luís Lemos	2001	23/2	55
Carolina Duarte, Manuel Salgado, Luís Simões de Moura	2001	23/2	15
Cristina Baptista, Lurdes Ribeiro, Marques Neves	2001	23/1	53
Elena Caramés, Lúcia Gomes, Isabel G. Gomes da Costa, Gabriela Novais, Francisco J. Silva	2001	23/3	25
Luís F. Simões de Moura	2001	23/2	63
Luís Januário	2001	23/1	3
Luís Januário	2001	23/2	3
Luís Lemos	2001	23/2	5
Luís Lemos	2001	23/3	3
M ^a Eugénia Morais, Fátima Couto, Conceição Tenreiro, M ^a José Carvalho, Helena Ribeiro	2001	23/2	35
Manuel Salgado	2001	23/1	65
Manuel Salgado	2001	23/1	75
Manuel Salgado	2001	23/3	59
Manuel Salgado, Susana Nogueira, Ana Santos	2001	23/3	71
Maria Gabriela Zagalo	2001	23/3	17
Maria Matilde Correia	2001	23/3	35
Miguel Félix	2001	23/3	7
Olga Cordeiro, Rosa Carvalho, Luísa Veiga	2001	23/3	43
Paula Gonçalves, Célia Lavaredas, Luciano Sarabando, Eduarda Osório	2001	23/1	35
Paula Gonçalves, Manuel Salgado, Luís Moura	2001	23/1	5
Paula Silva, Fernanda Rodrigues, Leonor Carvalho, Fabela Neves	2001	23/1	67
Rita Lemos	2001	23/3	53
Susana Nogueira, Fernanda Rodrigues, Luís Lemos	2001	23/1	73
Susana Nogueira, Gabriela Mimoso	2001	23/2	69
Susana Sousa, Margarida Serra, Margarida Guedes, Assunção Varela	2001	23/1	29
Teresa Gouveia, Zaida Charepe, Fátima Matos, M ^a Jesus Balseiro	2001	23/2	25



Próximos congressos Asic 2002

21 e 22 de Fevereiro de 2002	11º Encontro de Pediatria - novos conhecimentos, atitudes e práticas	Grande Hotel das Termas de Luso
2 e 3 de Maio de 2002	Crianças e jovens em risco: da investigação à intervenção	Audatório da Reitoria da Universidade de Coimbra
21 e 22 de Junho de 2002	XIX Curso de Pediatria Ambulatória	Audatório da Reitoria da Universidade de Coimbra

2ª Conferência Internacional de Tecnologia Farmacêutica

Por iniciativa do CETMED - Centro Tecnológico do Medicamento / Associação Nacional das Farmácias, realizou-se no Porto, em 29 e 30 de Novembro de 2001, a 2ª Conferência Internacional de Tecnologia Farmacêutica, subordinada ao tema "Medicamentos manipulados: uma necessidade da terapêutica".

A 2ª Conferência Internacional de Tecnologia Farmacêutica constituiu o segundo fórum de reflexão, realizado em Portugal, sobre o tema dos medicamentos manipulados.

Das conclusões desta conferência, destacamos as seguintes:

- O doente, como elemento central de toda a actividade profissional dos farmacêuticos, tem direito aos medicamentos mais adequados ao seu perfil fisiopatológico.
- Persistem razões importantes para que os medicamentos manipulados continuem a ter um lugar próprio na terapêutica medicamentosa contemporânea.
- A Dermatologia e a Pediatria são domínios em que os medicamentos manipulados constituem instrumentos imprescindíveis da terapêutica medicamentosa.
- Os farmacêuticos e as farmácias portuguesas têm vindo a desenvolver um conjunto de esforços muito significativo com vista ao relançamento dos medicamentos manipulados em Portugal.

- Neste contexto, o CETMED é uma estrutura técnico-científica de retaguarda das farmácias portuguesas, que tem vindo a disponibilizar regularmente um efectivo apoio técnico-científico aos farmacêuticos portuguesas na área da Tecnologia Farmacêutica em geral e, em particular, em matéria de preparação de medicamentos manipulados.
- O Formulário Galénico Português, editado pelo CETMED durante a 2ª Conferência Internacional de Tecnologia Farmacêutica, constitui um instrumento tecnologicamente avançado, que corresponde às necessidades actuais da terapêutica.
- O CETMED tenciona editar uma versão do Formulário Galénico Português especialmente destinada aos Prescritores.
- É desejável o reforço do intercâmbio de informação científica e técnica entre farmacêuticos e médicos, o que constituirá um contributo adicional para o relançamento dos medicamentos manipulados em Portugal.