

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.: 239 852 940
Fax: 239 852 949
E-mail: atelier@rpm.pt

Montagem e impressão
Gráfica Meinhadense

Depósito Legal nº242/82

Editorial

Lei de gestão hospitalar.
Ponto de vista do Enfermeiro ————— 3
Maria Eugénia Oliveira

Urgências em Psiquiatria da Infância e Adolescência
— Reflexões sobre o apoio prestado no Serviço de
Urgência do H.P. ————— 7
Alexandra Pais, Luísa Veiga

A história natural da primeira crise
não provocada ————— 19
Cristina Resende, Isabel Fineza, Conceição Robalo, Paula Temudo

Intoxicação aguda em crianças.
Estudo retrospectivo de 5 anos ————— 29
Marisol Anselmo, Luís Gonçalves, Manuela Calha,
Maria Filipe Barros, João Rosa, Virgílio Nereu

Que creches frequentam as nossas crianças? ——— 37
Carla Veiga, Rui Passadouro

Vigilância da gravidez — Suficiente? Adequada? ——— 43
Ângela Sperb, Fernando Graça, Maria José Costeira

Caso clínico ————— 51
Doença meningocócica insuspeita
Armandina Silva, Alexandre Freitas

Instantâneos de Benguela, por uma interna
de Pediatria ————— 59
Margarida Fonseca

Protocolo
Primeira crise convulsiva apirética, não provocada
(orientações gerais resultantes de estudo
prospectivo do S. Neurologia) ————— 67

Um caso Inesquecível
Um falso caso de maus-tratos ————— 69

Opinião
Concepções bafientas e infelizes sobre atribuições
médicas nas Direcções de Serviços/Departamentos
(Projecto de Lei de Gestão Hospitalar) ————— 71

Carta ao editor
Ginástica no banho ————— 73

Revisões bibliográficas ————— 75

Informações ————— 77



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. Poderá também ser enviado para asic.hp@mail.telepac.pt.
 - 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-mail 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.
- livro* - Klaus M, Fanaroff A. *Care of the high-risk neonate*. Philadelphia: WB Saunders, 1973.
- H. Quadros e ilustrações:
 - Não utilizar o programa de processamento de texto para criar quadros. Os dados dos quadros devem ser apresentados sem linhas ou sublinhados e as colunas devem ser separadas unicamente por uma tabulação e nunca por espaços. As instruções específicas para a preparação de cada quadro devem ser fornecidas 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 decodificado através do Excel e acompanhados do respectivo suporte de papel.
 - Sempre que não for possível entregar o trabalho em disquete mas apenas em suporte de papel, o mesmo deverá estar limpo e preciso, de modo a possibilitar a sua ulterior digitação electrónica.
 - As radiografias devem ser fotografadas pelo autor. As dimensões destas fotografias devem ser de 9 por 12 cm. As figuras podem ser: fotografia, desenho de boa qualidade, de computador ou profissional.

Lei de gestão hospitalar Ponto de vista do Enfermeiro

Parece haver algum consenso, entre os profissionais de saúde, que os serviços oferecidos aos utentes do SNS estão longe da eficiência. As razões desta situação radicam na insuficiência de meios materiais ou humanos, no subaproveitamento da capacidade instalada, falta de motivação ou falta de incentivo para fazer melhor. São os utentes que, invariavelmente, sofrem o reflexo desta situação, sendo obrigados a esperar anos por uma intervenção cirúrgica ou por uma consulta de especialidade (a face mais visível do problema), ou a tomar ao seu cuidado familiares, dependentes de cuidados, sem qualquer apoio assistencial ou ajuda financeira.

A acessibilidade aos cuidados não se confina apenas à realização de intervenções cirúrgicas e a consultas médicas, como parece ser a preocupação dominante do actual Governo na área da saúde. É fundamental garantir a universalidade do acesso e da equidade na prestação dos cuidados, e assegurar que todos tenham os cuidados adequados à sua situação. O atributo **equidade**, em saúde, não envolve apenas o conceito de igualdade, mas comporta duas dimensões: tratamento igual, de indivíduos que se encontram numa situação de saúde idêntica; tratamento adequadamente desigual, dos indivíduos em situações de saúde distintas (J. Pereira, Documento de trabalho 1/93 – Economia da Saúde).

O actual discurso de mudança encontra eco nos utilizadores dos serviços e na população em geral, porque, tratando-se de actuais ou potenciais utilizadores, desejam maior celeridade na resolução dos problemas que os afectam. Os profissionais de saúde, como encaram as mudanças?

Antes de abordar os aspectos que maior reacção provoca aos enfermeiros a proposta de alteração da lei (n.º 23/prop/26.Junho.2002), parece-nos pertinente colocar algumas questões, nomeadamente, se é evidente ter sido atingida a plena utilização da capacidade instalada, se o recurso ao sector privado para a realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica é precedido de análise rigorosa e exigente, e se foram aprofundadas ou esgotadas as medidas para conter a promiscuidade entre o sector público e o sector privado (sistema de incompatibilidades).

A proposta de alteração da lei apresentada ao Parlamento, já aprovada na generalidade, põe em causa aspectos fundamentais de formação e responsabilidade dos enfermeiros, particularmente, nas vertentes da autonomia técnica e poder disciplinar.

O Governo entende que os serviços serão mais eficientes se os médicos tutelarem os enfermeiros. Entretanto, o Senhor Ministro já inflectiu o discurso sobre a autonomia técnica, assegurando que não haverá interferência doutros profissionais nas decisões que digam respeito aos cuidados de enfermagem, o que torna incompreensível a necessidade de alterar o respectivo quadro jurídico.

Desde a segunda metade do séc. XX, a exemplo de outros países mais desenvolvidos, em virtude das exigências e expectativas dos cidadãos em aceder a níveis de qualidade de cuidados de enfermagem mais elevados, a formação académica e profissional dos enfermeiros portugueses têm vindo a traduzir-se no desenvolvimento de uma prática profissional cada vez mais complexa, diferenciada e exigente.

Cada vez mais, os conteúdos científicos leccionados nas Escolas Superiores de Enfermagem (por licenciados, mestres e doutorados em enfermagem), incluem conhecimentos e práticas **não leccionados na licenciatura em medicina**.

Na óptica de equipa pluridisciplinar, o exercício profissional do enfermeiro centra-se na relação interpessoal, individual ou em grupo, ao procurar, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença, promover os processos de readaptação e ajudar a alcançar a máxima autonomia na realização das actividades da vida, através dos processos de aprendizagem das pessoas.

Ignorar que a maior parte do trabalho que diariamente se realiza nos serviços é da responsabilidade dos enfermeiros, única profissão que assegura a continuidade dos cuidados nas vinte e quatro horas de cada dia, é uma atitude que cria uma enorme insatisfação. Ignorar o contributo que os enfermeiros da área de gestão têm dado, sob forma disciplinada, rigorosa e responsável, parece-nos contrariar todo o reconhecimento que todos os anteriores Governos evidenciaram.

Os enfermeiros da área de gestão, de acordo com os conhecimentos adquiridos nas Escolas, têm uma preocupação efectiva com a adequação dos recursos, são sensíveis aos gastos excessivos, utilizam critérios de custo-benefício nas escolhas dos materiais, preocupam-se com o bem-estar dos doentes, das famílias, e com o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores.

Não nos interessa disputar a direcção dos serviços prestadores de cuidados de saúde, uma vez que, de acordo com o estatuto actual e a tradição, deve ser ocupada por um médico, e **não vemos qualquer vantagem que seja outro técnico**. Admitir que o cargo de director de serviço possa ser ocupado por outro técnico (administrador, enfermeiro, técnico superior ou outro), é um mero exercício que apenas visa desviar o alvo para que a seta lhe acerte.

Todavia, conhecem-se experiências de gestão no Estado de Alberta (Canadá), onde os hospitais são geridos por enfermeiros profissionalizados na gestão, onde existem mecanismos rigorosos de controlo de qualidade de cuidados e acreditação de organizações (hospitais). Neste contexto, os médicos escolhem o hospital onde querem tratar os seus doentes, inter-

nam e determinam os diagnósticos, estabelecem os planos terapêuticos e avaliam a sua eficácia. Não consta que o nível de Medicina ali praticado seja de inferior qualidade à portuguesa, nem que os cidadãos canadianos tenham um nível de bem-estar inferior ao dos portugueses.

Não podemos deixar de considerar grave o ponto 5 da Proposta de Alteração da Lei de Gestão Hospitalar: "Os Directores de Departamento ou Serviço, constituem o núcleo central em torno do qual se articulam as funções essenciais de prestação de cuidados e de gestão de recursos, sendo-lhes reconhecido, em articulação com os órgãos de Administração, a autonomia na **organização do trabalho de todo o pessoal e os correspondentes poderes de direcção e disciplinar sobre todo o pessoal que integra o seu departamento ou serviço, independentemente da sua carreira ou categoria profissional**".

Este articulado avança para um modelo jurídico e orgânico que não preserva os direitos e expectativas profissionais na estratégia pluridisciplinar, não conduz à motivação do grupo mais numeroso do sector, e é duvidoso que garanta maiores ganhos em saúde, **mas reforça o poder médico**.

O Estatuto Profissional de Funcionários e Agentes da Administração Central, Regional e Local (D.L. 24/84 de 16 de Janeiro), prevê as penas disciplinares e a competência disciplinar, aplicáveis, **na generalidade**, a todos os funcionários da Administração Pública.

Mas, no que respeita às sanções ligadas à má prática de enfermagem, à semelhança do que acontece com os médicos, apenas o Conselho Disciplinar previsto na al. g), do art. 25º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, (D.L. 104/98 de 21.04), pode exercer o poder disciplinar sobre os seus membros, **a não ser que o Senhor Ministro pretenda extinguir a Ordem dos Enfermeiros**.

Pensamos que o interesse de cidadãos em particular, da sociedade em geral, possa exigir perda de regalias profissionais em todos os sectores. Não é isso que nos preocupa, mas o eventual retrocesso da profissão de enfermagem para níveis de, pelo menos, há 35 anos, o que é inaceitável.

Maria Eugénia Oliveira

saúde infantil

URGÊNCIAS EM PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA — REFLEXÕES SOBRE O APOIO PRESTADO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO H.P.*

Alexandra Pais¹ e Luísa Veiga²

Resumo

Após uma breve introdução teórica acerca das urgências em Psiquiatria da Infância e Adolescência, é apresentada a casuística (63 casos) referente ao apoio Pedopsiquiátrico prestado pelas autoras no Serviço de Urgência do H.P., em regime de prevenção, desde Maio de 1999 a Dezembro de 2001. Utilizando como metodologia um estudo descritivo, retrospectivo, contabilizam o total de chamadas anuais e meses, dia e hora em que estas são mais frequentes. Fazem a caracterização demográfica das crianças relativamente à idade, sexo e existência ou não de acompanhamento pedopsiquiátrico prévio. Analisam ainda os principais motivos de pedido de observação (problemas de comportamento, queixas somáticas e problemas familiares), tendo encontrado psicopatologia em 85% das observações, com um predomínio de distúrbios do comportamento, somatoformes e de ansiedade, para além de 56% de casos em que a problemática familiar era evidente. Descrevem o tipo de intervenções utilizadas e duração média das mesmas, bem como a orientação posterior preconizada. Discutidos os viéses e extraídas as conclusões dos resultados obtidos, constatam que, não obstante o pequeno número de casos, há concordância com a bibliografia consultada, nomeadamente quanto ao predomínio de casos do sexo feminino, psicopatologia diagnosticada e a prevalência de problemas familiares.

Terminam esta reflexão realçando as vantagens do apoio pedopsiquiátrico num Serviço de Urgência de Pediatria, nomeadamente o enriquecimento mútuo resultante de uma boa articulação Pediatra/Psiquiatra da Infância e Adolescência, restante equipa e famílias utilizadoras deste serviço.

Palavras-chave: urgência, prevenção, psiquiatria da infância e adolescência.

Summary

Following a brief theoretical introduction about the Urgencies Service on Child and Adolescent Psychiatry, a presentation is done of the 63 cases of child psychiatry support given by the authors at the Urgencies Services of HP, from May 1999 to December 2001.

*Trabalho adaptado da comunicação apresentada na reunião de Serviço de Urgência de 4 de Fevereiro de 2002.
1 Interna do 3º ano de Psiquiatria da Infância e Adolescência no Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental Infantil e Juvenil do C.H.C. 2 Assistente Hospitalar de Psiquiatria da Infância e Adolescência no Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental Infantil e Juvenil do C.H.C.

Using as a methodology a descriptive, retrospective study, the authors write up the total number of calls as well as the days and times they were more frequent. They do the demographic classification of the children according to age, gender and existence or not of previous child psychiatry attendance.

They also analyse the main reasons for the demand of an interview (somatic complaints and behaviour and family problems), having found psychopathology in 85% of the interviews, with the prevalence of behaviour anxiety and somatoform disturbances beyond the 56% of cases where the family problematics were evident.

They describe the type of intervention used and their average duration as well as the subsequent recommended guidance.

After discussing the biases and taken out the conclusions of the results obtained, they can see that in spite of the small number of cases, there is agreement with the bibliography consulted, namely in what regards the prevalence of female cases, of diagnosed psychopathology and the predominance of family problems.

The authors finish these reflections highlighting the advantages of child psychiatric support at the Paediatric Emergency Services, namely the mutual enrichment resulting from a good articulation child and adolescent psychiatry, the other members of the team and the families using the service.

Keywords: urgency, prevention, child and adolescent psychiatry.

Introdução

A oportunidade dos Psiquiatras da Infância e Adolescência do Departamento de Pedopsiquiatria do C.H.C. prestarem apoio no Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico, abriu outras perspectivas de articulação Pediatras/Psiquiatras da Infância e da Adolescência, fomentando novos laços, com o enriquecimento mútuo de ambas as especialidades e claro benefício para as crianças a que prestam assistência.

Tendo-se iniciado o apoio Pedopsiquiátrico em regime de prevenção, neste Serviço de Urgência em Maio de 1999 (anteriormente assegurado voluntariamente apenas pela única especialista existente no H.P.), propusemo-nos fazer uma análise estatística a partir dos registos da nossa experiência pessoal, face à impossibilidade da colheita de dados resultantes da experiência de todos os especialistas.

Segundo os autores (1), são poucas as urgências em Psiquiatria Infantil, muitas delas percebidas como tal, pelos adultos envolvidos (não pela própria criança), seja em casos de famílias disfuncionais, crianças em sofrimento, ou quando as instituições envolvidas falham nas suas respostas. Como é habitual em Psiquiatria da Infância e Adolescência, os adultos que sinalizam as situações de urgência incluem quer os Pais, quer os Professores, Juizes ou Médicos de Família e só excepcionalmente os adolescentes ou as crianças em crise, nomeadamente quando vítimas de situações abusivas. No Serviço de Urgência do H.P., cabe ao Pediatra a triagem destas situações, desempenhando um papel fundamental

de reconhecimento e avaliação da necessidade de orientação para a Pedopsiquiatria.

As urgências em Psiquiatria podem definir-se como situações em que existe "um distúrbio do pensamento, sentimento ou acção, para as quais é necessário um tratamento imediato" (1,2,3). Mais controversa e de limites pouco precisos é a definição de urgência em Psiquiatria Infantil, havendo quem considere apenas verdadeira urgência, aquela na qual a criança está em sofrimento, tornando-se agressiva para o meio ou para si própria; enquanto outros consideram urgência, toda a afecção psíquica ou orgânica geradora de ansiedade. Uma definição mais abrangente de urgência em Psiquiatria Infantil parece-nos ser aquela que considera "toda a situação em que o meio que rodeia a criança (família, escola, instituição) já não consegue lidar com o sintoma por ela apresentado, surgindo uma ruptura intolerável para a criança e/ou pessoas que a rodeiam e que pode levar a atitudes lesivas que requerem intervenção imediata." (3)

Estudos demográficos (1,4), apontam que 75 a 80% destas urgências são representadas por adolescentes, com mais de 13 anos. A maioria é do sexo feminino, sendo que metade dos motivos de ida à urgência é por ameaça ou comportamento suicidário, apresentando como co-morbilidade distúrbios de ajustamento, distúrbios de conduta e depressão. Frequentes também, são os distúrbios de ansiedade com queixas físicas, a recusa escolar, os distúrbios somatoformes, as psicoses e distúrbios de personalidade, bem como a anorexia nervosa, os distúrbios de conduta, abuso de substâncias e problemas físicos com sintomas psiquiátricos. A avaliação, semelhante à do ambulatório, com ênfase no exame mental, visando pesquisar psicopatologia (nomeadamente depressiva e psicótica), é variável com a idade da criança, nível de desenvolvimento e seu funcionamento, quer cognitivo, quer emocional, interpessoal, educacional e físico. É fundamental a percepção do risco existente (quer para a criança, quer para o meio), nomeadamente em casos de violência ou comportamento suicidário. É ainda necessária a avaliação da dinâmica familiar, implicando grande flexibilidade e técnicas específicas (sistémicas, cognitivo-comportamentais, psicodramáticas...), quer na articulação com a restante equipa, quer na avaliação e intervenção que decorrem em simultâneo. Sendo exigida uma avaliação no imediato, com vista a uma pronta intervenção, esta decorre muitas vezes num clima de grande emocionalidade, exigindo da parte dos técnicos competência na gestão de conflitos e capacidade de lidar com o stress, a fim de evitar prejuízo no julgamento clínico (2).

Esta avaliação, tanto pode ser fácil, como extraordinariamente difícil, pois muitas vezes as crianças e suas famílias não estabeleceram ainda uma aliança terapêutica, pelo que, tanto minimizam, como omitem ou exageram sintomas, quando se apercebem das reacções que despoletam nos outros.

Os sintomas apresentados não são patognomónicos, representando apenas um sinal de sofrimento, na medida em que um mesmo sintoma pode corresponder a diferentes quadros nosológicos (a agitação psicomotora tanto pode enquadrar-se num quadro depressivo, como num psicótico, ou num distúrbio de comportamento).

Muitas vezes a criança é um mero portador do sintoma, que traduz problemas de longa duração, uma comunicação perturbada e/ou uma disfuncionalidade familiar. Não é fácil

também, fazer diagnósticos psiquiátricos apenas em corte transversal, sendo necessário um estudo longitudinal, integrando sintomas em termos de desenvolvimento e contexto de vida de cada criança, identificando factores protectores, perpetuantes e precipitantes. Como factores precipitantes são apontadas as crises familiares (tais como divórcio, abandono, situação de doença ou morte e conflitos), problemas com os pares e na escola, mudança de residência, problemas legais e doença física com ou sem hospitalização. Assim sendo, não é de estranhar que por vezes a intervenção mais eficaz seja a identificação e orientação dos pais para tratamento, face à constatação de psicopatologia parental.

Uma criança em crise, tipicamente reflecte um sistema familiar em crise. Esta noção é indissociável da noção de urgência, já que a crise implica, sob pena de catástrofe iminente, a urgência de fazer uma escolha para pôr fim a um processo, mas também a impossibilidade de discernir a solução que se pressente possível. Um momento de crise é uma oportunidade para mudar, pois reconhecidamente existe uma maior flexibilidade do sistema familiar. A crise é começo e fim, mas também mudança do curso normal dos acontecimentos. A urgência é precisamente a resposta à crise.

Contudo, nem sempre as famílias pretendem ou aceitam essa mudança. Deste modo, colocam-se-nos cada vez mais problemas do foro médico-legal (abusos sexuais) e levantam-se questões ético-jurídicas (4), relativas por exemplo ao consentimento para tratamento e necessidade de internamento compulsivo, sendo as tentativas de suicídio e as anorexias reconhecidamente um motivo de internamento involuntário (2).

Prioritária é, sem dúvida, a segurança da criança/jovem e do meio, podendo a hospitalização ser indicada, ainda que breve, sobretudo na ausência de alternativas menos restritivas (quando o ambiente é inseguro e/ou a criança se encontra muito perturbada). Não podemos ainda esquecer a importância do apoio aos pais, sem culpabilização, podendo este ser tão paradoxal quanto o desaconselhar a permanência hospitalar da família (casos de anorexia, grande ansiedade/sobrecarga emocional dos pais, maus tratos, adolescentes...).

Outra pedra angular de toda a intervenção é a comunicação, quer com a criança, quer desta com os familiares e destes com a restante equipa terapêutica.

Encarando-se a criança e jovem como uma unidade bio-psico-sócio-cultural, afigura-se-nos fundamental a complementaridade do trabalho em equipa multidisciplinar enriquecida com o reconhecimento mútuo das especificidades Pediatria/Psiquiatria da Infância e Adolescência (5) (Quadro 1).*

Daí o projecto terapêutico dever ser conjunto, com a devida adequação à realidade do contexto hospitalar (pesando-se riscos/benefícios), integrando-se as vertentes somática, psicológica, sócio-familiar e cultural. Para isso, é fundamental uma boa articulação, com mútua acessibilidade, flexibilidade e reconhecimento, assente numa clara comunicação.

Na tentativa de conhecer parte da realidade do apoio pedopsiquiátrico na urgência do H.P., passaríamos agora à apresentação da nossa casuística.

* Este quadro evidencia as diferenças destas especialidades médicas, colocando-as em planos opostos, que sabemos serem menos acentuadas na actualidade.

Serviço de Urgência	Pediatra Psiquiatra	Avaliação @mediata
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • imediata • 1ª linha • + corte transversal • observação/intervenção 	<ul style="list-style-type: none"> • diferida • 2ª linha • transversal e longitudinal • observação/intervenção sequencial simultânea
Relação terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> • nem sempre inconveniente de diferentes Pediatras 	<ul style="list-style-type: none"> • salvo exceções, preferencialmente o mesmo Psicoterapeuta
Objectivos da intervenção	<ul style="list-style-type: none"> • curar • lidar com vida e morte 	<ul style="list-style-type: none"> • cuidar • lidar com sentir, pensar e agir
Tempo de intervenção	<ul style="list-style-type: none"> • aqui e agora • relativamente rápido 	<ul style="list-style-type: none"> • antes, durante e depois • demorado
Técnicas utilizadas	<ul style="list-style-type: none"> • sofisticadas • por vezes invasivas 	<ul style="list-style-type: none"> • sofisticadas • técnicas específicas não facilmente reconhecíveis aparentemente "só conversa"(6)
Resultados da intervenção	<ul style="list-style-type: none"> • habitualmente mais visíveis no imediato (diminuição da febre, dor) 	<ul style="list-style-type: none"> • muitas vezes só visíveis a médio e longo prazo
Limites da intervenção	impossibilidade de separação corpo/mente, perda do controle absoluto, necessidade de articulação, sem perda de identidade	

Quadro 1

Metodologia

Realizámos um estudo descritivo, retrospectivo, de todas as crianças por nós observadas, desde Maio de 1999 a Dezembro de 2001.

As fontes de informação foram as que constavam das fichas clínicas do registo de observação na urgência, valendo-nos o conhecimento pessoal dos casos e os dados estatísticos fornecidos pelo Serviço de Gestão de Doentes do H.P. (C.H.C.) (7), como termo de comparação.

Os parâmetros estudados por cada criança incluíram o sexo, idade e existência ou não de seguimento anterior por Psiquiatria da Infância e Adolescência. Para a caracterização do apoio prestado, analisou-se o total de chamadas anuais, número de chamadas por ano, mês, dia da semana e hora de chamada, origem do pedido de apoio, motivos do pedido, psicopatologia/problemas identificados, intervenções terapêuticas realizadas, duração média do apoio prestado em cada caso e orientação preconizada.

Os motivos do pedido de observação foram grosseiramente agrupados dada a grande diversidade encontrada. Tendo-se verificado mais que um motivo por criança, foram ambos contabilizados, se expressos no pedido de observação (por exemplo: problemática familiar e queixas somáticas). Quanto aos problemas detectados, atendendo à habitual classificação por eixos diagnósticos e face à co-morbilidade existente, contabilizaram-se para além dos distúrbios psicopatológicos, os problemas psicossociais mais frequentes (ex: problemática familiar, psicopatologia parental e problemas de interacção mãe / filho).

A recolha de dados e classificação foi feita pelas duas autoras. Os dados recolhidos e classificados foram lançados e processados no programa Microsoft Excel 2000, usando métodos de estatística descritiva.

Análise e discussão dos resultados

No intervalo de tempo considerado (Maio de 1999 a Dezembro de 2001) foi prestado apoio a 63 solicitações, das quais 12 são referentes a 1999, 13 a 2000 e 38 ao ano de 2001. Verificou-se um aumento de chamadas de 1999 para 2000 da ordem dos 8%. De 2000 para 2001 o número de chamadas aumentou cerca de 192%, pelo que a percentagem total de aumento, desde o início das urgências até final de 2001, foi de 217%.

Os meses nos quais se verificaram mais solicitações foram variáveis ao longo destes anos; salientando-se em 1999 Dezembro (4 chamadas); em 2000 Outubro (4 chamadas) e em 2001 (Gráfico I), Junho (7), seguido de Outubro (5) e Fevereiro, Setembro e Novembro (com 4 chamadas cada). Em 2001 verificou-se pela primeira vez a existência de solicitações ao longo de todos os meses do ano. Os períodos de férias, sendo repartidos, ainda que constantes em Agosto e Dezembro dos vários anos, não parecem constituir um viés. O dia da semana (Gráfico II) em que houve maior número de chamadas foi a 5ª feira (17), logo seguido pelo sábado (16), depois 2ª e 6ª feira. O dia com menos chamadas foi a 3ª feira, mas constitui um viés, pois apesar da escala de prevenção ser rotativa, constituída em média por 5 a 7 bancos /mês incluindo um fim-de-semana prolongado (das 13 horas de 6ª feira às 9 horas de segunda-feira), não era frequente sermos escalados à 3ª feira. Se analisarmos as chamadas existentes nos fins de semana, verificamos que representam 44% do total.

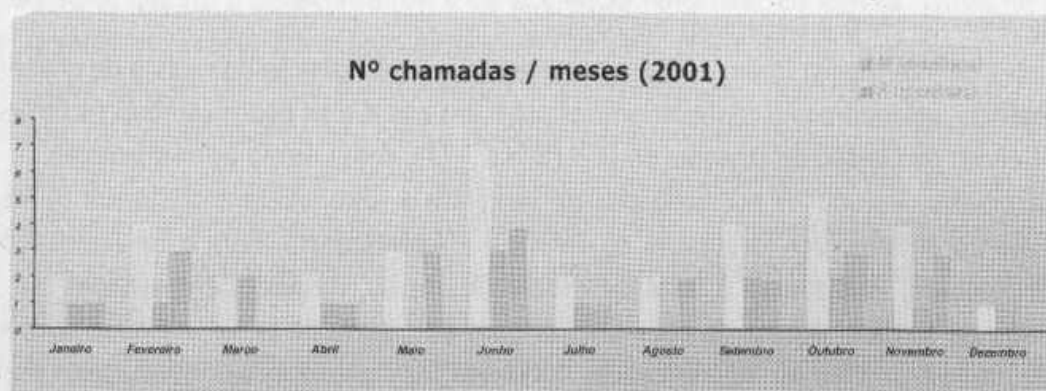


Gráfico I

Quanto ao número de chamadas diárias, na maioria há 1 chamada/dia, tendo existido algumas situações com 2 chamadas no mesmo dia e apenas uma com 3 chamadas que ocorreram praticamente em simultâneo.

Quanto ao período do dia em que se verificaram mais chamadas, este situou-se entre as 13 e as 18 horas (30), seguindo-se com igual número (16) os períodos da manhã (8h-13h) e

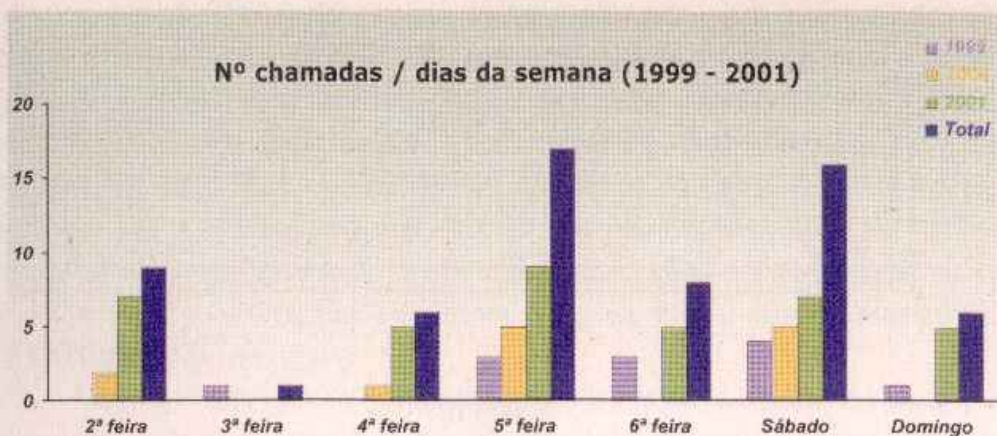


Gráfico II

da noite (18h-0h). Apesar de haver apenas 1 chamada no período das 0 às 8h, tal não corresponde à realidade do trabalho desenvolvido, pois houve casos em que tendo a chamada ocorrido perto das 0 horas, a intervenção prolongou-se para o período seguinte e houve também necessidade de um caso ser apenas observado às 8 horas da manhã, por pouca colaboração da criança que se encontrava alcoolizada na altura da chamada (23h30min). É de salientar o número elevado de chamadas no período da manhã, atendendo a que a urgência de Psiquiatria só se inicia às 13 horas nos dias úteis, sendo este apoio assegurado neste período pelo especialista responsável pela Pedopsiquiatria de Ligação e só na sua impossibilidade pelo especialista de urgência, o que compreensivelmente pode levar a atrasos na resposta às solicitações, atendendo à sobreposição com o trabalho na consulta externa.

Modificando os intervalos, respeitantes às horas de chamada, a fim de nos permitir a comparação com a estatística do H.P. (7), referente ao número total de chamadas da Pedopsiquiatria no período de Janeiro a Dezembro de 2001, considerámos os intervalos 0h-8h, 8h-16h e 16h-0h. Verificamos um certo paralelismo, pois a estes intervalos correspondem respectivamente, segundo os dados da estatística do H.P. (7), 4, 76 e 47 chamadas, tendo por nós sido observadas 3, 21 e 14 em iguais períodos de tempo.

Quanto à caracterização das crianças que recorrem à urgência da nossa especialidade, verificamos que, tal como descrito na literatura, ao analisarmos a totalidade dos 3 anos, no respeitante ao sexo, há um predomínio de raparigas com 56%. Curiosamente, os estudos demográficos referem também que a psicopatologia é mais frequente nos rapazes.

A faixa etária mais frequente (Gráfico III) localiza-se entre os 10 e os 12 anos, com um total de 40% dos casos observados. Não obstante se ter definido que a admissão no Serviço de Urgência seria até aos 12 anos e 365 dias, o facto é que neste estudo, se verifica que foram por nós observados/orientados neste serviço 12 jovens com idade superior ao limite (cerca de 20% do total da amostra). Relembrando que a literatura refere que cerca de 75 a 80% das urgências da especialidade, correspondem a jovens com mais de 13 anos, alargando-se a admissão até aos 18, será de esperar (partindo do pressuposto que a nossa amostra é representativa) um provável acréscimo de aproximadamente 60% dos pedidos de observação.

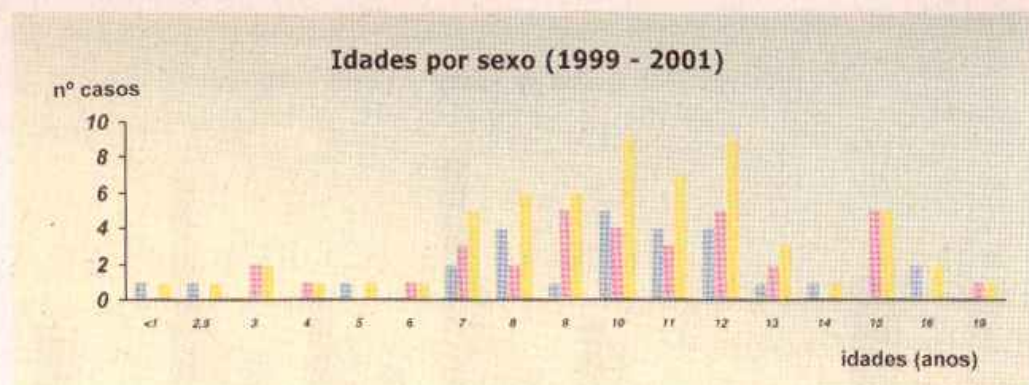


Gráfico III

Das crianças que recorreram à urgência, 73% não tinham seguimento anterior em Psiquiatria da Infância e Adolescência. Apenas 17 (27%) eram seguidas na consulta externa desta especialidade sendo 14% seguidas noutras consultas do H.P. (incluindo Psicologia, Autismo e Hiperactividade). Este facto parece apontar para o bom reconhecimento destas problemáticas no Serviço de Urgência e/ou a exacerbação da psicopatologia com as doenças orgânicas. Analisando a origem dos pedidos de observação, estes foram provenientes sobretudo da própria Urgência, correspondendo a 45 casos (71%), tendo 13 casos (21%) surgido das enfermarias do H.P. e 5 casos (8%) surgidos por via telefónica (Hospitais Distritais da Figueira da Foz e Castelo Branco e de uma Escola Secundária da Figueira da Foz). Quer os pedidos das enfermarias, quer os via telefónica, escapam à contabilização oficial, pois não ficam registados (18 casos - 29%), sendo no entanto orientados (no aconselhamento da manutenção do internamento, psicofarmacologia ou mesmo transferência) e/ou observados, algumas vezes em consulta externa.

Relativamente aos pedidos das enfermarias, a que mais solicitou foi a de Medicina com 6 casos (46%), seguida da de Ortopedia (3 casos), Queimados (2 casos) e apenas uma solicitação da Cirurgia e outra da Unidade de Cuidados Intensivos.

Os motivos justificativos de pedido de observação (Gráfico IV) foram diversificados, pelo que tivemos que agrupar os mais semelhantes, tentando na medida do possível respeitar a terminologia utilizada no pedido (ex: intoxicação inclui álcool, fármacos e drogas; problemas de comportamento incluem fugas de casa, agressividade e atitudes de oposição).



Gráfico IV

Existindo mais que um motivo para cada criança, e de acordo com a reconhecida co-morbilidade, foram ambos contabilizados, se expressos como justificativos para a observação (ex: ansiedade e problemática familiar). Incluiu-se na problemática familiar a suspeita de maus tratos, com ou sem abuso sexual, os problemas de interação mãe/filho e a ansiedade parental. Verificou-se um predomínio de problemas de comportamento (29%), logo seguido de queixas somáticas sem evidência de patologia orgânica (27%) e problemática familiar (17%). Em segundo plano aparece a depressão (8%) e as tentativas de suicídio (6%). Em outros motivos, inclui-se o mutismo, a recusa escolar e os problemas de sono, constituindo apenas 4% dos casos.

Quanto aos problemas detectados (Gráfico V), debatemo-nos novamente com a questão da coexistência de vários problemas num mesmo caso, quer relativos à criança, quer à família, reflectindo a influência da rede de suporte e a co-morbilidade existente, pelo que optámos pela contabilização de todas essas problemáticas, quando relevantes para o caso. Foi identificada psicopatologia em 85% das crianças.

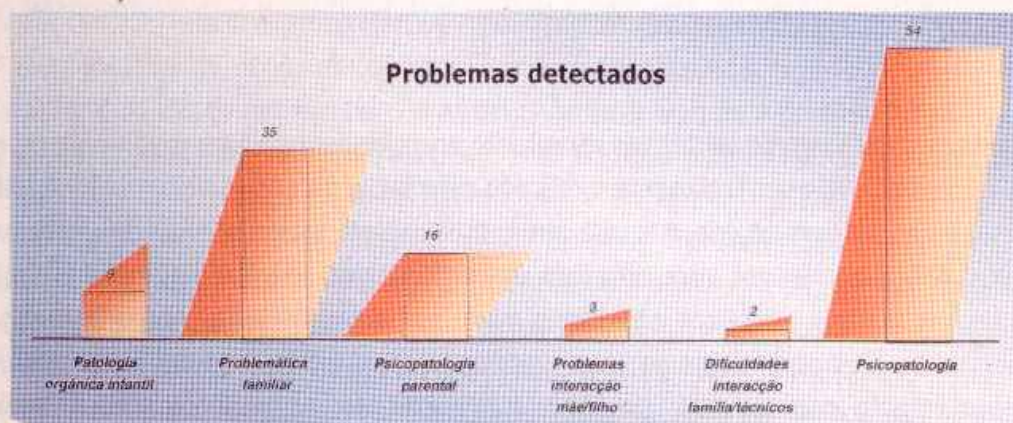


Gráfico V

Dentro da problemática familiar (56%), incluíram-se as dificuldades sócio-económicas, maus tratos, existência de patologia orgânica na família, mortes recentes e psicopatologia na família que não a nuclear. Optámos por destacar a psicopatologia parental, dada a importância, não só no equilíbrio emocional das crianças, como na tolerância e necessidade de recorrer à urgência. Esta correspondeu a um valor de 25%, incluindo casos de depressão, alcoolismo e distúrbios de ansiedade, parecendo-nos interessante em estudos posteriores correlacionar-se o tipo de patologia parental com a psicopatologia dos filhos. Somando todos os problemas relacionados com a dinâmica familiar - problemática familiar (35 casos), psicopatologia parental (16 casos) e problemas na interação mãe/filho (3 casos) - verificamos que estes existem em 85% dos casos, curiosamente em igual percentagem à da psicopatologia infantil, que poderá ou não ser coexistente.

Na análise da psicopatologia, não obstante nem sempre ser possível obter um diagnóstico definitivo, optámos por agrupar os principais sintomas detectados, em grandes grupos nosológicos. Assim, incluímos os sintomas obsessivo-compulsivos nos distúrbios de ansiedade e os sintomas conversivos nos distúrbios somatoformes. Considerámos mais do que

um distúrbio se em co-morbilidade (ex: tentativa de suicídio e distúrbio do humor). A psicopatologia encontrada (Gráfico VI), é sobretudo representada pelos distúrbios de comportamento (24%), logo seguidos pelos distúrbios somatoformes (19%). Há ainda uma grande incidência de distúrbios de ansiedade (14%).

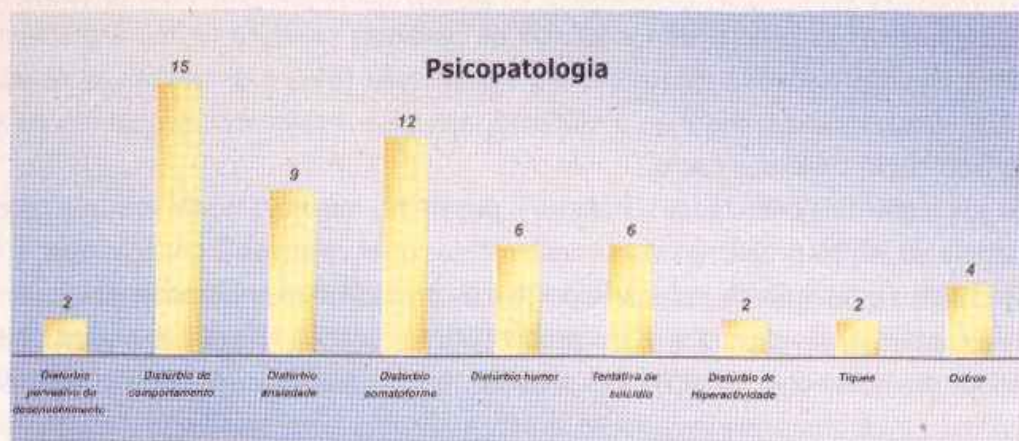


Gráfico VI

A pequena percentagem de tentativas de suicídio encontradas, comparativamente ao referido na literatura, pode ser facilmente explicada pelo facto da sua maior incidência atingir faixas etárias superiores às que maioritariamente recorrem a este serviço de urgência.

Por último, **6%** das crianças apresentavam outro tipo de psicopatologia, incluindo mutismo electivo, distúrbios psicóticos e distúrbio misto das emoções e do comportamento.

Correlacionando a psicopatologia por sexo verificou-se um nítido predomínio de distúrbios de comportamento nos rapazes, enquanto nas raparigas, se verificou uma frequência muito aproximada entre os distúrbios de humor, somatoformes e de comportamento.

Relativamente às intervenções terapêuticas, estas foram multidimensionais, preconizando-se mais do que uma para cada caso. Incluíram (Gráfico VII) psicoterapia individual com a criança (52%), intervenção familiar (41%), intervenção psicofarmacológica quer com a criança, quer com os pais (38%), e psicoterapia de suporte aos pais (14%). Foram solicitados exames complementares em apenas 4% dos casos, que incluíram EEG, TAC e pesquisa de opióides na urina. Em 87% dos casos houve articulação com outros técnicos (Pediatras da equipa da urgência, Enfermeiros, Assistentes Sociais e Psicólogos).

Quanto à duração média da intervenção, correspondendo ao tempo total de permanência do Pedopsiquiatra no Hospital e excluídas as orientações dadas apenas por telefone (cuja duração não ultrapassou os 5 minutos) esta foi de 1 hora e 50 minutos.

Do total de crianças observadas, 39 (62%) foram orientadas ou mantiveram o seguimento em consulta externa de Psiquiatria da Infância e Adolescência. Para a Pedopsiquiatria de ligação foram orientados 9 casos (14%) e tiveram alta sem necessidade de seguimento 12 casos (19%). Oito (12%) das crianças tiveram outras orientações, nomeadamente para o Médico de Família, Psicologia ou Serviço social.

O internamento foi necessário e/ou mantido em 29% dos casos observados, no total do intervalo de tempo estudado, correspondendo 5 casos a 1999, 2 a 2000 e 11 a 2001.



Gráfico VII

Conclusões

Cientes do facto deste estudo constituir apenas uma pequena amostra do trabalho realizado pelos seis Psiquiatras da Infância e Adolescência que prestam apoio ao Serviço de Urgência do H.P., apenas pretendemos neste estudo exploratório, aguçar a curiosidade e desbravar estatísticas, lançando alicerces para novos trabalhos.

Não obstante os vieses reconhecidos e as dificuldades inerentes sobretudo face à co-morbilidade existente nesta especialidade, ousámos tirar algumas conclusões, tanto mais que alguns dos resultados encontrados estão de acordo com a literatura (1,2,3,4), como sejam o não predomínio de casos em determinados meses do ano, a prevalência do sexo feminino na afluência à urgência, o tipo de distúrbios encontrados e o impacto da psicopatologia familiar. Atendendo a que nesta estatística se encontrou 85% de psicopatologia nas crianças, tendo apenas 27% acompanhamento prévio pela nossa especialidade, é de realçar a importância da sinalização da psicopatologia no Serviço de Urgência, seja por uma maior sensibilidade e treino no reconhecimento da mesma pelos Pediatras, seja pelo facto das doenças orgânicas exacerbarem e/ou despoletarem a psicopatologia subjacente.

Assim sendo, parece-nos justificar-se plenamente a necessidade do apoio pedopsiquiátrico nestes serviços, tanto mais que daí advêm inúmeras vantagens, tais como:

- Complementaridade, permitindo uma visão holística da criança.
- Maior percepção sistémica da saúde (criança, família, técnicos de saúde).
- Maior humanização com uma melhor resposta às necessidades das crianças e suas famílias.
- Gratificação com o trabalho hospitalar.
- Partilha de experiências.
- Formação mútua.
- Situações problemáticas (crianças violentas, maltratadas, risco de morte) podem levar ao fortalecimento de relações com suporte mútuo.
- Progressivo maior reconhecimento da especificidade da Psiquiatria da Infância e Adolescência.
- Enriquecimento clínico – experiência mais diversificada (psicopatologia distinta da encontrada em ambulatório).
- Melhoria na formação de Internos de ambas as especialidades.

Devendo teoricamente a quantificação deste trabalho corresponder a 1/6 do apoio pedopsiquiátrico prestado neste Serviço de Urgência, os casos por nós observados corresponde-

ram a cerca de 1/3 da estatística global oficial (7), (38 casos para um total de 127 em 2001) parecendo confirmar, e de acordo com as falhas anteriormente identificadas, que aquela contabilização não traduz a realidade do trabalho Pedopsiquiátrico desenvolvido. Analisando a estatística do H.P. (7), verificamos que houve um aumento de 227%, comparando o 1º semestre de 2000 com o de 2001, ainda que, como já concluímos, não reflita a totalidade do nosso trabalho, pois não há registo de contactos telefónicos, contabilização de pedidos de observação urgente provenientes das enfermarias, nem das várias chamadas para o mesmo caso (que na nossa estatística correspondeu a 29% do total das observações), para além do provável esquecimento de sinalização na folha de registo da existência de observação pedopsiquiátrica.

Os registos médicos disponíveis foram insuficientes para um trabalho mais aprofundado, tendo sido fundamental para este pequeno estudo exploratório o conhecimento e registo pessoal dos casos clínicos.

Futuramente, parecem-nos importantes alguns ajustes estatísticos, com standardização dos registos, possibilitando novos e mais completos trabalhos, para os quais desejaríamos ter, com este estudo, contribuído com alguns bits, certas de que, só de uma boa articulação surgirá uma síntese criativa que ultrapasse a mera soma do saber das partes.

Bibliografia

1. Tomb David A. Emergências em Psiquiatria Infantil. In: Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência. Lewis, Melvin. Ed. Artes Médicas, 1995: 943-950, 1292p.
2. Kaplan and Sadocks Psychiatric Emergencies. In: Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry. 8 th ed. 1998: 864-872, 1331p.
3. Coelho Alda Mira; Lima Raquel Quelhas; Sousa Albino Ramos Oliveira. Urgência em Pedopsiquiatria no Centro de Saúde Mental Infantil e Juvenil do Porto, Revista Portuguesa de Pediatria, 1993; 24: 49-53.
4. Coelho, Mário e colaboradores. Urgências Pediátricas e Casuística do Hospital Dona Estefânia. Prémio Bial da Medicina Clínica, 1996; 283p.
5. Bryan Lask. Pediatric Liaison Work. In: Rutter Michael, Hersov Lionel. Child and Adolescent Psychiatry. 3rd Ed., Oxford, Blackwell Scientific Publications. 1994: 996-1005, 1122p.
6. Cepêda Teresa. Articulação entre a Pedopsiquiatria e outras Especialidades Médicas. Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria. Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e Adolescência, 1992: 3: 41-45.
7. Estatística Centro Hospitalar de Coimbra. Dados fornecidos pelo Serviço de Gestão de Doentes do Hospital Pediátrico. Urgências por especialidade - SONHO - mapas 21 a 36, de 2001.

Agradecimentos: A todos os Colegas que connosco partilharam as suas experiências de trabalho no Serviço de Urgência, à Dr.^a Beatriz Pena e Dr.^a Olga Cordeiro pela bibliografia gentilmente dispensada e à Dr.^a Beatriz Brinca por nos facultar a estatística do H.P., à ASIC pela flexibilidade demonstrada na cedência dos meios audiovisuais. Por estes agradecimentos se constata a importância de uma boa articulação para a prossecução de um trabalho.

Correspondência: Luísa Veiga

Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental Infantil e Juvenil do C.H.C.

Rua Alexandre Herculano, 17

3030 Coimbra

A HISTÓRIA NATURAL DA PRIMEIRA CRISE NÃO PROVOCADA

Cristina Resende¹, Isabel Fineza², Conceição Robalo², Paula Temudo³

Resumo

Com o objectivo de conhecer a história natural da primeira crise não provocada, determinar o número total de crianças que desenvolveram epilepsia, o número total de fenómenos paroxísticos não epiléticos e sobretudo identificar factores de risco de recorrência após o primeiro episódio convulsivo, apresenta-se o resultado de um estudo prospectivo de 206 crianças que recorreram ao Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico Coimbra nos anos de 1996, 1997 e 1998 por uma primeira crise convulsiva não provocada.

A mediana de idade das crianças foi de 4 anos; um terço (36%) tinha idade pré-escolar (4-7 anos).

Cinquenta e cinco (33%) crianças repetiram o episódio; em 60% dos casos tal ocorreu nos primeiros três meses após a primeira crise.

As crianças com EEG normal, tiveram significativamente menos recidivas ($p < 0,01$) ao passo que as crianças com crises parciais tiveram significativamente mais recidivas. ($p < 0,01$).

A história familiar, de convulsões febris e as alterações no exame neurológico não influenciaram a taxa de recidiva.

Palavras-chave: primeira convulsão, recorrência, factores de risco.

Summary

With the objective to investigate the natural history of the first unprovoked seizure, to determine the total number of children that developed epilepsy, the total number of non epileptic paroxystic phenomena and to identify prognostic factors, we prospectively followed 206 children admitted to our Hospital with a first unprovoked seizure during the years 1996, 1997 and 1998.

1 Interna de Pediatria Hospital Pediátrico de Coimbra (HP).

2 Neuropediatra do Centro de Desenvolvimento do HP.

3 Psicóloga do Centro de Desenvolvimento do HP.

The median age at first seizure was 4 years and in 36% was during pre-school age (4-7 years).

The total number of children who relapses was 55 (33%) and 60% of the relapses happened before the fourth month of follow-up.

Positive family history, abnormal neurologic examination and positive history of febrile seizures didn't affect relapse rate. Normal EEG was a factor of good prognosis and recurrence rates were highest in children with partial seizures.

Keywords: first epileptic seizure, recurrence, risk factors.

Introdução

Uma primeira convulsão ou um primeiro episódio crítico são situações que desencadeiam uma enorme preocupação familiar. São quase sempre acompanhadas de grande dramatismo, dadas as particularidades da apresentação clínica. Geralmente há grande expectativa no esclarecimento imediato do problema. Espera-se a realização de um EEG o mais rapidamente possível, um medicamento e avançar, desde logo, com dados sobre o prognóstico.

Há vários estudos realizados com o objectivo de identificar o risco de recorrência de uma primeira convulsão, com resultados variáveis (1-12); em média, só um terço das crianças com um primeiro episódio crítico recidivam (1). Um estudo prospectivo realizado por Hauser *et al* (2) estimou um risco de recorrência cumulativo de 14%, 29% e 34% respectivamente no primeiro, terceiro e quinto anos após o primeiro episódio. Shinnar *et al* encontraram um risco maior- 29%, 37% e 42% no primeiro, segundo e quinto anos (3, 4).

Contudo ainda não há consenso na abordagem de uma criança com a primeira crise não provocada, quer quanto ao início da terapêutica anti-epiléptica quer quanto à oportunidade da realização de exames complementares de diagnóstico.

Foi objectivo deste trabalho, determinar a percentagem de crianças que desenvolveu epilepsia e tentar identificar os factores de prognóstico neste grupo de crianças, de forma a conhecer a história natural da primeira crise não provocada.

Foi também avaliado o desenvolvimento das crianças que integraram o estudo, comparando o desenvolvimento dos que evoluíram para epilepsia com as restantes.

Métodos

Estudo prospectivo das crianças que recorreram ao Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra (HP) por uma primeira crise convulsiva não provocada entre Janeiro 1996 e Dezembro 1998.

Foram analisados: sexo, idade, tipo de crise (classificadas de acordo com a classificação actual da Liga Internacional contra a Epilepsia) (13, 14), antecedentes no período neonatal, antecedentes familiares de epilepsia, antecedentes pessoais de convulsão febril. Foram

excluídas do estudo as crianças com convulsões no período neonatal. Foram também excluídas as ausências, mioclonias e os espasmos infantis.

Foram efectuados três consultas no 3º, 6º e 12º mês após a primeira crise.

Foi realizado um EEG antes da primeira consulta e efectuada avaliação neurológica e cognitiva na primeira consulta. Aplicou-se o teste de Growing Skills nas crianças com idade ≤ 5 anos e a W.I.S.C. (adaptação de J. F. Marques - 1970) nas crianças com idade ≥ 6 anos.

Foi feita reavaliação cognitiva dois anos após a primeira crise, nas crianças que se mantinham em consulta.

Para comparação dos dois grupos (com ou sem recorrência) foi utilizado a prova do χ^2 . Foi estabelecido como nível de significância estatística um $p < 0,01$.

Resultados

Durante o período do estudo recorreram ao serviço de urgência do HP 206 crianças com uma primeira crise não provocada, 109 (53%) do sexo masculino. Apresentavam uma mediana de idade de 4 anos, variando entre os 4 meses e os 14 anos.

Setenta e cinco crianças (36%) tinham de 4 a 7 anos de idade (Figura 1).

Em 31 crianças, 15% da nossa amostra, tratavam-se de fenómenos paroxísticos não epilépticos, na maioria das quais (39%) eram lactentes. ($p < 0.01$) (Figura 2).

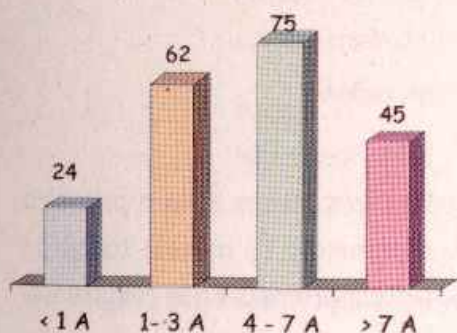


Fig. 1 - Idade das crianças com 1ª crise não provocada.

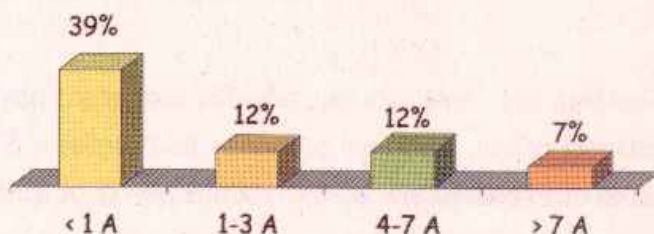


Fig. 2 - Idade das crianças com FPNE.

Não foi possível o seguimento de 12 crianças. **Após a primeira crise, houve recorrências em 55 crianças (33%),** excluídos os FPNE (Fig. 3).

O estudo das variáveis, referidas em material e métodos foi feito em 166 crianças (excluídas as perdidas para seguimento e os fenómenos paroxísticos não epilépticos (convulsivos) e foram comparados os dados no grupo sem recorrências (111 crianças) com o grupo com recorrência após a primeira crise (55 crianças) (figura 3).

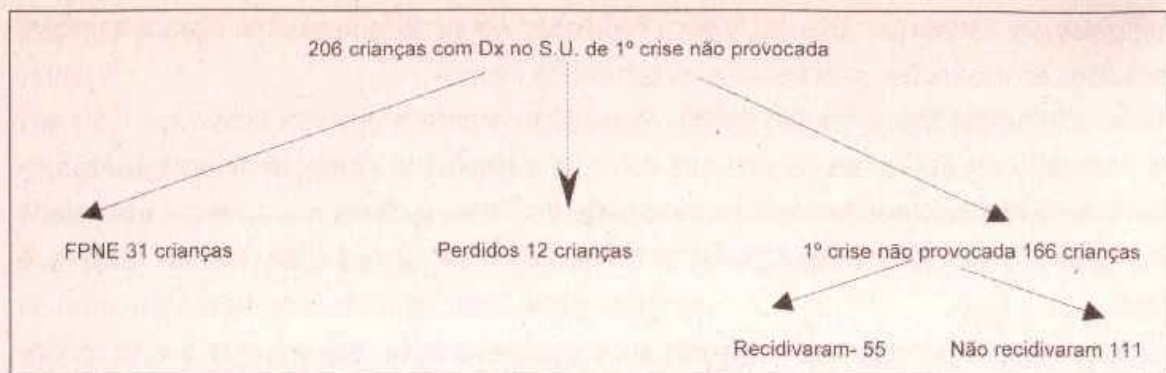


Fig. 3 - Amostra.

A mediana de idade das crianças que recidivaram foi de 6 anos, variando entre os 4 meses e os 11 anos sem predomínio etário (Figura 4).

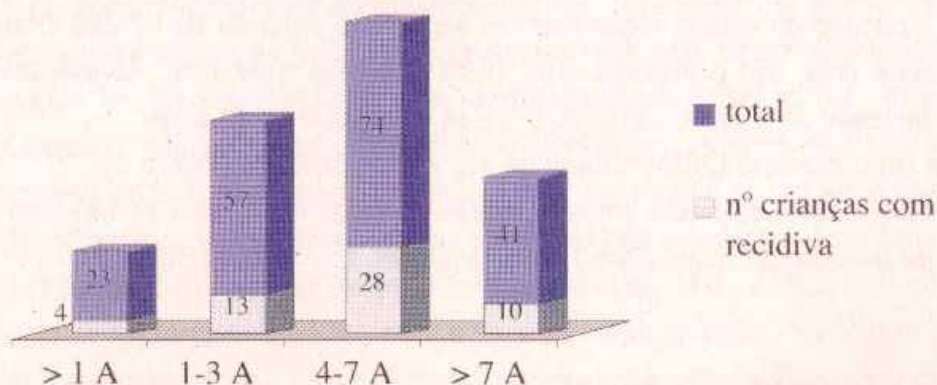


Fig. 4 - Distribuição etária das crianças com recidiva.

Sessenta por cento das recorrências ocorreram nos primeiros três meses após o primeiro episódio crítico, 73% nos primeiros seis meses e 93% nos primeiros 12 meses; todos os casos que recidivaram fizeram-no nos primeiros 18 meses após a primeira crise (Figura 5).

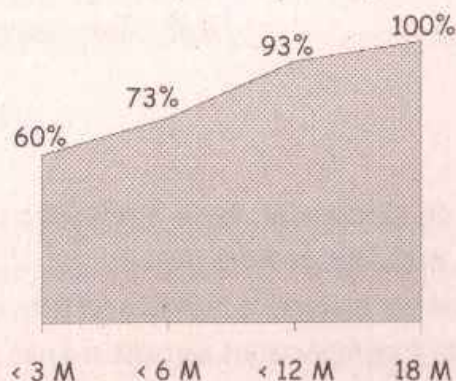


Fig. 5 - Timing da recidiva.

Todas as crianças que não recidivaram foram seguidas por ≥ 2 anos.

Das crianças que recidivaram, 41 (74,5%) evoluíram para epilepsia parcial; em 18 crianças (33 %) foi feito o diagnóstico de epilepsia parcial benigna da infância (Quadro 1).

As crianças com crises parciais apresentam uma taxa de recorrência superior à das crianças com crises generalizadas (57% vs 23%). ($p < 0,01$)

Em 64 (58%) das crianças com EEG normal não houve recidiva; das 55 que recidivaram só 14 (25%) tinham um EEG normal. ($p < 0,01$)

Não se encontrou associação estatisticamente significativa entre a taxa de recidiva e as variáveis estudadas: *antecedentes familiares de epilepsia ou pessoais de convulsões febris, alterações no período neonatal e alterações do exame neurológico.*

Foram prescritos antiepilépticos a 45 (82%) das 55 crianças que recidivaram. Em 95% foi feita monoterapia - Valproato em 45% dos casos. Das crianças que evoluíram para epilepsia, 87% já estão controladas (sem crises) e apenas 29% estão medicadas.

Quadro 1 - Classificação dos Síndromes Epilépticos.

Epilepsia Parcial	41 (74,5%)
EPBI	18 (32,7%)
Ep. Parcial Sintomática	8 (14,5%)
Ep. Parcial Criptogénica	15 (27,2%)
Epilepsia Generalizada	12 (21,8%)
Ep. Generalizada Idiopática	12 (21,8%)
	(2 foto-sensíveis)
POCS	1 (1,8%)
Não Classificadas	1 (1,8%)

Realizaram avaliação cognitiva 144 crianças (87 % da amostra). Não foi possível a avaliação cognitiva de 22 crianças por indisponibilidade ocasional de psicóloga no dia da consulta. Os factores de risco deste grupo de crianças não eram diferentes do restante. Foram avaliadas 91 crianças com Growing Skills e 53 com a W.I.S.C. Comparados os resultados das W.I.S.C. nas crianças que evoluíram para epilepsia com as que não evoluíram, verificamos que não houve diferença quer no QI verbal, quer no QI de realização ou QI global (107 vs 105) (Quadro 2).

Nas crianças com idade inferior a 6 anos que realizaram Growing Skills verificou-se também que o perfil de desenvolvimento foi sobreponível nos dois grupos.

Nas 20 crianças (36%) que se mantinham em consulta dois anos após a primeira crise e realizaram nova avaliação cognitiva, verificamos não haver diferença entre a primeira e a segunda avaliação.

Quadro 2 - Avaliação cognitiva

	Com Epilepsia N = 21	Sem Epilepsia N = 3
QIV - x	110,1	107
sd	10,2	12
QIR	102	102
	6,6	12,7
QIG	107	105
	7,6	10

Das quatro crianças que tiveram uma primeira crise não provocada e atraso de desenvolvimento grave, todas recidivaram.

Discussão

Quando um clínico é confrontado com uma criança com uma primeira crise paroxística formulam-se várias questões: a primeira é se os episódios são de facto convulsões e se o são, qual o risco de desenvolver epilepsia. Recentes estudos consideram duas convulsões não provocadas como critério mínimo de diagnóstico de epilepsia (5, 12, 13).

A **percentagem de recidivas observada foi de 33%**, idêntico ao encontrado na literatura recente (3-6) e inferior aos 69% encontrados por Hirtz et al (7) e 52% Camfield et al, (8); contudo, nestes dois estudos, foram usados diferentes critérios de inclusão.

Houve 31 crianças (15%) com fenómenos paroxísticos não epilépticos, com predomínio em idades inferiores a um ano; este dado pode ser justificado pelo facto do padrão convulsivo nesta idade ser inespecífico devido à imaturidade cerebral, podendo fenómenos como espasmo do choro, padrões anómalos do movimento, parassónias nomeadamente terrores nocturnos, ser facilmente confundidos com episódios críticos. Na literatura consultada, apenas Stroink (9) faz referência a estes episódios e comenta também a ausência de discussão sobre os critérios usados para o diagnóstico diferencial de fenómenos paroxísticos epilépticos e não epilépticos, sobretudo em idades precoces onde este diagnóstico é mais difícil.

Verificámos que as variáveis, sexo, história familiar de epilepsia, antecedentes pessoais de convulsões febris e alterações no exame neurológico não apresentaram influência na taxa de recidiva. Quando comparados com outros estudos, verificamos resultados semelhantes no sexo (2, 6), assim como a história familiar de epilepsia (6-8). Quando aos antecedentes de convulsões febris, os resultados encontrados são contraditórios; há um estudo em que lhes atribui um maior risco de recidiva (3), mas noutro estudo mais recente (12), tal já não é verificado.

No nosso estudo, as alterações do exame neurológico, não apresentaram influência sobre a taxa de recidiva, que poderá ser explicado pelo facto da nossa amostra ser relativamen-

te pequena e as crianças terem sido avaliadas inicialmente no serviço de urgência por pediatras gerais e não por neuropediatras. O grupo de crianças com crises parciais tem significativamente mais recidivas, o que está de acordo com o encontrado na literatura (7, 8).

As recorrências ocorreram em 60% dos casos nos primeiros três meses após a primeira crise. Na Índia, Das CP¹¹ encontrou-o em 80% (11).

Recentemente Gilbert e Buncher concluíram que a informação fornecida pelo EEG numa primeira crise não provocada é muito baixa para se justificar a sua realização sistemática devendo apenas fazer-se em casos seleccionados (15); contudo, a Academia Americana de Neurologia recomenda a realização de EEG como parte da avaliação de uma criança com uma primeira convulsão não provocada (16).

Os resultados da avaliação cognitiva não apresentaram diferença significativa no grupo de crianças com idade superior ou igual a 6 anos que recidivou, e não se observou regressão cognitiva dois anos após a primeira crise no grupo de crianças que evoluiu para epilepsia. Das crianças que evoluíram para epilepsia 87% estão controladas e 67% estão sem tratamento, denotando a grande benignidade da epilepsia do grupo em estudo, relacionada com a grande facilidade de controlo do mesmo.

Conclusão

Tal como outros trabalhos (1-9) verificaram, a maioria das crianças com uma primeira crise paroxística não provocada, não evolui para epilepsia em 67% dos casos.

Quando desenvolve epilepsia, fá-lo nos primeiros 12 meses após a primeira crise.

São na maioria situações benignas, pois 87% estão controlados antes de dois anos de evolução em regime de monoterapia.

O seguimento destas crianças pode ser realizado numa consulta de pediatria geral por um período de 18 meses, não se justificando a realização sistemática de EEG após a primeira crise.

Bibliografia

1. Hauser WA, Anderson VE, Loewenson RB, McRoberts SM. Seizure recurrence after a first unprovoked seizure. *N Engl J Med* 1982; 307: 522-8.
2. Hauser WA, Rich SS, Annegers JK, Anderson VE. Seizure recurrence after a first unprovoked in childhood: an extended follow-up. *Neurology* 1990; 40: 1163-70.
3. Shinnar S, Berg AT, Moshe SL, Shinnar R. The risk of seizure recurrence following a first unprovoked afebrile seizure in childhood: an extended follow-up. *Pediatrics* 1996; 98: 216-225.
4. Shinnar S, Berg AT, O'Dell C et al. Predictors of multiple seizures in a cohort of children prospectively followed from the time of their first unprovoked seizure. *Ann Neurol* 2000; 48: 140-147.
5. Hauser WA, Rich SS, Lee JR. The risk of recurrent seizures after two unprovoked seizures. *N Engl J Med* 1998; 338: 429-434.
6. Shinnar S, Berg AT, Moshe SL, Shinnar R. The risk of seizure recurrence following a first unprovoked seizure in childhood: a prospective study. *Pediatrics* 1990; 85: 1076-85.

7. Hirtz DG, Ellenberg JH, Nelson KB. The risk of recurrence of nonfebrile seizure in children. *Neurology* 1984; 34: 637-41.
8. Camfield PR, Camfield CS, Dooley JM, Tibbles JAR, Fung T and Garner BG1984. Epilepsy after a first unprovoked seizure in childhood. *Neurology* 1985; 35: 1657-60.
9. Stroink H, Brouwer OF, Arts WF et al. The first unprovoked in childhood: a hospital based study of accuracy of the diagnosis, rate of recurrence and long-term outcome after recurrence. Dutch study of epilepsy in childhood. *J Neur NeuroSurg Psychiatry* 1998; 64: 595-600.
10. Sillanpaa M, Jalava M, Kaleva O, Shinnar S. Long term prognosis of seizures with onset in childhood. *N Engl J Med* 1998; 338: 1715-22.
11. Das CP, Sawhney IM, Lal V, Prabhakart S. Risk of recurrence of seizures following single unprovoked idiopathic seizures. *Neurol India* 2000; 48: 357-360.
12. Ramos Lizana J, Cassinello Garcia E, Carrasco Marina LL et all. Seizure recurrence after a first unprovoked seizure in childhood: a prospective study. *Epilepsia* 2000; 41: 1005-1013.
13. Commission on Epidemiology and Prognosis, International League Against Epilepsy. Guidelines for epidemiologic studies on Epilepsia 1993; 34: 592-596.
14. Commission on Classification and Terminology of International League Against Epilepsy. Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. *Epilepsia* 1981; 22: 489-501.
15. Gilbert DL, Buncher R. An EEG should not be obtained routinely after first unprovoked seizure in childhood. *Neurology* 2000; 54: 635-41.
16. Hirtz D, Ashwal S, Berg A, Bettis D and al. Practice parameter: Evaluating a first nonfebrile seizure in children. Report of the quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology, the Child Neurology Society, and the American Epilepsy Society. *Neurology* 2000; 55: 616-623.

INTOXICAÇÃO AGUDA EM CRIANÇAS. ESTUDO RETROSPECTIVO DE 5 ANOS

Marisol Anselmo¹, Luis Gonçalves¹, Manuela Calha², Maria Filipe Barros², João Rosa², Virgílio Nereu³

Resumo

As Intoxicações agudas (IA) na criança são uma situação de extrema importância, pela sua frequência e potencial de gravidade.

Realizou-se um estudo retrospectivo dos 334 casos de IA observados no Serviço de Urgência entre Janeiro de 1996 e Dezembro de 2000, com o objectivo de conhecer a epidemiologia e gravidade das IA nas crianças da área de actuação do Hospital Distrital de Faro.

A maior incidência foi no sexo masculino (57%) e no grupo etário entre 1 e 4 anos (82%). A maioria das IA ocorreram no domicílio (99,7%) e no período de tempo das 12 às 24 horas (74%). Ocorreram de forma acidental 97% das IA, 2% de forma iatrogénica e 1% deliberada. Os tóxicos mais frequentes foram os medicamentos (43,7%) e os produtos domésticos de uso corrente (32,7%). Necessitaram de internamento 43% das crianças. Registou-se 1 óbito (0,3%).

Conclusão: Foi possível identificar potenciais grupos e factores de risco de forma a desenvolver medidas de prevenção e protecção da criança.

Palavras-chave: intoxicação, criança.

Summary

Acute Intoxication (AI) in children is a extremely important pathology, accounting for the frequency and potential gravity.

A retrospective study was done between January of 1996 and December of 2000 including 334 cases of AI, with the objective of knowing the epidemiology and gravity of AI of children in Algarve.

The higher incidence was found in male (57%), and in 1-4 year group (82%). Most of AI occurred at home between 12 and 24 hours (74%); 97% of the AI were accidental, 2% iathrogenic and 1% self poisoning attempts. Drugs were the most common cause of AI (43,7%), followed by household products (32,7%). Only 43% were admitted and 1 death was noticed.

Conclusion: trying to improve preventing measures, we defined risk groups to AI for paediatric population in Algarve.

Keywords: intoxication, children.

1 Interno de Pediatria.

2 Assistente Hospitalar de Pediatria.

3 Chefe de Serviço de Pediatria.

Serviço de Pediatria do Hospital Distrital de Faro.

Introdução

As Intoxicações agudas (IA) constituem uma importante causa de mortalidade e morbidade em qualquer idade pediátrica e em particular no grupo etário entre 1 e 4 anos (1-6). Muitas das IA resultam da ignorância e descuido dos pais e educadores, pelo que se torna urgente criar medidas rigorosas de actuação (3).

Desde 1957 e por recomendação da Organização Mundial da Saúde, tem-se dado crescente importância ao estudo e prevenção dos acidentes na infância e, em particular, às IA (7). Existem factores que contribuem para a actual importância desta situação como: a exponencial comercialização de novos produtos químicos para várias utilizações; o crescente acesso aos medicamentos por parte dos adultos bem como a inadequada arrumação e embalagem destes produtos (8).

Pretende-se com este trabalho, conhecer a epidemiologia e gravidade das IA nas crianças residentes na área de actuação do Hospital Distrital de Faro (HDF), com vista à implementação de medidas de prevenção primária.

Material e métodos

Efectuou-se um estudo retrospectivo incluindo todas as crianças com idade inferior a 12 anos, que recorreram ao Serviço de Urgência (SU) do HDF, com o diagnóstico de IA, no período de tempo compreendido entre Janeiro de 1996 e Dezembro de 2000.

Os dados foram obtidos através da consulta das fichas clínicas do SU e dos processos das crianças internadas na Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) e na enfermaria de Pediatria.

Os parâmetros analisados foram: idade, sexo, área de residência, local de intoxicação, hora de chegada ao SU, distribuição mensal, tipo de intoxicação (acidental, iatrogénica, ou deliberada), tóxicos, sintomatologia, características dos internamentos, terapêutica instituída, evolução clínica e mortalidade.

Na impossibilidade de precisar a hora exacta da intoxicação, através da consulta dos processos clínicos, optou-se por analisar a hora de chegada ao SU e a partir daí definiram-se 4 períodos: 0-6 horas, 6-12 horas, 12-18 horas e 18-24 horas.

Classificaram-se os tóxicos nos seguintes grupos: medicamentos, pesticidas e raticidas, petróleo e derivados, gás, álcool e produtos domésticos de uso corrente (nos quais se incluíram: a lixívia, detergentes, óleos de limpeza, naftalina e outros ácidos e bases de uso caseiro), de acordo com o já descrito na literatura (1,3).

Considerou-se intoxicação *acidental* quando foi realizada de forma não intencional e por iniciativa individual da criança, *iatrogénica* sempre que existiu erro na prescrição e/ou posologia de um medicamento, *deliberada* quando foi demonstrada voluntariedade no acto ou quando induzida por um adulto (1,3,5,7-9).

Foram considerados dois tipos de terapêutica: geral e específica. A terapêutica geral engloba as medidas de suporte e manutenção dos parâmetros vitais, diminuição da absorção e aceleração da excreção do tóxico. A terapêutica específica corresponde à utilização de antídotos ou neutralizadores do tóxico (1,5).

Resultados

De Janeiro de 1996 a Dezembro de 2000 foram observadas no SU do HDF, 334 crianças com IA. Não houve variações significativas durante os 5 anos, em relação ao número de casos por ano. As IA corresponderam a 0,3% do total de observações e a 3,2% do total de internamentos na UCID, nesse período de tempo.

Houve um predomínio no sexo masculino (57%) e nas crianças residentes em área urbana (79%). A maioria das intoxicações ocorreu no domicílio (99,7%).

Em relação à idade de ocorrência da IA o grupo etário entre 1 e 4 anos foi o mais atingido, com 82% dos casos (Fig.1).

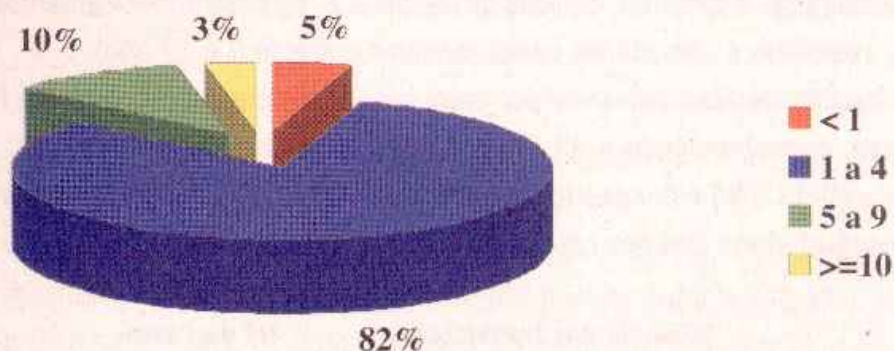


Figura 1 – Distribuição por grupos etários.

Houve um predomínio de IA nos meses de Primavera e Verão, sendo Agosto o mês em que houve maior número de casos (Fig.2).

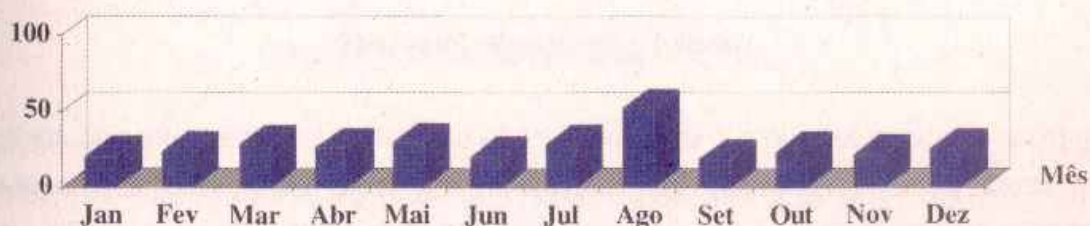


Figura 2 – Distribuição mensal.

Recorreram ao SU no período das 12 às 24 horas 74% das crianças, porém, 46% dizem respeito ao período das 18-24 horas (Fig.3).

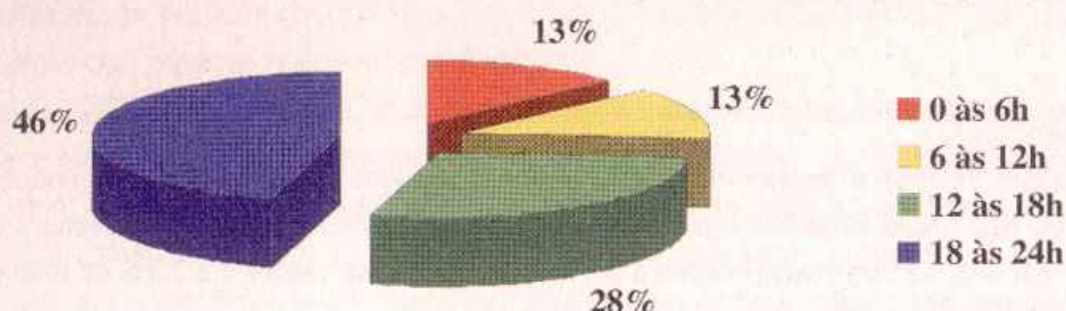


Figura 3 – Hora de chegada ao Serviço de Urgência.

As IA foram acidentais em 97% dos casos; em 6 crianças (1,8%) a intoxicação foi iatrogénica, todas por sobredosagem medicamentosa. Das 4 crianças (1,2%) intoxicadas de forma deliberada: 2 tomaram bebidas alcoólicas e 2 ingeriram medicamentos; eram todas do sexo masculino e com idades compreendidas entre os 9 e 12 anos.

As intoxicações medicamentosas e por produtos domésticos de uso corrente foram as mais frequentes, correspondendo a 43,7% e 32,7% respectivamente; seguidas, das intoxicações por gás (13,2%) e por pesticidas/ raticidas (4,2%). Não foi possível identificar o tóxico responsável em 1,2% dos casos (Tabela 1).

Etiologia das Intoxicações	Nº de Casos
Medicamentos	146
Produtos Domésticos	108
Gás	44
Pesticida/Raticida	14
Petróleo	8
Álcool	3
Outro	7
Desconhecido	4

Tabela 1 – Etiologia das Intoxicações.

Em todos os grupos de tóxicos, o sexo masculino foi o mais frequentemente atingido. Na Tabela 2 apresentamos os vários tipos de medicamentos implicados nas IA, salientando-se que os sedativos e os analgésicos são os mais frequentes (18,5% e 14,4% respectivamente).

Os produtos domésticos de uso corrente foram a segunda causa de IA com 32,3% dos casos (Tabela 3): os detergentes e a lixívia foram os mais utilizados.

Medicamentos nas IA	Nº de casos
Sedativos	27
Analgésicos	21
ACO	17
Antibióticos	11
Cardiovasculares	11
Vitaminas	8
Broncodilatadores	7
Anticonvulsivantes	6
Desconhecidos	7

Tabela 2 – Medicamentos Implicados nas IA (n = 146 casos).

Produtos Domésticos	Nº de Casos
Detergentes	31
Lixívia	29
Ácido	11
Diluente	8
Naftalina	1
Cáustico	1
Outros	24

Tabela 3 – Produtos domésticos (n = 108).

Foram encontrados sinais e/ou sintomas em 135 crianças (40,4%). Os quadros clínicos foram constituídos essencialmente por sintomatologia: gastrointestinal (48,8%), neurológica (35,5%) e respiratória (Fig.4). Houve 4 casos de coma por: intoxicação medicamentosa, gás, álcool e diluente.

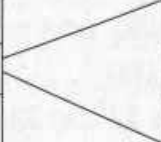
Gastrointestinal	66		Coma	4
Neurológico	48		Prostração	33
Respiratório	6		Ataxia/Disartria	11
Cardíaco	1			
Outros	14			

Figura 4 – Sintomatologia inicial (n = 135).

Foram internadas 144 crianças (43%), das quais 77% por um período inferior a 24 horas. O tempo médio de internamento foi de 14,5 horas, variando de 2 horas a 6 dias. Os internamentos corresponderam a 54% das crianças sintomáticas e 33,2% das assintomáticas. Estes internamentos deveram-se principalmente a IA por medicamentos (49,3%), produtos domésticos (27,1%), gás (9%) e pesticidas/raticidas (6,9%). Contudo, os grupos de

tóxicos que motivaram maior número de crianças internadas foram o álcool (100%), os pesticidas/raticidas com 71,4%, o petróleo com 62,5% e os medicamentos com 48,6%. Das 334 crianças que recorreram ao SU por IA, 61,1% foram submetidas a vigilância clínica, 33% necessitaram de medidas gerais e 5,7% efectuaram terapêutica específica. O que motivou a realização de terapêutica específica foi intoxicação por gás (10), benzodiazepinas (3), etanol (2), anti-hipertensor (1), barbitúrico (1), pesticida (1), naftalina (1). Foi necessário transferir para um hospital central 3,9% das crianças por necessidade de realização de endoscopia digestiva alta. Registou-se 1 óbito (0,3%) por intoxicação por gás butano.

Discussão e conclusão

As IA constituem situações relevantes na infância, pois são potencialmente fatais, necessitando de um diagnóstico rápido e de um tratamento eficaz. É fundamental o conhecimento da realidade de cada região para se poderem adoptar medidas preventivas eficientes (5,9,10). Este trabalho permitiu-nos ter uma visão de todos os casos de IA que recorreram ao nosso hospital, incluindo o grande número de intoxicações ligeiras que não necessitaram de internamento, mas que, pelo seu elevado número, nos forneceram dados importantes sobre a epidemiologia desta patologia na nossa região.

Durante os 5 anos estudados, as IA corresponderam a 0,3% das observações de urgência em pediatria e a 3,2% do total de internamentos, valores sobreponíveis aos referidos noutros trabalhos (1,7).

Verificámos um predomínio nas crianças do sexo masculino e uma marcada incidência no grupo etário do 1 aos 4 anos, como na maioria das séries consultadas (1-6). Este grupo etário corresponde a uma fase em que a criança adquire autonomia, inicia a exploração do meio ambiente e desconhece os perigos, factores que condicionam um grande risco para este tipo de acidentes (1,5,10).

A menor frequência de crianças intoxicadas provenientes do meio rural, terá a ver com as características geográficas da nossa região, uma vez que há uma concentração da população no litoral algarvio em área urbana (11).

As IA ocorreram principalmente entre as 12 e as 24 horas, com maior incidência após as 18 horas. É este o período do dia de maior permanência no domicílio, na maioria dos casos em apartamentos pequenos e com falta de espaços livres, onde pode haver exposição a tóxicos, nomeadamente: produtos domésticos e medicamentos. É ainda um período de grande actividade doméstica que pode condicionar uma deficiente vigilância da criança (7,10).

Relativamente à distribuição mensal, mais de metade das intoxicações ocorreram na Primavera e Verão, o que poderá estar relacionado com períodos de férias e menor vigilância/preocupação por parte dos pais. No Verão verifica-se um aumento substancial da população nesta região, os residentes sofrem um aumento da carga horária de trabalho, as férias escolares implicam um maior tempo de permanência no domicílio, factores que contribuem para o acentuado número de casos nessa época do ano.

A maior parte das IA foi accidental, o que coincide com as séries nacionais e internacionais consultadas (1-3,5-10). As intoxicações deliberadas ocorreram em crianças com idade superior a 9 anos e todas do sexo masculino, sendo provocadas por bebidas alcoólicas ou medicamentos. Julgamos que estes dados podem ter relação com características educacionais e culturais da nossa população, nomeadamente no caso das crianças do sexo masculino, em que pode haver um consumo precoce de bebidas alcoólicas por imitação dos adultos ou por incentivo destes, como acontece em algumas regiões do nosso país.

As casuísticas consultadas referem um predomínio de intoxicações deliberadas em crianças mais velhas e contrariamente ao nosso trabalho, algumas delas evidenciam um predomínio do sexo feminino (5,12). Esta maior incidência não foi encontrada por nós, provavelmente devido ao número reduzido de casos. As intoxicações deliberadas podem ser consideradas tentativas de suicídio, auto-envenenamento ou chamadas de atenção, motivo pelo qual deverão alertar toda a equipa de saúde (pedopsiquiatra, psicólogo, médico de família e restante pessoal técnico), além da respectiva família, no sentido de tomar medidas preventivas (1,5). As intoxicações iatrogénicas foram devidas a hiperdosagem medicamentosa ou a confusão na prescrição médica, tendo correspondido a 1,8% de todas as IA. Apesar deste valor ser inferior ao encontrado na literatura consultada (1,3,7), deverá chamar a atenção para a necessidade de uma prescrição criteriosa, com instruções posológicas claras. Realça-se ainda a necessidade de informar os pais dos cuidados a ter relativamente ao seu armazenamento no que diz respeito à inacessibilidade por parte das crianças (13).

Os grupos de tóxicos que motivaram maior número de IA foram os medicamentos (43,7%) e os produtos domésticos de uso corrente (32,7%), o que está de acordo com a literatura consultada (1,3,5-7). Na medida em que estes tóxicos existem em qualquer habitação alerta-nos o seu fácil acesso às crianças (3).

Mais de metade das crianças que recorreram ao SU não necessitaram de internamento pois haviam contactado com doses mínimas de tóxicos não agressivos e não apresentavam manifestações clínicas. A elevada percentagem de internamentos nas intoxicações por pesticidas e petróleo foi devida à potencial toxicidade dos referidos produtos. A intoxicação alcoólica motivou 100% de internamentos pela gravidade do quadro clínico na admissão ao SU.

A maioria das crianças (61,1%) foram submetidas apenas a vigilância clínica, a terapêutica geral foi efectuada em 33% dos casos e a terapêutica específica em 5,7% das crianças, o que está de acordo com algumas séries (1,9).

Em conclusão julgamos premente caracterizar os grupos mais atingidos, bem como factores que condicionam mais frequentemente as IA. Só com base nestes dados concretos e tendo em consideração que as intoxicações dependem da interacção de 3 factores: criança, tóxico e meio ambiente, se podem criar medidas de prevenção e protecção da criança (3,4).

No Sotavento algarvio identificamos como potenciais factores de risco para as IA:

- Crianças do grupo etário 1-4 anos
- Período das 12 às 24 horas
- Domicílio
- Residência em área urbana
- Tóxicos: medicamentos e produtos domésticos de uso corrente

A maioria das intoxicações ocorrem no local de habitação e resultam da ignorância e/ou descuido dos pais e educadores (3). Não se trata de uma nova realidade socio-cultural, mas de um problema antigo, pelo que os Pediatras, Médicos de Família e outros técnicos de saúde podem ter um papel muito importante na sua prevenção, "antecipando os acontecimentos", através da:

- Educação das famílias
- Informação sobre a utilização, manipulação e armazenamento dos tóxicos
- Conselhos sobre medidas de segurança no lar
- Chamada de atenção para casos concretos
- Sensibilização das crianças mais velhas e adolescentes com o objectivo de melhorar o futuro
- Prescrição criteriosa por parte dos médicos

Estas, são algumas medidas que poderiam diminuir o número de IA que são situações evitáveis e com custos humanos consideráveis (12,13).

Bibliografia

1. Bandeira T, Correia M, Freitas M, Carvalho A, Rodrigues G, Sequeira JS. Intoxicações agudas em Pediatria. Experiência Hospital. Rev Port Pediatr 1991; 22: 223-8.
2. Rodgens GC, Matyunas NJ. Poisonings: Drugs, Chemical and Plants. In: Berrman RE; Kliegman RM; Jenson HB, eds. Nelson TextBook of Pediatrics. Philadelphia: WB Saunders, 2000: 2160-3.
3. Mota L, Nunes C, Lemos L. Intoxicações Exógenas. Casuística do Hospital Pediátrico de Coimbra (1985-1992). Saúde Infantil 1994; 16: 129-41.
4. Lemos L. Referências Médicas em Intoxicações Agudas. Saúde Infantil 1996; 18: 5-14.
5. Baptista C, Simões F, Faria C. Intoxicações - Casuística de 3 anos. Saúde Infantil 1999; 21(3): 45-52
6. Ozanne SJ, Day L, Parsons B, Tibballs J, Dobbin M. Childhood Poisoning: access and prevention. J Paediatr Child Health 2001; 37: 262-5.
7. Pollina JE, Vera CG, Alvarez CB, Guerrero TC, Laita JAC, Aizpun JIL, et al. Accidentes en la Infancia a propósito de los 14309 casos atendidos em 1 año. Ann Esp Pediatr 1999; 35: 385-8.
8. Macedo A, Santos M, Vale MC, Andrade I, Barata I, Andrade N, et al. Intoxicações em Pediatria. Casuística de dois anos do Hospital de Dona Estefânea. Acta Pediatr Port 1997; 1(28): 45-50
9. Ailal F, Dehdi F, Slaoni B. Acute Drug Poisonings in Children in a General Paediatric Service-Epidemiological Profile. Rev Med Suisse Romande 1998; 118(6): 543-6.
10. Mota TC, Santos LA, Almeida F. Intoxicações - Estudo prospectivo de 4 anos. O Petiz 1997; 6(1): 9-17.
11. Censos 2001. INE 2002.
12. Gauvin F, Bailey B, Bratton SL. Hospitalizations for Pediatric Intoxication in Washington State, 1987-1997. Arch Pediatr Adolesc Med 2001; 155: 1105-10.
13. Mcgruigan MA. Common Culprits in Childhood Poisoning; epidemiology, treatment and parental advice for prevention. Paediatr Drugs 1999; 1: 313-24.

Correspondência: Marisol Anselmo

Rua da República, Nº 58 — 8135-121 Almancil

Telefone-289391546/ Telemóvel-9197472112/ Fax-289395759

E-mail: jokter@clix.pt

QUE CRECHES FREQUENTAM AS NOSSAS CRIANÇAS?

Carla Veiga¹, Rui Passadouro²

Resumo

Objectivos: avaliação do funcionamento das creches do concelho de Leiria.

Material e métodos: todas as creches licenciadas do concelho de Leiria foram visitadas entre 15 e 30 de Junho de 2002, por um interno de Pediatria e um técnico sanitário do Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio, em Leiria para avaliação do cumprimento das condições mínimas de funcionamento das creches com fins lucrativos, tal como estipulado pelo Dec. Lei nº 248 de 27.10.1989 (1).

Resultados: foram avaliadas 18 creches, sendo 10 particulares e 8 IPSS. No que diz respeito às condições gerais de localização e instalação 44% (8/18) não tinham condições adequadas de evacuação rápida e fácil em caso de emergência. A maioria 61% (11/18) não tinha o sistema eléctrico protegido ou fora do alcance das crianças. Em metade dos berçários havia um número excessivo de lactentes, o que acontecia em quase todas as salas para crianças maiores (83% < 24 M; 72% 24 - 36 M). A maioria (72%) dos berçários tinha uma insuficiente área *per capita*, o que acontecia em cerca de um terço das salas para crianças maiores. Havia registo regular do desenvolvimento da criança em 28% (5/18) e em 22% (4/18) havia um projecto educativo. Dois terços (61%) das creches dispunha de um número insuficiente de educadoras e um terço, um número insuficiente de auxiliares.

Comentários: parece difícil a execução das finalidades a que as creches se propõem pela falta de pessoal especializado, nomeadamente educadoras, pelo número excessivo de crianças/sala, pela ausência de registo de dados respeitantes ao desenvolvimento da criança e pela ausência de um projecto educativo. Muito também há a fazer na área de segurança e protecção das instalações.

Palavras-chave: criança, creche, funcionamento.

Summary

Aim: evaluation of the running of day care centres in the borough of Leiria.

Material and methods: from 15 to 30 June 1999, all licensed day care centres in the borough of Leiria were visited by a Paediatric resident and a sanitary technician from a

1 Interna de Pediatria do Hospital de Sto. André.
Dr. Arnaldo Sampaio - Leiria.

2 Assistente Graduado de Saúde Pública do Centro de Saúde

health centre in Leiria in order to verify the fulfilment of the standards for day care centres, as ordered by the law (Dec. Lei nº 248 de 27.10.1989 (1)).

Results: eighteen day care centres were evaluated, ten of which were private and eight were social solidarity private organisations. With respect to the general conditions of localisation and installation 44% (8/18) did not possess adequate quick and easy evacuation for emergency cases. A majority of 61% (11/18) did not possess a protected or out of reach electric system.

With respect to the number of children per room, in 50%, 83% and 72 % there existed a larger than permitted number of children in the nursery SA₁ and SA₂ respectively. With regard to the area per child in each room, in 72%, 33% and 28% there was less than 4/2 m² per child in the respective rooms: nursery SA₁ and SA₂. Only 28% (5/18) of the nurseries showed an existence of regular development registers and in 22% (4/18) there was an educational project. 61% (11/18) and 33% (6/18) respectively, did not cover the minimum requirements with respect to the number of nursery nurses and auxiliary helpers.

Comments: it appears to be difficult to reach the required purpose of a nursery due to the lack of specialised staff, namely nursery nurses; an excessive number of children per room; the lack of registered data concerning developmental aspects of the children in nursery care; and the absence of an educational project. There is also much to be desired in terms of installation safety and protection.

Keywords: day care centre, children, evaluation.

Introdução

As creches são estabelecimentos que acolhem crianças dos 3 aos 36 meses em número igual ou superior a cinco (1) enquanto os pais trabalham.

São objectivos específicos das creches proporcionar o atendimento individualizado da criança num clima de segurança afectiva e física que contribua para o seu desenvolvimento global; colaborar estreitamente com a família numa partilha de cuidados e responsabilidades em todo o processo evolutivo de cada criança; colaborar na detecção precoce de qualquer inadaptação ou deficiência, encaminhando adequadamente as situações detectadas (1). O licenciamento, o acompanhamento e a fiscalização das creches competem aos Centros Regionais de Solidariedade e Segurança Social, devendo estes solicitar, quando se justifique, a intervenção dos Serviços competentes de outros ministérios para a avaliação, designadamente das condições de salubridade e segurança, alimentação e cuidados de saúde (2). As normas aplicadas são as mesmas quer se tratem de creches particulares ou inseridas em instituições particulares de solidariedade social (IPSS) (2).

A iniciativa deste trabalho ocorreu durante a frequência do estágio de Cuidados de Saúde Primários à Criança e Adolescente na sua vertente relacionada com a Saúde Pública, no âmbito do Internato Complementar de Pediatria. O seu objectivo foi a avaliação do funcionamento das creches do concelho de Leiria e a advertência para a correcção das situações anómalas.

Material e métodos

Foi efectuado um estudo transversal que decorreu de 15 a 30 de Junho de 1999, cujo universo foram todas as creches licenciadas do concelho de Leiria independentemente de serem particulares ou IPSS.

Os observadores foram um interno de Pediatria e um técnico sanitário do Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio em Leiria. Foram verificadas todas as normas do Dec. Lei nº 248 de 27.10.1989 (1), que visa regulamentar as condições **mínimas** de funcionamento das creches com fins lucrativos. Abordámos particularmente as seguintes normas:

III - Condições gerais de localização e instalação.

XIII - Condições de protecção e segurança das instalações (aquecimento das salas, sistema eléctrico, aquecimento da água).

IV - Compartimentos e espaços necessários: berçários, salas de actividades, copa de leite, cozinha, sala de refeições, instalações sanitárias, gabinetes e outros espaços.

V - Berçário: destinado à permanência das crianças entre os 3 meses e a aquisição da marcha - capacidade máxima de 8 crianças e área mínima - 4 m²/criança.

VI - Salas de Actividades: destinam-se ao desenvolvimento de actividades lúdicas, área mínima 2 m²/criança.

SA₁: crianças entre a idade aquisição da marcha e os 24 meses; capacidade máxima 10.

SA₂: crianças entre os 24 e 36 meses; capacidade máxima 15.

VIII - Instalações sanitárias para crianças (lavatórios por criança: 1/7; sanitas por criança: 1/5).

X - Outros espaços - área exterior.

XIV - Condições gerais de funcionamento do estabelecimento (registo respeitante à evolução do desenvolvimento e projecto educativo).

XVIII - Pessoal do estabelecimento.

Educadores de Infância - um educador de infância afecto a cada grupo de crianças a partir da idade da marcha.

Auxiliares - um para cada grupo de 10 crianças.

Para avaliar a segurança nos parques infantis foram aplicadas as orientações da Direcção Geral da Saúde (3).

Resultados

Foram avaliadas 18 creches, sendo 10 particulares e 8 IPSS. Seis creches localizavam-se em meio rural, 6 em meio suburbano e as restantes em meio urbano.

No que diz respeito às condições gerais de localização e instalação os itens mais frequentemente não cumpridos foram as condições adequadas de acesso e de evacuação rápida e fácil em caso de emergência - 8/18 e as áreas de serviço com ventilação/aquecimento adequado - 7/18, como se pode observar no gráfico 1.

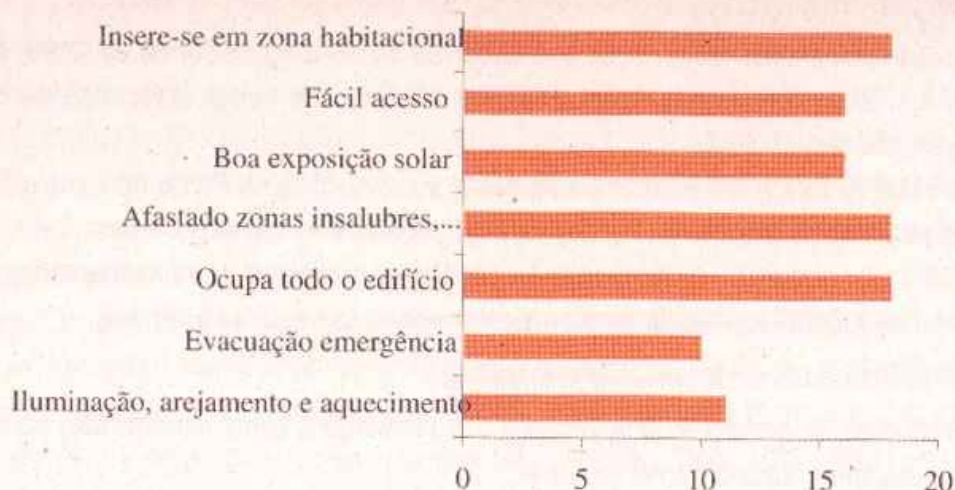


Gráfico 1 - Condições gerais de localização e instalação.

Das condições de protecção e segurança das instalações verificámos que todas respeitavam as normas para o aquecimento da água; relativamente ao aquecimento das salas em todas era regulável e sem libertação de gases tóxicos mas em 11/18 estava ao alcance das crianças; a maioria (11/18) não tinha o sistema eléctrico protegido ou fora do alcance das crianças. Tinham todos os compartimentos necessários ao funcionamento da creche 13/18 e nas restantes 5 faltava a copa de leites. Quanto ao nº de crianças por sala em 50%, 83% e 72 % havia um maior nº de crianças relativamente ao permitido no berçário, SA₁ e SA₂ respectivamente como se pode verificar no gráfico 2.

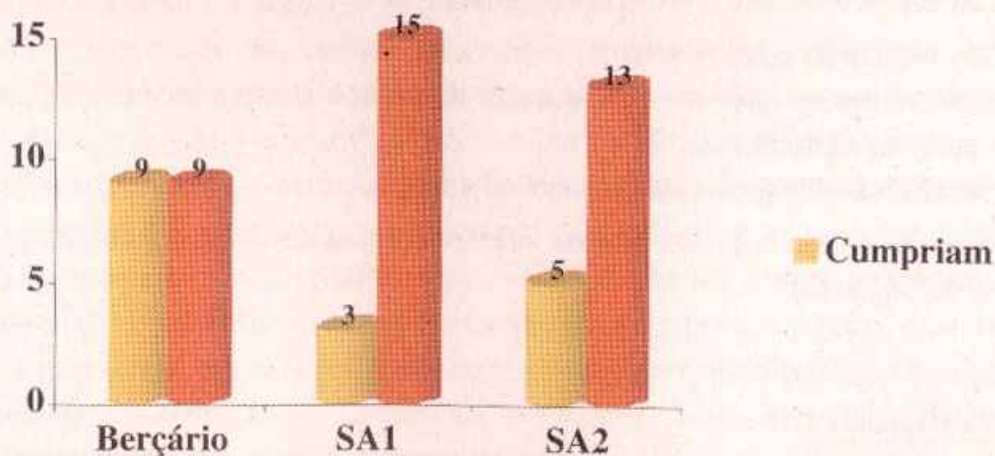


Gráfico 2 - Cumprimento do número de crianças por salas.

Relativamente à área por criança em cada sala em 72%, 33% e 28% havia um número menor do que o mínimo permitido nas respectivas salas: berçário, SA₁ e SA₂ - Gráfico3.

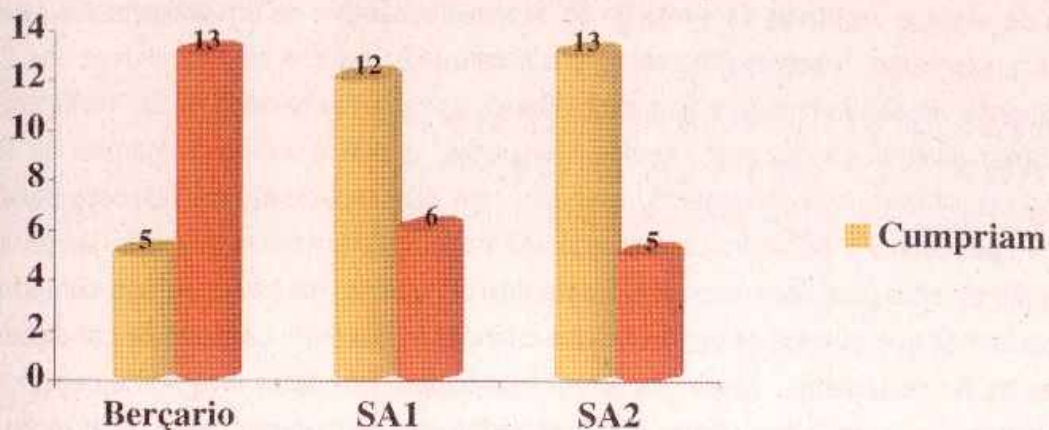


Gráfico 3 - Cumprimento da área por criança e por sala.

Todas as creches tinham sanitas e lavatórios infantis. Em 4/18 (22%) o número de lavatórios por criança era inferior ao recomendado, o mesmo acontecendo com 5/18 (27%) relativamente às sanitas. Todas as creches tinham bacios individuais mas só 9 tinham local específico para a sua arrumação. Em todas havia um espaço exterior para as crianças brincarem sendo em 14/18 (78%) dos casos parque e/ou areia. Só um parque cumpria integralmente as orientações da Direcção Geral da Saúde. Havia registo regular do desenvolvimento da criança em 28% (5/18) e em 22% (4/18) havia um projecto educativo. Duas creches tinham educadora de infância afecta a cada grupo de crianças (berçário, SA₁, SA₂); em cinco havia pelo menos duas para as crianças das SA₁ e SA₂; em 10 havia apenas uma educadora para as crianças das SA₁ e SA₂; numa das creches não existia educadora para qualquer das salas. Havia menos do que uma auxiliar por cada 10 crianças em 33% (6/18) das creches.

Discussão

Os autores desconhecem estudos publicados de natureza semelhante pelo que é impossível fazer comparações.

Apesar de não terem sido encontradas situações insalubres, ficámos francamente preocupados em relação à segurança e protecção das instalações uma vez que 61% tinham o aquecimento e o sistema eléctrico desprotegido e ao alcance das crianças e relativamente aos espaços exteriores só um parque cumpria as orientações da Direcção Geral da Saúde. Se os objectivos das creches são a contribuição para o desenvolvimento, bem como a detecção de problemas relativamente ao mesmo com vista à intervenção precoce parece difícil a sua execução em crianças com idade inferior a 12 meses dado que só 2 creches tinham educadora para este grupo etário, sendo o problema agravado e alargado aos

outros grupos etários pelo excessivo número de crianças por sala, pela ausência na maioria de registos regulares da evolução do desenvolvimento e de um projecto educativo.

O licenciamento, o acompanhamento e a fiscalização das creches competem aos Centros Regionais de Solidariedade e Segurança Social, como já foi referido atrás. Verificámos que ocorrem irregularidades nas creches licenciadas, o que é explicado porque os Centros Regionais fazem o licenciamento, mas não têm tido capacidade de resposta para o seu acompanhamento. Na altura da realização do trabalho foram feitas advertências para a correcção de situações anómalas. Até à data desconhecemos se foram ou não cumpridas.

Concluimos que as creches que as nossas crianças frequentam carecem de condições mínimas de funcionamento, apesar de serem licenciadas. Este facto leva-nos a pensar no que acontecerá nas creches ou amas não licenciadas que permanecem sem fiscalização.

Bibliografia

1. Normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento das creches com fins lucrativos. Diário da república - I série nº 248 de 27.10.1989.
2. Decreto lei nº 113-A/97. Diário da República I série-A nº124 de 30.05.1997.
3. Direcção Geral da Saúde. Grupo de trabalho de "Prevenção de Acidentes". Segurança nos Parques Infantis e Espaços de Recreio. 1997

Correspondência: Carla Regina Veiga
Hospital Pediátrico - Coimbra
gastro@chc.hp.min-saude.pt

VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ — SUFICIENTE? ADEQUADA?

Ângela Sperb¹, Fernando Graça², Maria José Costeira³

Resumo

A Direcção Geral de Saúde (DGS) elaborou em 1993 um conjunto de orientações específicas em relação à vigilância da gravidez; contudo, e apesar da melhoria das condições de assistência peri-natais verificadas nos últimos anos, continuam a existir casos de grávidas que foram supostamente vigiadas durante a gravidez, que não cumprem alguns requisitos fundamentais e/ou não apresentam o Boletim de Saúde da Grávida (BSG) convenientemente preenchido.

Com o objectivo de esclarecer estas questões, realizou-se um inquérito a 128 puérperas internadas no Serviço de Obstetrícia do Hospital Senhora da Oliveira (Guimarães), durante os meses de Abril e Maio de 2001. Analisaram-se vários parâmetros da vigilância antenatal, a qualidade de preenchimento do BSG, bem como a referenciação a uma consulta de risco das grávidas consideradas como tal.

Verificou-se que, na nossa amostra, somente 1/3 das puérperas tinha realizado consulta pré-concepcional, todas tinham ido a, pelo menos, 2 consultas, a adesão ao BSG foi de 98%, embora só se encontrasse "completamente preenchido" em 21% dos casos, nem todas as grávidas de risco foram convenientemente orientadas e, em termos de serologias, as orientações sugeridas pela DGS também não são suficientemente seguidas.

A avaliar pela qualidade de preenchimento do BSG, a um maior número de consultas não corresponde necessariamente uma melhor vigilância da gravidez; contudo, admitimos a hipótese que um número significativo de mulheres sejam devidamente seguidas durante a gravidez, mas que a informação veiculada seja insuficiente.

Palavras-chave: vigilância da gravidez, BSG, DGS.

Summary

In spite of the guidelines established by the Health Ministry and the improvement of perinatal care from the last years, there are, still, some pregnant women insufficiently assessed and followed that don't have a good information in the Pregnant Health Booklet (PHB).

1 Interna Complementar de Clínica Geral – Centro de Saúde de Guimarães. 2 Assistente Graduado de Neonatologia

– Unidade de Neonatologia do Serviço de Pediatria do Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães. 3 Assistente de

Neonatologia – Unidade de Neonatologia do Serviço de Pediatria do Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães.

To evaluate these questions, an enquiry was made to 128 women in the Obstetric Department of Hospital Senhora da Oliveira (Guimarães), during the period of April to May 2001. We tried to assess the quality of prenatal care and the information written in the PHB.

We found that only 1/3 of our population attended a pre-concepcional visit, all women had at least two medical observation, 98% presented the PHB, although only 21% were fully written and that not all high risk pregnancies were conducted to the hospital.

Our conclusion is that an improvement in the number of prenatal visits doesn't mean, necessarily, a better prenatal care.

Keywords: pregnancy, prenatal care.

Introdução

A morbilidade e a mortalidade perinatal e neonatal estão relacionadas com um grande número de factores, nos quais se incluem a organização dos cuidados médicos e dos recursos disponíveis, factores sociais e económicos. A vigilância da gravidez contribui grandemente para a redução desta morbilidade e mortalidade (1).

As consultas ante-natais permitem a identificação de factores de risco e monitorização do bem estar materno e fetal permitindo, se necessário e possível, uma intervenção atempada. Convém lembrar que "É durante a gravidez e, em particular, no primeiro minuto de vida, que se decide o futuro e a qualidade do futuro intelectual e físico da população do nosso País" (2).

A Direcção Geral de Saúde (DGS) emitiu em 1993, baseado no documento acima referenciado da Comissão de Saúde Materna e Infantil de Junho de 1989, um conjunto de orientações técnicas para a optimização da vigilância da gravidez, estipulando as datas das consultas e os respectivos meios auxiliares de diagnóstico a requisitar, sendo também defendida a importância do Boletim de Saúde da Grávida (BSG) como veículo de comunicação entre diferentes serviços prestadores de cuidados à grávida (3).

Apesar das melhorias registadas nos últimos anos, existem ainda lacunas e deficiências no registo de dados no BSG, bem como na qualidade de vigilância da gravidez (4,5). Por outro lado, as circunstâncias actuais da nossa população obrigam-nos a rever certas normas e reforçam a importância da consulta pré-concepcional, do rastreio da infecção pelo VIH e outras doenças infecto-contagiosas, bem como uma melhoria na qualidade assistencial (técnica e humana).

Objectivos

O presente trabalho teve como objectivo a avaliação da vigilância da gravidez e a fidelidade às orientações sugeridas pela DGS, sob a perspectiva do Neonatologista.

Material e métodos

Realizaram-se inquéritos, por entrevista directa, às puérperas internadas no Serviço de Obstetrícia do Hospital Senhora da Oliveira (Guimarães) durante o período de 1/4/01 a 31/5/01. Foram seleccionadas aleatoriamente puérperas, observadas no primeiro dia de internamento num total de 128 unidades amostrais. Foram também consultados os respectivos BSG, que foram classificados em relação ao seu preenchimento como "completos" aqueles em que a informação apresentasse >75% dos dados registados, "razoáveis" os que assinalassem os parâmetros essenciais (história obstétrica anterior, hábitos nocivos, data prevista do parto e data da última menstruação, grupo de sangue, hemograma, análise sumária de urina e, pelo menos, uma determinação de tensão arterial) e "incompletos" os restantes (4). Fez-se uma estatística descritiva dos resultados.

Resultados

Das 128 puérperas, 3 (2%) tinham menos de 17 anos, 110 (86%) entre 17 e 35 anos e 15 (12%) apresentavam mais de 35 anos.

A consulta pré-concepcional foi efectuada em 44 mulheres (34%).

Eram primigestas 46%, destacando-se 8,6% de mulheres que eram mães pela quarta e quinta vez.

O número médio de consultas foi de 6,6, todas tinham pelo menos 2 consultas, sendo que cinco foram a mais de 9 consultas.

O local de vigilância da gravidez foi predominantemente o Centro de Saúde e o Obstetra particular (Fig.1).

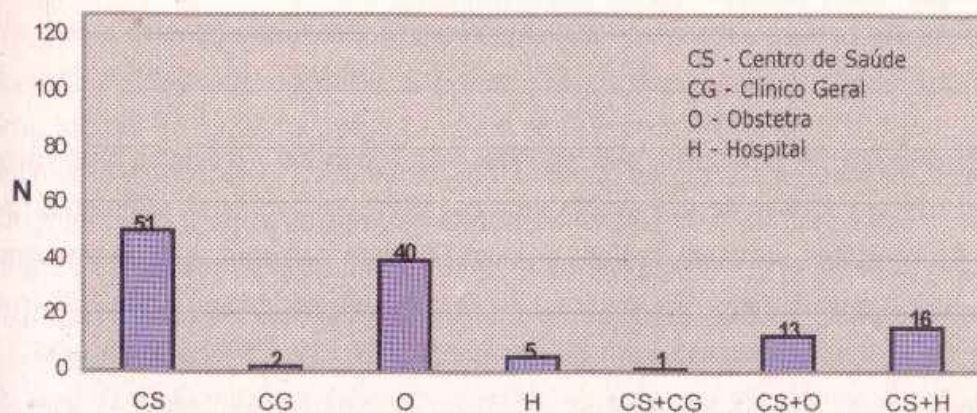


Fig.1- Local de vigilância da gravidez

No conjunto, a maioria das grávidas foi vigiada no Centro de Saúde (51) e num Obstetra particular (40). A Unidade Coordenadora Funcional (UCF) local apenas prevê que grávidas sejam observadas no Hospital em situações de urgência, de gravidezes de risco e às 37 semanas.

Das grávidas que tinham menos de 17 anos (3) todas eram primigestas, duas seguidas pelo Centro de Saúde e Obstetra e uma delas no Hospital, realizaram entre 4 e 7 consultas, foram todas referenciadas à consulta hospitalar, mas apenas uma por adolescência. Das grávidas com 35 anos ou mais (15), nove foram referenciadas à consulta hospitalar, seis pela idade e três por patologia, tendo feito diagnóstico pré-natal; cinco grávidas eram vigiadas por Obstetra particular e uma pelo Centro de Saúde. Destas, seis grávidas eram IIG e cinco eram IIIG, dez realizaram entre 5 e 6 consultas.

O BSG foi apresentado na altura do parto em 98% das grávidas e estava completamente preenchido em 21% dos casos, razoavelmente em 41% e incompleto em 38%.

O grau de risco apresentava-se quantificado em 24 puérperas (19%).

Cento e catorze grávidas (89%) fizeram a primeira consulta no 1º trimestre de gravidez, doze (9%) no segundo e duas (2%) somente no 3º trimestre.

Os meios auxiliares de diagnóstico realizados foram uniformemente requisitados nos 3 trimestres (Fig.2).

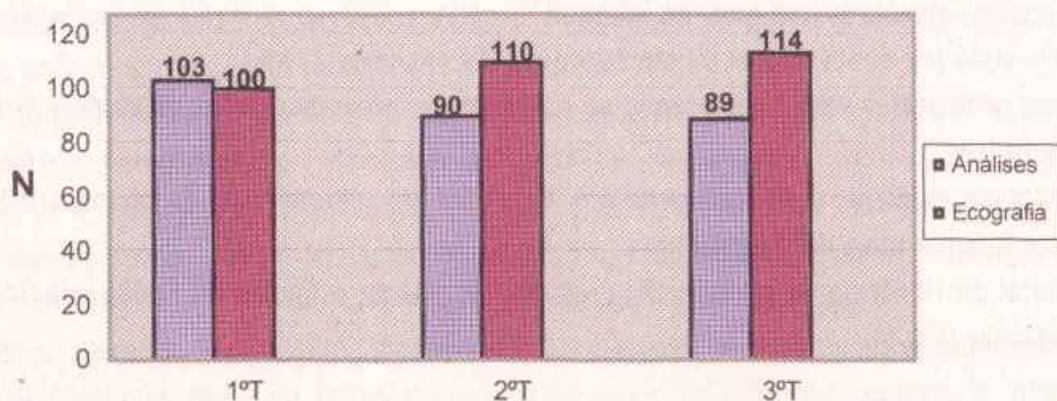


Fig.2- Meios auxiliares de diagnóstico realizados durante a gravidez

No que diz respeito às serologias, seis grávidas não repetiram serologias para toxoplasmose e/ou rubéola apesar de não serem imunes. Refira-se que estas puérperas fizeram entre 3 a 10 consultas, uma era seguida por um Obstetra particular e as outras cinco no Centro de Saúde e duas delas não imunes à rubéola (e não vacinadas) eram IIIG. A VDRL foi pedida no 1º e no 3º trimestre em 68 grávidas (53%), 49 (38%) tinham uma a duas determinações antes das 20 semanas de gestação, 8 (6%) apresentavam só uma determinação no 3º trimestre e 3 (2%) não tinha nenhuma determinação. Os anticorpos anti-VIH foram pesquisados em 90 grávidas (70%). As serologias para o VHB foram realizadas duas vezes durante a gestação em 72 grávidas (56%), uma determinação em 52 casos (41%) e não estudadas quatro grávidas (3%), paradoxalmente estas últimas apresentavam entre 6 a 9 consultas, duas eram seguidas no Centro de Saúde, uma no Centro de Saúde e Obstetra e uma por um Obstetra.

Discussão e conclusões

As conclusões extraídas deste trabalho terão de ser encaradas com alguma precaução, dado o tamanho da amostra, podendo não ser válidas para a população geral da área de influência do nosso Hospital (concelhos de Guimarães, Fafe, Lousada, Vizela, Cabeceiras de Basto, Celorico de Basto, Póvoa de Lanhoso, e também Braga, Santo Tirso, Famalicão e Felgueiras). De qualquer forma, permitimo-nos algumas reflexões:

Na nossa amostra, 3 grávidas tiveram uma gravidez não vigiada (<3 consultas), 24 mal vigiada (3 a 5 consultas) e 101 adequadamente vigiada (≥ 6 consultas), ou seja, 79% dos casos (n° médio de 6,6 consultas). Estes resultados estão de acordo com outros estudos realizados na Maternidade do Hospital Distrital de Aveiro (HDA) em 1987 e 1991 (5).

Em relação ao local de vigilância da gravidez, os resultados são díspares em comparação a outros estudos (5). No nosso estudo, há uma maior percentagem de duplicação de consultas, ou seja, grávidas seguidas pelo Centro de Saúde e Obstetra (11%) ou pelo Centro de Saúde e Hospital (13%), com consequente duplicação de custos. Em contrapartida, no estudo referido acima, as grávidas seguidas pelo Centro de Saúde e Obstetra foram de 2,4% em 1987 e 1,8% em 1991 e, aquelas seguidas pelo Centro de Saúde e Hospital foram de 1,6% e 1,2%, respectivamente.

A grande maioria das grávidas realizou a primeira consulta no primeiro trimestre de gravidez e cerca de 1/3 da amostra fez uma consulta pré-concepcional, o que revela algum cuidado, quer dos médicos envolvidos quer da população em geral.

O BSG já é encarado como um documento imprescindível a acompanhar a grávida à Maternidade, o que é demonstrado pela comparação com os estudos realizados em 1987 (82%) e 1991 (98%) (5). Em relação ao estudo realizado em 1991 (5), a apresentação do BSG era "completo" em 27%, "razoável" em 50% e "incompleto" em 23%, ou seja, no nosso estudo houve uma grande insuficiência no preenchimento dos dados, apesar do número razoável de consultas de vigilância. Refira-se que, no documento de trabalho da Comissão Materno Infantil de 1989, foi proposto que o não preenchimento do BSG fosse passível de procedimento disciplinar (2). Por outro lado, o direito da grávida à posse de BSG correctamente preenchido é contemplado pelo Despacho nº1/91 de 1 de Fevereiro.

Em relação ao registo do grau de risco no BSG, não tem havido melhorias, pois o estudo de 1987 apresentou um resultado semelhante ao do nosso estudo (19%). Em contrapartida, no trabalho realizado em 1991, houve 33% de registos de grau de risco no BSG (5). Das grávidas classicamente consideradas como pertencentes a grupos de risco pela idade, no nosso estudo, nem todas foram referenciadas ao Hospital. Se é importante identificar as situações de risco, é igualmente importante orientá-las para centros onde se possa intervir e, atempadamente.

Apesar das indicações, um número significativo de grávidas não repetiu serologias quando havia indicação para isso. Pelo contrário, um grande número fez rastreio do VIH, quando as orientações da circular normativa são "eventualmente".

Do ponto de vista do Neonatologista pensamos ser preocupante que:

- Só 1/3 da nossa amostra efectuasse consulta pré-concepcional, a qual permitiria a avaliação e o aconselhamento da mulher/casal, o tratamento de infecções passíveis de transmissão ao feto, bem como o esclarecimento sobre comportamentos e hábitos nocivos durante a gravidez, tal como sugerido pela Circular Normativa nº2/98 DSMIA/DGS (6).
- Continuem a existir grávidas não imunes à rubéola (não vacinadas) e que estejam numa segunda gravidez, sem que, em alguns casos, ninguém lhes tenha falado em vacinação, apesar de haver uma sugestão da DGS de fazer a vacina durante o puerpério (7).
- O rastreio da sífilis não seja feito universal e seriadamente na consulta pré-concepcional, no 1º e no 3º trimestre, com consequente tratamento do casal (7).
- O rastreio da infecção pelo VIH não seja feito universal e seriadamente (uma vez por trimestre), considerando que a identificação precoce da infecção e a instituição da terapêutica diminuem em cerca de 70% o risco de transmissão vertical do vírus (8). Situação algo paralela se verifica em relação à infecção pelo VHB.
- Grávidas de risco não sejam atempada e efectivamente orientadas para uma consulta de risco de um Serviço de Obstetrícia.
- O BSG ainda não seja o meio de comunicação por excelência.
- A avaliar pela qualidade de preenchimento do BSG, a um maior número de consultas não corresponde necessariamente uma melhor vigilância da gravidez; contudo, admitimos a hipótese que um número significativo de mulheres sejam devidamente seguidas durante a gravidez, mas que a informação veiculada seja insuficiente.

Bibliografia

1. Saugstad OD. Perinatal Health in Europe: neonatal aspects. In: Proceedings of the 5th World Congress of Perinatal Medicine, 2001: 1-2
2. Documento de trabalho da Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil, Junho de 1989.
3. Direcção Geral da Saúde. Vigilância pré-natal e revisão do puerpério. Orientações técnicas. nº2. 2ª ed. revista. Lisboa. 1993.
4. Portela A. et al.. "O Boletim de Saúde da Grávida - para quando a sua completa utilização?..." Saúde Infantil 1997; 19/3: 41-48.
5. Portela A. et al. Ainda... "Saúde Materna - para quando?" Saúde Infantil 1992; 14: 199-203.
6. Circular Normativa nº2/98 DSMIA/DGS
7. Saúde Reprodutiva - Doenças infecciosas e gravidez. Orientações técnicas da DGS. 2000
8. Marques R. et al. Guia prático de acompanhamento da grávida infectada pelo VIH. Permanyer Portugal. 2001.

Correspondência: Ângela Sperb

Centro de Saúde de Guimarães - Extensão da Oliveira
Av. dos Combatentes da Grande Guerra
4810-260 Guimarães

A menina



1 - Era uma vez uma menina que tinha uma doença e ninguém na escola brincava com ela por ela ter esse problema.



2 - Então chegou o dia de anos dela mas ela andava muito triste porque não tinha amigos para brincar.



3 - Ela recebeu prendas mas nada a conseguia animar.



4 - A sua mãe foi a casa dos seus colegas e explicou-lhes que não era perigosa a sua doença e que era para eles saberem conviver com os doentes.



5 - E então assim foi, foram todos à sua festa.



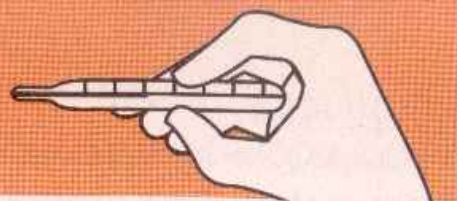
6 - E foi assim que eles souberam conviver com os outros.

Alexandre
Saulo

7 - E vocês não façam o mesmo, aprendam a conviver com os outros.

Doença meningocócica insuspeita

Armandina Silva¹, Alexandre Freitas²



Resumo

Os autores descrevem o caso clínico de um lactente de 10 meses de idade, internado por síndrome febril prolongado, no qual foi diagnosticado uma meningite no vigésimo dia de doença.

Por suspeita inicial de meningite tuberculosa, iniciou tratamento antituberculoso, que suspendeu após o crescimento de *Neisseria meningitidis* no exame cultural do liquor e de ter uma polymerase chain reaction negativa para o bacilo de Kock.

Os autores consideram que este caso de meningite terá sido uma complicação de uma bacteriemia oculta por *Neisseria meningitidis* ou doença meningocócica insuspeita.

Palavras-chave: meningococemia insuspeita, bacteriemia oculta, criança.

Summary

The authors describe the study of a ten months child, admitted into a hospital due to a long feverish syndrome, whom was diagnosed a meningitis on twentieth day of illness.

Because of initial suspicion of tuberculous meningitis, started a treatment with antituberculous drugs, which was interrupted after the development of *Neisseria meningitidis* on the cultural examination of liquor and after having a negative polymerase chain reaction to the Kock bacillus.

The authors consider that this case of meningitis was due to a complication of a bacteremia occult by *Neisseria meningitidis* or unsuspected meningococcal disease.

Keywords: unsuspected meningococemia, occult bacteremia, child.

1 Interna Complementar de Pediatria

2 Assistente Hospitalar de Pediatria

Serviço de Pediatria - Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães

Introdução

A avaliação e abordagem da febre em lactentes é um dos problemas mais comuns e mais difíceis na prática clínica pediátrica.

A maioria dos lactentes com febre e sem foco aparente têm infecções víricas autolimitadas. No entanto, uma pequena percentagem (2-3%) pode estar numa fase inicial de bacteriémia oculta ou insuspeita (1).

Por definição, a bacteriémia oculta é a condição na qual é identificada uma bacteriémia em crianças sem evidência clínica de sépsis (i.e choque ou púrpura) ou aparência tóxica e sem doença crónica subjacente nem foco infeccioso evidente (outro para além de otite média aguda) (1).

A maioria dos episódios de bacteriémia oculta resolve espontaneamente. No entanto, podem ocorrer complicações sistémicas graves [febre persistente (35%), bacteriémia persistente (12%), meningite bacteriana (5-10%), pneumonia, artrite séptica, pericardite ou choque séptico], sequelas permanentes (amputação dos membros, incapacidade neurológica) ou morte (1-6).

O risco de desenvolver meningite varia em função do agente causador da bacteriémia, sendo estimado em 3% para o *Streptococcus pneumoniae*, 14% para o *Haemophilus influenza tipo B* e 40% para a *Neisseria meningitidis*. A meningite por *Salmonella não tifoide sp* é rara em crianças com idade superior a três meses (1, 2).

Actualmente, os agentes patogénicos mais frequentemente isolados são: *Streptococcus pneumoniae* – 90%, a *Salmonella não tifoide sp* – 5% e a *Neisseria meningitidis* – 1%. No entanto, muitos outros microorganismos têm sido relatados como possíveis causadores de bacteriémia oculta em crianças, incluindo o *Streptococcus do grupo A e B*, a *Moraxella Catarrhalis*, a *E. coli*, o *Staphylococcus aureus*, a *Kingella-Kingae* e raramente outras bactérias patogénicas (1).

No passado, o *Haemophilus influenza (Hib) tipo B* era responsável por aproximadamente 15% dos casos de bacteriémia oculta em crianças. A introdução da vacina conjugada contra este patógeno praticamente o eliminou como causa de bacteriémia oculta em crianças completamente imunizadas (1-3).

Espera-se que a prevalência de doença pneumocócica e meningocócica invasivas, incluindo a bacteriémia oculta, diminua significativamente com a introdução das vacinas conjugadas contra estes patógenos. Contudo, pneumococos e meningococos de serótipos não incluídos nas vacinas actualmente disponíveis e outros agentes patogénicos, continuarão a causar casos esporádicos de bacteriémia oculta (1).

A abordagem de crianças febris, de aparência não tóxica, completamente imunizadas, será alterada de forma significativa. No entanto, até ser assegurada uma vacinação universal, o *Streptococcus pneumoniae* continuará a ser um agente causador de doença comum em crianças e a doença meningocócica, a ser uma infecção oculta preocupante, dada a alta taxa de complicações graves, incluindo meningite (1).

Caso clínico

A.C.S.V., 10 meses de idade, sexo feminino, raça caucasiana. Segunda filha de pais jovens, saudáveis e não consanguíneos.

História de sífilis materna, no segundo trimestre de gestação, tratada com penicilina intramuscular.

Parto eutócico hospitalar, às 39 semanas de gestação. Índice de Apgar 8/10. Parâmetros antropométricos adequados à idade gestacional. Período neonatal sem intercorrências.

Negativação das serologias da sífilis pelos sete meses de idade. Plano nacional de vacinação actualizado, com três doses de vacina anti-Hib (Hboc).

Sem outros antecedentes pessoais ou familiares relevantes, nomeadamente história de tuberculose pulmonar.

Motivo de internamento: síndrome febril prolongado

História da doença actual

No 1º dia de doença, iniciou febre (Tax = 38-39º C) e vômitos alimentares. Foi medicada com azitromicina (3 dias) para uma suposta faringite, sem melhoria clínica.

No 7º dia de doença, foi-lhe diagnosticada uma otite média aguda, tendo sido medicada com claritromicina, que fez durante três dias.

No 16º dia de doença, por se manter febril, sem outros sinais ou sintomas acompanhantes, foi internada para estudo de um síndrome febril prolongado.

Ao exame objectivo apresentava-se febril (Tax = 38º C), com bom estado geral, exame neurológico normal e ausência de foco infeccioso aparente.

Dos exames auxiliares de diagnóstico havia a salientar uma anemia microcítica (Hb=10.3g/l com VGM=75.9 fl); leucocitose com neutrofilia (23900 leucócitos/ μ l com 20300 polimorfonucleares neutrófilos); proteína C reactiva sérica = 34.6 mg/dl; ferro=40 μ g/dl; bioquímica, sedimento urinário e exame bacteriológico de urina sem alterações; hemoculturas, prova de Mantoux e serologias (Sífilis, Widal, Weil Félix, Wright e Vírus de Epstein Barr) negativas.

Durante os primeiros dias de internamento, efectuou apenas terapêutica de suporte.

No 20º dia de doença (D4 de internamento), iniciou alterações do estado de consciência, alternando períodos de irritabilidade e prostração, associada a uma incapacidade de fixação do olhar.

Analiticamente apresentava leucocitose com neutrofilia (24.000 leucócitos / μ l com 21100 polimorfonucleares) e um líquido turbido, aparentemente normotenso, com 693 leucócitos/ μ l, 25 eritrócitos/ μ l (sem contagem diferencial). A glicorráquia e clororráquia estavam diminuídas (respectivamente 1 mg/dl, 113 mmol/l) e a proteinorráquia estava aumentada (1.8 g/l). A glicose sanguínea era de 70 mg/dl.

Iniciou ceftriaxona (100 mg/Kg/dia, ev) e dexametasona (0.6 mg/Kg/dia, ev), por suspeita de meningite bacteriana aguda.

No 21º dia de doença, repetiu a punção lombar, que revelou 1350 leucócitos/ml, com 36% de PMN e 64% de MN; glicose = 33 mg/dl; proteínas = 1.6 g/l ; cloro = 116 mmol/l e VDRL negativo.

Efectuou tomografia axial computadorizada cerebral que demonstrou a existência de hidrocefalia tetraventricular com ausência de lesões suspeitas de arterite ou granuloma.

Foi colocada a hipótese de meningite tuberculosa com hidrocefalia, dada a forma invulgar de aparecimento da meningite e o predomínio de mononucleares no líquido.

Iniciou tratamento com agentes antituberculosos: isoniazida (10 mg/Kg/dia,po), rifampicina (15 mg/Kg/dia, po), pirazinamida (30 mg/Kg/dia, po) e estreptomicina (20 mg/Kg/dia, im). Manteve a ceftriaxona e alterou o corticóide para prednisolona (2 mg/Kg/dia, ev).

Efectuou exame oftalmológico, que estava normal, e ecografia transfontanelar que revelou dilatação dos ventrículos laterais (1.2/1.2 cm).

O exame bacteriológico do líquido revelou crescimento abundante de *Neisseria meningitidis* e o Ziehl Neelsen era negativo, pelo que se procedeu à profilaxia dos contactantes com rifampicina oral, no 8º dia de internamento.

No 11º dia de internamento, após resultado negativo da polymerase chain reaction para o bacilo de Kock (PCR-TB) no líquido, suspendeu o tratamento antituberculoso e o corticóide, mantendo a ceftriaxona até completar 10 dias de tratamento.

Teve alta no 15º dia de internamento com o diagnóstico definitivo de meningite meningocócica com hidrocefalia.

Completo o estudo na consulta externa de pediatria: potenciais evocados auditivos normais; IgA, IgM, IgG, subclasses de IgG, C2-C9, CH50, factor B e properdina normais; C1q = 9 mg/dl (VR = 12.2-20.8 mg/dl); Ac IgG específicos normais, excepto IgG2 anti polisacárido da cápsula dos 23 serotipos mais frequentes do pneumococo = 0.47 (VR>0.54). Actualmente apresenta desenvolvimento psicomotor e estaturoponderal adequado à idade.

Discussão

A meningite é a apresentação mais comum de doença meningocócica e a sépsis a mais devastadora e mais fatal. Ocasionalmente a doença apresenta-se como bacteriemia oculta, pneumonia, faringite ou sépsis meningocócica crónica (7,8).

A bacteriemia oculta por *Neisseria meningitidis* ou doença meningocócica insuspeita (DMI), é uma forma rara de infecção meningocócica que afecta sobretudo crianças entre os 3 e os 24 meses de idade. Caracteriza-se por febre e bacteriemia sem uma fonte óbvia (9).

A incidência de DMI é extremamente baixa: 1-142.000 nos estudos de Press; 1- 34.000 nos estudos de Wang (valor, segundo o autor, provavelmente sobre-estimado dado tratar-se de um hospital de referência); e 2-6733 crianças dos 3-36 meses (0,029%) com temperatura superior ou igual a 39º C nos estudos de Fleisher (10,11).

Os dados relativos à história natural da bacteriemia oculta por *Neisseria meningitidis* são limitados devido à baixa frequência das infecções meningocócicas em geral. No entanto, o risco de desenvolver complicações graves é maior do que nos casos de bacteriemia oculta por *Streptococcus pneumoniae* e *Salmonella* não tifoide. Num estudo com 113 crianças com culturas positivas para *Neisseria meningitidis*, 42% desenvolveram meningite, 3% necrose das extremidades e 4% morreram. Outras complicações como pneumonia, choque séptico e complicações neurológicas também foram relatadas (1).

O diagnóstico com base no julgamento clínico não é adequado, dado que uma criança com bacteriemia oculta pode não parecer gravemente doente quando é observada pela primeira vez. Sintomas não específicos de doença vírica como diarreia ou sintomas do tracto respiratório superior são referidos com frequência. Por outro lado, processos bacterianos focais como otite média aguda e pneumonia podem coexistir com bacteriemia. O diagnóstico inicial de infecção das vias aéreas superiores, febre de etiologia desconhecida e, menos frequentemente, de infecções focais como otite média aguda, é muitas vezes evocado (1,12).

A identificação de todas as crianças com bacteriemia oculta é extremamente difícil. Existem alguns factores de risco que sugerem o diagnóstico: idade compreendida entre três meses e três anos, temperatura maior ou igual a 39.0° C e contagem de leucócitos maior ou igual a 15.000/microL (13).

Uma contagem de leucócitos superior a 15.000/microL numa criança com febre, identifica cerca de dois terços das crianças com bacteriemia oculta. No entanto, apesar do atraso dos resultados, a hemocultura é o único teste definitivo (14).

Alguns estudos descritos na literatura referem que, dos parâmetros hematológicos usados frequentemente na avaliação de crianças febris, só a contagem de neutrófilos em banda difere significativamente entre as crianças com bacteriemia oculta por *Neisseria meningitidis* das crianças que apresentam culturas negativas (15).

No caso de bacteriemia oculta por *Streptococcus pneumoniae* tanto a contagem de leucócitos como a contagem absoluta de neutrófilos e de neutrófilos em banda mostrou-se mais elevada nas crianças com culturas positivas do que nas que apresentavam culturas negativas. A proteína c reactiva e a velocidade de sedimentação eritrocitária não se mostraram sensíveis nem específicas para rastrear casos de bacteriemia oculta (1).

A susceptibilidade à doença meningocócica é maior nos lactentes entre os 3 e os 24 meses de idade, diminuindo gradualmente à medida que a actividade bactericida do soro se desenvolve contra os serogrupos da *Neisseria meningitidis*.

A ausência de anticorpos bactericidas contra as estirpes infectantes predispõe ao desenvolvimento de doença invasiva pouco tempo após a colonização das vias aéreas superiores (7). Os indivíduos com deficiência dos componentes terminais do complemento C5-C9 ou propeptidina têm risco aumentado de desenvolver doença meningocócica. No entanto, das crianças que desenvolvem doença a maioria é previamente saudável (15).

O tratamento empírico de todas as crianças febris para diminuir o risco de complicações não é praticável, dada a baixa incidência de DMI e ao facto destas crianças não poderem ser distinguidas das restantes, pelo exame objectivo ou pelos dados laboratoriais (5).

Uma criança que apresente factores de risco e uma forte probabilidade de bacteriémia oculta por *Neisseria meningitidis* (contacto com um caso conhecido de doença meningocócica; surto de doença meningocócica, na qual a taxa de ataque pode ser vinte vezes superior à taxa endémica; e doentes com febre e petéquias) deve ser sujeita a uma investigação mais detalhada e à instituição precoce de antibioterapia (primeira visita médica), uma vez que esta está associada a uma diminuição das complicações em lactentes pequenos com DMI. A administração precoce de antibiótico não se traduz, contudo, numa diferença significativa relativamente à percentagem de mortes ou sequelas permanentes (1, 6, 16).

Alguns estudos demonstram que certas drogas, particularmente a amoxicilina administrada por via oral, não são eficazes a eliminar a bacteriémia oculta e a prevenir a sequela mais grave, a meningite (14).

No nosso caso tratava-se de um lactente de 10 meses de idade, previamente saudável, cujo estudo imunológico alargado não revelou alterações significativas.

Foi feito inicialmente o diagnóstico de faringite e posteriormente, de otite média aguda com administração de dois antibióticos (macrólidos), sem melhoria clínica.

O quadro arrastado da doença e o predomínio inicial de mononucleares no líquido com glicorráquia baixa e proteinorráquia elevada levaram a colocar a hipótese de meningite tuberculosa, que foi afastada após o conhecimento do exame bacteriológico e da PCR-TB do líquido. O teste de sensibilidade aos antimicrobianos revelou uma *Neisseria meningitidis* sensível à cefotaxime, ceftriaxona e penicilina, contudo, não foi pesquisada a sensibilidade aos macrólidos, o que seria importante neste caso, dado o tratamento prévio com estes farmacos.

Os autores consideram que este caso de meningite terá sido uma complicação de uma bacteriémia oculta por *Neisseria meningitidis* ou doença meningocócica insuspeita.

Por outro lado, demonstra também a importância de um diagnóstico e de uma abordagem terapêutica adequados das infecções das vias aéreas superiores (VAS). Estas, são as patologias agudas e/ou recorrentes mais frequentes na idade pediátrica e também as que motivam maior prescrição de antibióticos em todo o mundo (17, 18).

A percentagem de falsos diagnósticos de otite média aguda (OMA) nos cuidados de saúde primários e nos serviços de urgência pode ser extremamente elevada. Além disso, a maioria das infecções das VAS têm etiologia vírica e resolvem espontaneamente sem necessidade de recorrer a antibioterapia, pelo que, a administração de antibióticos a crianças febris na fase inicial (primeiras 48 horas) não deve ser feita de forma sistemática (18).

As amigdalites e faringites bacterianas são muito pouco frequentes abaixo dos 3-4 anos de idade, sendo mais comuns nestas idades as infecções víricas. O agente bacteriano mais frequentemente implicado é o *estreptococo beta hemolítico do grupo A* (*Streptococcus pyogenes*). Os sinais e sintomas de faringite vírica sobrepõem-se substancialmente aos da faringite por estreptococo grupo A, pelo que, quando se suspeita de infecção por este agente devem ser

realizados testes laboratoriais que confirmem o diagnóstico: cultura do exsudado faríngeo e/ou teste de detecção de antigenos. O tratamento antimicrobiano não deve ser administrado na ausência de diagnóstico de infecção por estreptococo do grupo A ou outro agente bacteriano (21).

Até à data não foram identificados no mundo estirpes desta bactéria resistentes à penicilina, pelo que esta continua a ser a droga de referência, uma vez que é altamente eficaz no tratamento da faringite e na prevenção da febre reumática (17, 18, 20).

Na ausência de penicilina oral em Portugal, a amoxicilina continua a ser a droga de escolha por esta via (50 mg/Kg/dia bid 6 dias ou qid 10 dias) (18).

O resfriado comum ocorre 3 a 8 vezes por ano na maioria das crianças e é motivo frequente (cerca de 50% dos casos) de prescrição de antibióticos. Pode-se evitar o uso desnecessário de antibioterapia se se reconhecerem os sinais e sintomas habituais nesta situação. A rinorreia mucopurulenta frequentemente acompanha um resfriado e é parte natural do curso de uma rinossinusite vírica, não tem indicação para o tratamento antimicrobiano, a menos que persista por mais de 10-14 dias (25).

No nosso caso, foram feitos dois diagnósticos de infecções das VAS: faringite e OMA. Foi iniciado tratamento com um macrólido (azitromicina) no primeiro dia de doença para uma suposta faringite e posteriormente foi de novo medicada com outro macrólido (claritromicina) para uma OMA. Parece-nos pouco provável a criança apresentar uma faringite bacteriana que justificasse o uso de antibioterapia no primeiro dia de doença, dada a sua idade, e por outro lado, o macrólido não seria o fármaco a utilizar como primeira escolha. Relativamente à OMA a ter sido um diagnóstico efectuado correctamente, poderia tratar-se de uma infecção focal numa criança que simultaneamente apresentaria bacteriémia. Também aqui, pensamos que o macrólido não seria a opção terapêutica de primeira linha.

Conclusão

A doença meningocócica é classicamente pensada como meningite aguda ou septicémia fulminante, no entanto uma ampla gama de sintomas e graus de gravidade podem estar presentes na prática clínica.

Uma criança com febre e sem foco infeccioso conhecido pode estar numa fase inicial de bacteriémia, que se não for tratada pode dar origem a uma complicação sistémica como a meningite.

É importante estabelecer uma estratégia racional para identificar e tratar estas crianças antes que surjam sequelas significativas.

O caso clínico que descrevemos é o exemplo de uma forma de apresentação invulgar de meningite meningocócica, que poderá ter sido a complicação de uma bacteriémia oculta por *Neisseria meningitidis*, na qual as manifestações clínicas de meningite só surgiram no vigésimo dia de doença.

Bibliografia

1. Kuppermann N: Emergency Medicine: Occult bacteremia in young febrile children. *Pediatric Clinics of North America*, 1999 Dec; 46(6):1073-1109.
2. Baraff LJ, Lee SI: Fever without source: management of children 3 to 36 months of age. *Pediatr Infect Dis J*, 1992; 11:146-51.
3. Shapiro ED, Aaron NH, Wald ER, Chiponis D: Risk factors for development of bacterial meningitis among children with occult bacteremia. *J Pediatrics*, 1986; 109:15-19.
4. Dows SM, McNutt RA, Margolis PA: Management of infants at risk for occult bacteremia: A decision analysis. *J Pediatrics*, 1991; 118:11-20.
5. Lieu TA, Schwartz JS, Jaffe DM, Fleisher GR: Strategies for diagnosis and treatment of children at risk for occult bacteremia: clinical effectiveness and cost-effectiveness. *J Pediatrics*, 1991; 118:21-29.
6. Wang VJ, Malley R, Fleisher GR, Inkelis SH, Kuppermann N: Antibiotic treatment of children with unsuspected meningococcal disease. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000; 154:556-560.
7. Salzman MD, Rubin LG: Meningococcemia. *Infectious Disease Clinics North America*, 1996; 10:709-725.
8. Mesquitela M, Monteiro E, Mendes MRA, Miranda MH, Marques MP: Meningococcemia crônica, a propósito de um caso clínico. *Revista Portuguesa de doenças infecciosas*, 1978; 1:119-122.
9. Griffiss JM: Infecções meningocócicas. *Harrison, Medicina Interna*. Ed Guanabara Koogan, 1992.
10. Press S: The pediatric forum. Incidence of unsuspected meningococcal disease. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2001;155:
11. Wang V: The pediatric forum. In reply to letter Incidence of unsuspected meningococcal disease. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2001;155:
12. Sullivan TD, LaScola LJ: Neisseria meningitidis bacteremia in children: Quantitation of bacteremia and spontaneous clinical recovery without antibiotic therapy. *Pediatrics*, 1987; 80:63-67.
13. Fleisher GR: Management of children with occult bacteremia who are treated in the emergency department. *Rev Infect Dis* 1991 Jan-Feb; 13 Suppl 2:S156-9.
14. Harper MB, Fleisher GR: Occult bacteremia in the 3-month-old to 3-year-old age group. *Pediatr Ann* 1993 Aug; 22(8):484, 487-93.
15. Kuppermann N, Malley R, Inkelis SH, Fleisher GR: Clinical and hematologic features do not reliably identify children with unsuspected meningococcal disease. *Pediatrics*, 1999; 103 (2).
16. Jamuna R, Srinivasan S, Harish BN: Factors predicting occult bacteremia in young children. *Indian J Pediatr* 2000 Oct; 67(10):709-11.
17. Calado V: Infecções respiratórias altas. Em *Permanyer Portugal ed. Biblioteca de Imunoterapia – Infecções respiratórias na criança*. 2001:1-18.
18. Lemos L: Terapêuticas antibióticas curtas / simplificadas- Otite média aguda, amigdalite estreptocócica. Uma boa ajuda para o ambulatório!. *Saúde infantil* 2000, 22/2:5-10.
19. Schwartz B, Marcy SM, Phillips WR, Gerber MA, Dowell SF: Pharyngitis - Principles of judicious use of antimicrobial agents. *Pediatrics* 1998; 101 (1):171-174.
20. Bluestone, Klein: Otitis media in infants and children. WB Saunders Company, 2001.
21. Rosenstein N, Phillips WR, Gerber MA, Marcy SM, Schwartz B, Dowell SF: The common cold- – Principles of judicious use of antimicrobial agents. . *Pediatrics* 1998; 101 (1):181-184.

Correspondência: Armandina Moreira Silva Neto
 Rua de São Mamede, 99 — Seroa
 4595-456 Paços de Ferreira
 email: armandinasilva@mail.pt

Instantâneos de Benguela, por uma interna de Pediatria

Depois de entrar no internato de Pediatria fui como voluntária para Benguela, em Angola. Durante um ano trabalhei, a maioria do tempo, em cuidados de saúde primários e na prevenção e promoção da saúde, em estruturas de saúde que pertenciam à Igreja Católica.

Raramente vivi situações de grande risco ou catástrofe, mas testemunhei as consequências de uma guerra fratricida que priva as crianças da família, da escola, de um ambiente saudável e seguro, os jovens de uma perspectiva de futuro, os adultos de realização e os idosos de um final de vida digno; em que o anormal se torna o dia a dia.

A teoria dos sistemas diz que o total é mais do que a mera soma das partes. O quanto esta teoria é flagrante. O quanto algumas situações são diferentes porque algumas pessoas fazem diferente. Revaloriza-se o indivíduo enquanto consciente, crítico e independente, mas trabalhando solidário, em grupo, para um bem comum. As muitas vezes que nos enganamos pensando que o eu não faz diferença, quando faz TODA A DIFERENÇA. O eu, o outro e o objectivo comum, de preferência, o Bem.

Ficam aqui alguns textos desgarrados, escritos em diferentes momentos e com diversos sentimentos, impressões, venturas e desventuras.

Os cuidados de saúde primários

Imagens curtas de uma situação gigante

Terapêutica - Quem, onde, como, porquê.

Os cuidados primários de saúde – consulta, prescrição, curativos e prevenção são realizados quase exclusivamente por técnicos não médicos. A prescrição é baseada no sintoma predominante, sendo rara a noção de diagnóstico etiológico, mesmo que empírico, bem como a noção de doença vírica.

Toda a febre sem foco é paludismo. Em toda a febre com foco procuram-se sinais de um paludismo concomitante. A não efectividade do seguimento e a evolução grave e fatal do paludismo leva ao seu sobrediagnóstico.

As doenças pediátricas mais frequentes são a malária, as doenças diarreicas agudas, as infecções respiratórias (incluindo tuberculose pulmonar e extrapulmonar), as infecções cutâneas e a desnutrição.

Existe uma estrutura pública de saúde, com hospitais, centros de saúde e postos de saúde, insuficiente em meios técnicos e humanos para atender às necessidades da população que se concentra cada vez mais nos centros urbanos. As clínicas, centros de saúde e postos privados multiplicam-se, com fins sociais ou lucrativos. São das Igrejas, da Cruz Vermelha, ou de Particulares. Estes associam-se em clínicas ou transformam o seu domicílio em consultório, por vezes até com internamento. Esta multiplicação de estruturas existe pela incapacidade de resposta da estrutura pública de saúde e pela concentração de técnicos, nas cidades, com diferentes graus de formação, sem integração profissional e com rendimentos muito baixos.

Apesar das poucas condições económicas da população e dos limitados recursos de saúde, na cidade manifesta-se já um padrão de consumo dos cuidados de saúde. Os doentes exigem análises, acreditando que estas revelarão a causa oculta do seu mal-estar, e a medição injectável como garantia da cura certa e segura.

Na praça, entre os artigos higiénicos e a zona dos alimentos processados (massas, óleo,



Mercado ao ar livre: venda de medicamentos.

enlatados...) encontra-se a área dos produtos farmacêuticos (soros, sistemas, seringas, agulhas, álcool, algodão, gaze, bolsas para transfusão sanguínea, antibióticos, antipalúdicos, tuberculostáticos, anti-hipertensores, vitaminas e sais minerais...) orais ou injectáveis, dentro ou fora do prazo, com ou sem condições de armazenamento, tudo se vende no mercado paralelo e nas farmácias, quase nada nas estruturas do SNS.

A situação da cidade de Benguela contrasta com a situação do interior da província onde as pessoas têm de percorrer dezenas de quilómetros, a maioria das vezes a pé, por estradas perigosas, para encontrarem um medicamento, um posto de saúde ou um hospital.

Promoção da saúde – A Pastoral da Criança

No Lobito conheci a Irmã Lídia Mader, brasileira, da Congregação Feminina – Irmãs da Caridade de S. Vicente de Paulo. Trabalhava há mais de uma década com a Pastoral da Criança no Brasil quando foi convidada por D. Oscar Braga, Bispo de Diocese de Benguela, para iniciar em Angola a Obra da Pastoral da Criança (PC).

No primeiro contacto contou-me a história da Pastoral da Criança: como nasceu*, o seu lema*, a força do voluntariado* e como para atingir o seu objectivo de diminuir a mortalidade infantil, nas zonas de maior pobreza, foi obrigada a criar formas de promover a mulher, de envolver a família da criança e a descobrir com ela alternativas criativas de rendimento familiar.

Para atingir esses objectivos, a Pastoral da Criança usa os seguintes meios: cuidar da gestante, estimular o aleitamento materno, pesar e acompanhar o desenvolvimento das crianças e incentivar as mães para que vacinem os seus filhos e lhes dêem soro oral.

No Lobito, desde 1996, a PC organizou-se em dois dos bairros mais pobres e de piores condições sanitárias: Cassai e Cabaia. Em cada um formou um grupo de líderes, maioritariamente mulheres, que receberam sessões de formação após o que passaram a acompanhar 10 famílias da sua comunidade como promotores de saúde, elaborando registos do seguimento das famílias pelas quais são responsáveis. Cada grupo de líderes



Crianças

elege entre eles o seu líder, cuja formação é mais exigente e tem maior participação na coordenação das actividades da PC.

Participei num dos seminários de formação dos *líderes dos líderes*. Falei-lhes de Diversificação Alimentar. Em vez de papas lácteas foi necessário enriquecer o *matete* (papa) de

* Gerada em 1982, numa reunião da ONU, quando Mr. James Grant então Director executivo da UNICEF convence Dom Paulo Evaristo Arns, Cardeal Arcebispo de S. Paulo (Brasil) que a Igreja poderia salvar muitas vidas de crianças através de acções básicas de saúde simples e de baixo custo. Nasce em 1983, através da Dra. Zilda Arns Neumann, Médica e Pediatra Sanitarista, irmã de Dom Paulo, com o lema inspirado na Sagrada Escritura – “Para que todas as crianças tenham vida e a tenham em abundância” (cfr. Jo.10,10).

Tem como objectivos gerais diminuir a morbimortalidade materno-infantil facilmente prevenível; preparar as famílias para a missão de cuidar da saúde, nutrição e educação das crianças; democratizar o conhecimento das acções básicas de saúde, nutrição e educação; resgatar os valores de solidariedade entre as famílias, da correspondência social, da cidadania, da ecologia e da paz; criar formas de promover a mulher, despertar e capacitar lideranças comunitárias e descobrir com elas alternativas criativas de rendimento familiar.

“O grande objectivo, à volta do qual gira todo o trabalho da Pastoral da Criança é diminuir a mortalidade infantil...Graças ao trabalho solidário de mais de 145 mil voluntários, a Pastoral da Criança conseguiu reduzir a mortalidade infantil a menos da metade da média nacional entre as crianças por ela acompanhadas em todo o Brasil. Segundo o Unicef, a taxa de mortalidade infantil no Brasil em 1999 foi de 34,6 mortes para cada mil crianças nascidas vivas. Entre as centenas de milhares de crianças da Pastoral esta taxa é inferior a 17 mortes para cada mil nascidas vivas. Se for tomado o número de mortes para cada grupo de mil crianças menores de um ano acompanhadas pela entidade, esta taxa fica abaixo de 12 óbitos. Isto tudo significa que, por ano, cerca de 5 mil crianças deixam de morrer no Brasil, graças ao trabalho da Pastoral da Criança.” www.rebidia.org.br

milho com farinha de amendoim. Como as sopas não fazem parte do padrão alimentar, aconselhar as mães a cozer legumes foi complicado, mas a partir do *lombi* (folhas de verduras e de leguminosas como a abóbora e o feijão, cozidos e salteados em óleo) talvez se conseguisse alguma coisa. A introdução da fruta, essencialmente a banana e o mamão, foi outra inovação. O tema "O Desenvolvimento" também suscitou grande interesse. Quiseram perceber porque é que algumas crianças não falavam.

As reuniões de formação de *líderes* ocorrem uma vez por semana. Percorrem vários temas, ensinando atitudes práticas. Uma delas é a preparação de soro de rehidratação oral caseiro com uma colher grande de açúcar e uma pequenina de sal, para um copo de água. Todos os líderes têm de treinar durante a sessão. Uma vez por semana há Formação de Gestantes e uma vez por mês a Celebração da Vida, dia de pesagem das crianças.

A PC elaborou um projecto de latrinas familiares, cujo financiamento demorou 3 anos a ser angariado. Durante este tempo fizeram várias campanhas de limpeza dos bairros, sensibilizaram diversas vezes a população pouco receptiva à importância desta mudança para melhorar a saúde das suas crianças.

Uma das áreas que a PC desenvolve é a da medicina natural, pelo que tive oportunidade de prescrever xarope de coração de banana, um expectorante. Preparam também suplementos alimentares de vitaminas (feitos à base de folhas verdes escuras secas e pisadas) e de cálcio (a partir de casca de ovo seca e moída). Estes suplementos são adicionados às refeições em pequeninas quantidades.

Prevenção – Jornadas Nacionais de Vacinação

Angola é um dos reservatórios mundiais de poliovírus selvagem e o 5º país com maior incidência de poliomielite. A OMS em conjunto com o Ministério da Saúde Angolano delineou uma estratégia para a erradicação da poliomielite em Angola até ao ano 2005.

A estratégia elaborada consiste: na vacinação de rotina, nas Jornadas Nacionais de Vacinação, na "Operação Limpeza" e na Vigilância da Paralisia Flácida Aguda.

As Jornadas Nacionais de Vacinação realizam-se 3 vezes por ano, em meses sucessivos, correspondendo às 3 doses de polio oral (Sabin), administradas a todas as crianças entre os 0-5 anos de idade, pela técnica casa a casa.

Em cada província, os municípios e as comunas são subdivididos em áreas técnicas de vacinação. Cada área é constituída por 1 coordenador, 5 supervisores e 50 equipas. Cada coordenador (área) é responsável por 5 supervisores (subáreas) e cada supervisor orienta o trabalho de 10 equipas de 2 elementos cada: o registador e o vacinador. Cada subárea é por sua vez dividida em 10 porções e cada uma destas é atribuída a uma equipa de vacinadores. A equipa deve bater em cada casa e vacinar todas as crianças abaixo dos 5 anos. Um elemento vacina e o outro regista no cartão de controlo que servirá para a estatística

nacional. A equipa deve passar várias vezes no mesmo local para ter a possibilidade de encontrar toda a população residente. As equipas de vacinação são constituídas por elementos da comunidade a vacinar, muitas vezes voluntários – técnicos de saúde, escuteiros, jovens e elementos de diversas associações civis.

Em 2001, as Jornadas ocorreram de forma simultânea em todo o país. Devido aos conflitos militares o acesso a determinadas áreas foi restrito. A campanha contou com a colaboração dos países vizinhos para vacinar as crianças das zonas fronteiriças. É difícil colocar as vacinas nas áreas a vacinar, ter vacinadores preparados no local e manter a cadeia de frio necessária à conservação das vacinas. Nas cidades litorais os recursos técnicos e humanos são mais acessíveis.

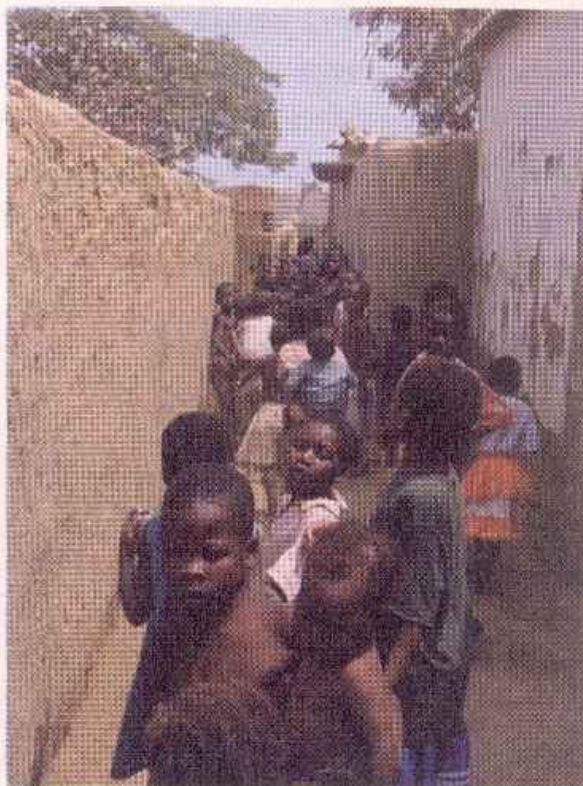
Nesta participação tive o contacto mais próximo com a população. Entrei nos pátios, conheci as casas, encontrei puérperas com recém-nascidos, crianças pequenas a cuidar de irmãos ainda mais pequenos enquanto as mães vendiam na praça, crianças a fugir da vacina e mães que a recusavam “porque era perigosa”.

A vacinação casa a casa torna-se em vacinação de rua quando as crianças se juntam em grupos de volta dos vacinadores. Os mais pequenos não querem, os de 4-5 anos querem repetir e os mais velhitos dizem que têm 5 anos para também receberem

Trazem os irmãos mais pequenos, os primos e os vizinhos. Os que gostam querem repetir na próxima volta ou no dia seguinte. “A estrelinha cuia como sambapito. Sambapito

cuia como a estrelinha” é a música que serve de slogan à campanha televisiva e radiofónica que antecede as Jornadas. A estrelinha azul de 5 pontas, a receber as duas gotinhas da vacina é a mascote das Jornadas e conhecida pela maioria da criança que começa a cantar quando vê os vacinadores. Sambapito é uma palavra para chupa-chupa.

Nas últimas Jornadas participei como monitora de qualidade e pude aperceber-me da longa cadeia necessária até chegar à rua. A campanha publicitária, o contacto com as autoridades administrativas, tradicionais e religiosas, o acesso à população, a cadeia de frio, o registo correcto para avaliar a cobertura da campanha vacinal e para mais tarde dirigir as “Operações de Limpeza” às zonas não cobertas, o rigor dos vacinadores no percurso da sua área, tudo isto envolve a convergência de esforços individuais.



III JNV 2001: crianças dos bairros.

Os cuidados de saúde secundários

O Hospital da Missão do Cubal

A cerca de 150 Km de Benguela situa-se o Cubal, uma vila colonial, onde passava a linha do caminho de ferro. Em 1973 foi construída a Missão Católica do Cubal, na periferia da vila, constituída pela igreja, a casa dos Padres Saletinos, uma escola e um posto de saúde. A escola e o posto de saúde foram entregues ao cuidado das Irmãs Teresianas. Actualmente a comunidade é constituída por 4 Irmãs espanholas (2 médicas), 6 Irmãs angolanas e 1 Irmã portuguesa. O posto de saúde foi crescendo e com os apoios estrangeiros é hoje um Hospital com Unidade de Internamento de Medicina, Cirurgia; Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, uma Unidade de Tratamento de Tuberculosos e um Centro de Nutrição Intensiva para crianças desnutridas.

Após uma noite de chuva intensa o dia amanhece claro, com cheiro a terra molhada. As crianças descalças vão chegando à escola nas suas batas brancas obrigatórias, com um caderno, um lápis e por vezes uma borracha. Passo em frente do edifício onde estão alinhadas a cantar o hino nacional, sob orientação da Irmã Modesta. Chego ao pavilhão da for-



Hospital do Cubal: Consulta Externa.

mação onde os trabalhadores se reúnem para a oração da manhã preparada por um deles e para as comunicações necessárias à gestão hospitalar. Neste edifício há reuniões de formação contínua, 2 vezes por semana.

Às 7 horas participo na reunião de mudança do piquete. O turno da noite passa o trabalho à equipa médica (Irmã Tereza, Dr. Alexandre, Dra. Luba, Dra. Ivone, Dr. Luís e eu) e aos responsáveis das enfermarias. Vão

dando conta da urgência e das várias salas de internamento. Na Pediatria, várias crianças com febre, uma criança com convulsões e gemido sem febre, uma criança em estado grave que não melhorou, uma falecida. A filha do Máquina, um dos técnicos, continua mal.

Vou tomar o pequeno-almoço a casa das Irmãs. Depois, de volta ao hospital, o Dr. Luís e eu passamos a visita às enfermarias de Pediatria: 6 e 7 cuidados intensivos, que são enfermarias onde se fazem as transfusões e as terapêuticas endovenosas; 8 e 9 enfermarias dos casos já controlados. Vi as crianças da 7: dez crianças com paludismo, três das quais transfundidas por anemia grave, uma desidratada (o menino de 3 meses, com convulsões apiréticas referido na passagem do piquete, e que faleceu uns dias depois), outro complicado de AVC; uma criança com uma crise venoclusiva, outra com um abscesso maxilar,

outra com uma broncopneumonia e duas crianças com suspeita de tuberculose (a do menino de 3 anos associada a desnutrição, desidratação e anemia que faleceu uns dias depois). Algumas destas crianças estão doentes há semanas, por vezes apresentam escarificações recentes do tratamento tradicional. É frequente os pais fazerem quilómetros a pé para poderem consultar um técnico de saúde.

Vou almoçar com as Irmãs. Atravesso o hospital, constituído por dois edifícios compridos intercalados pelo jardim e algumas áreas funcionais. Atravesso um pequeno arvoredor e estou na casa das Irmãs.

À tarde volto ao hospital: rever os casos mais graves da 7; rever os processos da 8 e ver os meninos para os quais foi pedida consulta médica após a visita clínica da manhã realizada pelos técnicos. Há uma menina já grandita internada há vários dias, com uma extensa queimadura do tronco e membros superiores, pintada de roxo pela violeta de genciana. Está a fazer uma contractura do cotovelo direito, apesar da mãe lhe mobilizar o membro, à custa de muitas dores.

São 17 horas, já é escuro, nas enfermarias não há luz, porque o gerador é ligado apenas 2 horas no final do dia para a administração da terapêutica vespertina. O combustível comprado ainda não chegou e é necessário poupar a energia para as cirurgias de emergência... O hospital é sustentado pelos técnicos, com capacidade de diagnóstico, prescrição e orientação, na maioria formados pelas Irmãs, e pelos médicos que vão passando pelo hospital. Jantamos com as Irmãs. Ao serão ouvimos as suas histórias de guerra. O Cubal foi zona diversas vezes disputada entre as duas frentes. O Hospital sempre foi um dos poucos locais neutros, recebendo e tratando os feridos de ambas as partes. De certa forma ambas as partes consideram o Hospital "deles".

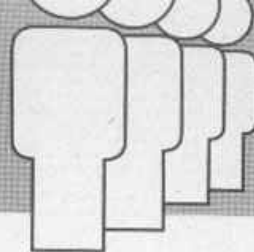
A Irmã Teresa tem sempre o radiotransmissor consigo, qualquer dúvida, qualquer problema numa das áreas do hospital, qualquer urgência mais complicada chamam-na. Está de prevenção 24 horas por dia 7 dias por semana. De momento nem pode alternar as prevenções com a Irmã Milagros que está em Espanha a fazer uma reciclagem.

Desde as 5-6 da tarde o céu fica escuro, anilado e a tempestade aproxima-se de modo que durante a noite o céu desaba-nos em cima. Atravessamos o largo da igreja rapidamente até à casa dos padres, ouvimos um ou outro tiro ao longe. Atravessamos rápido porque às 22 horas desligam o gerador.

Margarida Fonseca

Primeira crise convulsiva apirética. não provocada

(orientações gerais resultantes de estudo prospectivo do S. Neurologia)



Excluídos da presente orientação:

- Convulsões do período neonatal
- Ausências
- Mioclonias
- Espasmos infantis

A maioria dos casos (73% no estudo) não recidivam. Das recidivas, 60% ocorreram nos primeiros 3 meses após a primeira crise.

As recidivas não se relacionaram de forma estatisticamente significativa com:

1. Antecedentes epilépticos de familiares em 1º ou 2º grau
2. Antecedentes pessoais de convulsões febris
3. Problemas do período neonatal
4. Alterações do exame neurológico após a crise

O diagnóstico de epilepsia faz-se após 2 ou mais convulsões não provocadas. Quando se desenvolve epilepsia ela ocorre nos primeiros 12 meses após a primeira crise em cerca de 80% dos casos.

Por princípio o EEG só deve ser solicitado após a 2ª crise e só após esta há indicações para terapêutica anti-epiléptica.

Atitude na primeira crise:

1. Orientação com Diazepam rectal para o domicílio (para o caso de nova convulsão).
2. Não marcação de EEG nem de consulta de neurologia (o seguimento pode ser feito em consulta de Pediatria Geral).
3. Informação aos pais sobre a justificação da orientação.

Serviço de Neuropediatria, Maio 2002



Numa tarde de Verão em que o Serviço de Urgência não tinha muito tempo de espera, foi-me trazida uma ficha clínica com carta de referência. Nesta constava: "Agradeço a observação do João de 11M de idade... por suspeita de maus-tratos". Levantei o olhar e observei um lactente de aspecto descuidado, apenas vestido de camisola e fralda. A senhora que o trouxe referiu:

"Sou assistente Social e fui fazer uma visita domiciliária a uma família referenciada. A casa não tem as condições mínimas de salubridade; encontrei o João deitado no chão, sobre um lençol, apenas com uma camisola vestida. Peguei-lhe ao colo e reparei em várias negras no ombro direito, costas e nádegas. Levei-o ao Centro de Saúde que o enviou para o Hospital".

A observação mostrou um lactente com bom estado geral, bem nutrido, de olhar atento ao que o rodeava e simpático para os estranhos. O exame clínico era completamente normal, sem lesões cutâneas na face ou membros. No dorso, observei "as negras" no ombro direito (Fig.1), na região sacrococcígea, englobando a nádega direita (Fig.2). Eram máculas azul-acinzentadas de cor homogénea e sem relevo. O lactente não manifestou qualquer incómodo à palpação das zonas referidas. Informei a Assistente Social de que se tratava de Manchas Mongólicas, presentes em muitos lactentes e que não têm qualquer significado patológico.

Mais calma a Assistente Social levou-o para junto dos irmãos.



Fig.1 - Mancha Mongólica do ombro direito.



Fig.2 - Mancha Mongólica da região sacro-coccígea.

As **manchas mongólicas** são máculas azul-acinzentadas de tonalidade variável e de margens irregulares que surgem à nascença ou pouco tempo depois. A localização mais fre-



Fig.3 - Mancha Mongólica em criança de raça mongol.

quente é a região lombo-sagrada, podendo ocorrer nas nádegas, coxas, dorso e ombros (1). Está presente em mais de 80% dos recém-nascidos de raça negra ou mongólica, daí o nome! (Fig. 3). Na raça caucasiana apenas 10% dos recém-nascidos estão afectados. Num estudo realizado numa maternidade portuguesa, a mancha mongólica foi encontrada em 22% dos recém-nascidos (2). A cor das manchas deve-se à localização dérmica de melanócitos cheios de melanina, que detiveram a sua migração da crista neural para a epiderme.

Geralmente desaparecem na primeira infância. Podem, no entanto demorar mais anos a desaparecer, principalmente as lesões múltiplas e de localização afastada da região lombo-sagrada.

Cabe notar que por vezes estas máculas são confundidas com hematomas, evocando mal a hipótese de maus-tratos, como foi o caso.

Carmen Bento

Agradecimento: ao Dr. Manuel Salgado pela cedência das fotografias usadas no artigo.

Bibliografia

1. Darmstadt G, Lane A. Enfermedades del recién nacido. In: Nelson Tratado de Pediatría. Mc Graw Hill, 1997.2282-83.
2. Melo H, Teixeira A. Alterações cutâneas nos primeiros dias de vida. In: Saúde Infantil. Abril 2000. 22/1. 17-25.



Em finais de Julho deste ano o actual governo aprovou subitamente, sem consultas prévias aos representantes dos profissionais envolvidos, uma proposta de lei sobre gestão hospitalar.

É fundamental melhorar e racionalizar o trabalho produzido nas estruturas hospitalares do S.N.S.. Devia exigir-se autonomia e responsabilização, muito mais profissionalismo, melhor rentabilização dos recursos, mais eficiência.

Melhorar (e muito) a gestão hospitalar é pois um objectivo pacífico. A via que se pretende utilizar, decorrente desta proposta de lei e tendo em conta o "histórico" nacional nesta área, tem aspectos potencialmente positivos e alguns claramente negativos, ficando muitas incertezas pelo meio. Vou-me referir a dois aspectos negativos mas penso que uma das grandes fraquezas deste projecto é querer melhorar a produtividade com profissionais médicos normalmente ausentes dos hospitais a partir das 13 horas. Já foi dito e redito que este modelo não existe na medicina hospitalar não privada na Europa.

Apesar das conhecidas debilidades do nosso SNS, ao olharmos para o percurso da Pediatria hospitalar portuguesa desde 1976, podemos dizer que se deram nestes 25 anos passos qualitativos gigantescos: ao nível das estruturas físicas e equipamentos mas, e sobretudo, ao nível da qualificação e trabalho em equipa dos múltiplos profissionais envolvidos. Em todas as áreas da Saúde que hoje lidam com as crianças e jovens se constata um grande esforço de melhoria qualitativa, quer na formação pré-graduada quer na formação contínua posterior.

No trabalho hospitalar diário já temos hoje lado a lado, múltiplos licenciados ou professores das várias áreas profissionais que contribuem com o seu saber, dedicação e entusiasmo para a melhoria dos cuidados prestados e para uma nova vivência assistencial multidisciplinar particularmente enriquecedora.

Alguns destes outros profissionais que connosco trabalham no dia-a-dia foram e são motores de implementação de novas, melhores e nomeadamente mais humanas, atitudes assistenciais. Para além das suas qualificações profissionais as suas diversificadas formações culturais e humanísticas são e serão também, cada vez mais, um significativo aporte qualitativo para a equipa de saúde. As múltiplas reuniões formativas comuns e os contactos internacionais cada vez mais frequentes em todas as profissões de saúde, contribuem para rasgar horizontes e cimentar esta coesão.

A atribuição, na nova proposta de lei, de "poderes de Direcção aos Directores de Serviço/Departamento **sobre todo o pessoal**" que os integra, significa que os sectores médicos

conservadores que inspiraram esta medida nada, mas mesmo nada, sabem sobre gestão participada e tentam impor o ancestral nicho de ostentação arbitrária de poder.

Na realidade temos vivido perfeitamente sem este novo articulado. Algumas das dificuldades – que as houve – com o actual sistema podiam e deviam ser discutidas e encontrada melhor solução legislativa. Nada substitui uma direcção colegial, que informalmente tem sido a prática.

A nova redacção virá ocasionar outros e porventura mais complicados problemas por uma eventual Direcção de Serviço ou Departamento potencialmente não dialogante e arbitrária, com uma visão de cima para baixo das relações humanas e nomeadamente inter-profissionais (nem sempre assumida) à qual as novas gerações não se adaptam.

Na minha opinião a Direcção partilhada de Serviço (obrigatoriamente e pelo menos com o sector de Enfermagem) devia corresponder ao modelo mais equilibrado e profícuo.

Quanto à atribuição de "poderes disciplinares ao Director de Serviço/Departamento **sobre todo o pessoal**" respectivo, ... pior a emenda que o soneto.

Todos os aspectos extremamente positivos da evolução da qualidade assistencial na Pediatria hospitalar, se concretizaram nas últimas quase três dezenas de anos, através de uma interligação geral harmoniosa e respeitando a autonomia e complementaridade dos diversos sectores profissionais envolvidos, sem necessidade de nenhum reforço arbitrário dos poderes médicos neste campo.

A esmagadora maioria (as excepções existem em todo o lado) dos profissionais que conosco trabalham deseja, tal como nós, manter e melhorar sempre que possível, a qualidade assistencial.

As dificuldades que surgiram (ou que vierem a surgir) aqui ou ali puderam (e poderão) ser discutidas e resolvidas com eficácia e inteligência, em comum e pelas cadeias hierárquicas respectivas, mantendo a plena funcionalidade do Serviço.

A introdução dos acima mencionados articulados legais vem ferir significativamente as relações interprofissionais.

Espero que ainda haja alguma lucidez e que eles não venham a ser mantidos na futura e definitiva lei.

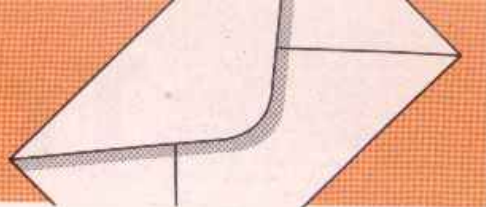
Afinal estamos em que ano?

Luis Lemos

P.S.: No próximo seminário do Johns Hopkins Hospital "New approaches to cost-effective hospital management" a realizar em Novembro próximo, entre os cinco temas a desenvolver encontram-se estes dois: "a team approach that makes all stakeholders part of the solution" e "action based on collegial consensus in which solutions are reached, not imposed".

Uma significativa parte do programa é da responsabilidade de enfermeiras e, como se afirma no programa "Today, nurses at Johns Hopkins are playing a key role in designing and implementing numerous initiatives that are making units as safe as they can be".

A noção de equipa de saúde não é compatível com o "quero, posso e mando" dos Directores de Serviço que esta proposta de lei quer consagrar. Abra as janelas, Sr Ministro!



Quando tenho oportunidade de viajar cultivo a curiosidade de dar uma vista de olhos aos jornais locais e recorto textos que de algum modo me despertam interesse.

Como é evidente, os temas são muito variados e a sua referência não teria aqui qualquer interesse, a não ser quando tem a ver com a nossa profissão de técnicos de Saúde Infantil. A referência que hoje vou fazer, data de 2 de Dezembro de 2001 e foi publicada no Jornal **A TARDE** de Salvador da Baya na página dedicada à saúde e numa rubrica intitulada "Pergunte ao Pediatra".

Passe a vulgaridade da pergunta — *"Quando devo iniciar os exercícios no pinto do meu bebê para evitar fimose?..."*, para atentarmos na resposta, mais numa apreciação da doçura do Português do Brasil do que propriamente na sua verdade técnica.

Da autoria do Dr. Augusto Sampaio, pediatra que se apresenta com número de Fax e E-Mail respigo com a devida vénia algumas passagens (peço ao leitor que experimente um pouco de sotaque).

"O quê?... Exercícios? Oh meu Deus! O pênis do seu filho ainda não está exigindo exercícios. Precisa lutar contra o impulso de sempre achar alguma coisa a fazer com o bebê.... saia de casa, vá ver um filme, ou inscreva-se em sessões de meditação e aula de Yoga, mas atenção não dê bobeira... por favor deixe o pinto do seu filho em paz, pois está longínqua a hora de o dito cujo ter que ficar com a glande de fora... se alguém insistir o prepúcio, de tanto ser violentado, vai terminar abrindo na marra, mas volta a apertar embaixo, como se fora um garrote constringindo abaixo da glande que precisa ser desfeito rápido sob orientação médica. Infelizmente virou uma espécie de mania essa tal ginástica na hora do banho... De puxão em puxão, esgarçam-se as bordas do prepúcio, o que vai formar cicatrizes e aderências, e gerar um estreitamento feito em casa pelas pessoas de casa, suficiente para dificultar uma futura exposição da glande nas horas certas e incertas."

Depois de pedir espera para que a natureza funcione, continua "... em nome da população masculina, o seu bebê agradecerá pela espera, concerteza, sem chorar. Depois dos 8 anos, poderá estar indicada uma providência artificial para corrigir a fimose... a decisão de ter ou não a glande explícita deve ser escolha de cada um."

Ora pois, sem ser novidade não deixa por isso de ser verdade.

Fernando Fagundes



Varicela: recidivas mais comuns do que se poderia pensar!

Num estudo americano que envolveu 9.947 casos de varicela, entre 1995 e 1999, verificou-se que 4,5% dos casos em 1995 e 13,3% dos de 1999 correspondiam a segundas infecções de varicela (os autores referem critérios que, na maioria dos casos, são totalmente compatíveis com a veracidade dos diagnósticos).

As crianças com segundo episódio de varicela eram em geral saudáveis e as reinfecções eram bem toleradas quando ocorreram abaixo dos 9 anos de idade.

Em cerca de 45% das crianças que tiveram reinfecções de varicela foi possível apurar que outro membro da família também tinha tido varicela recidivante.

No ano de 1998 foi feita uma análise mais aprofundada dos casos de reinfecção e constatou-se que cinco crianças tinham tido 3 episódios de varicela, duas crianças teriam tido 4 reinfecções e uma cinco episódios.

A ocorrência do primeiro episódio durante os primeiros meses de vida (imaturidade imunológica) e a existência de factores genéticos familiares são algumas das possíveis explicações.

É bem sabido que pode haver varicelas sem manifestações clínicas (mas comprovadas serologicamente).

Agora ficamos a saber um pouco mais sobre as que apresentam o quadro clínico típico!

Pediatrics, 2002;109:1068-73.

Petéquias em lactentes saudáveis! (mais matéria para reflexão!)

Foram examinados em meio extra-hospitalar 116 lactentes, saudáveis, com idades compreendidas entre 2 e 52 semanas de vida (média de 23 semanas). As crianças foram examinadas por um de dois examinadores e nalguns casos simultaneamente pelos dois. A petéquia foi definida como uma lesão vermelha ou purpúrica de menos de 2mm de diâmetro que não desaparecia à pressão.

Um total de 27% das crianças tinham uma ou mais petéquias. A distribuição das mesmas pelo corpo mostrou que a maioria se localizava no tronco e membros inferiores. Todas as crianças estavam e permaneceram sem doença.

Arch Dis Child 2002;86:291-292.

Impétigo: quando não é necessário o tratamento antibiótico sistêmico, o tratamento tópico mais eficaz é com ácido fusídico

E não vale a pena perder tempo com a utilização isolada da povidona iodada (vulgo Betadine). É o resultado de um estudo inglês, aleatório, duplamente cego e controlado com placebo, realizado por clínicos gerais em crianças dos 0 aos 12 anos de idade.

Foram estudadas 184 crianças e o *Staphylococcus aureus* foi isolado em 96% das culturas. Os dados microbiológicos que conhecemos do nosso ambulatório revelam que os *Staphylococcus aureus* são totalmente susceptíveis ao ácido fusídico.

BMJ (Ed Port) 2002;XI:276-8.