

Director
Luís Lemos

Editor
Luís Januário

Redacção
Boavida Fernandes
Fernando Fagundes
Manuel Salgado

Conselho de leitura
Os profissionais do
quadro técnico do
Hospital Pediátrico

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 2003
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
Rainho & Neves, Lda.

Depósito Legal nº242/82



Hospital Pediátrico de Coimbra

Editorial

O Dr. Asperger _____ 3
H. Carmona da Mota

Germes do ambulatório _____ 5
Luís Lemos

Algumas noções gerais e normas
de orientação sobre TCE _____ 15
José Gustavo Soares, José Augusto Costa, Alexandre Correia,
Francisco Bento-Soares

Intervenção precoce em desenvolvimento _____ 23
José Eduardo Boavida, Luís Borges

Avaliação da dor na criança pré-verbal _____ 35
Luís Batalha, Luís Almeida Santos, Hercília Guimarães

Meningite na criança: revisão de 208 casos _____ 45
Helena Pinto, Carla Meireles, Delfina Coelho, Célia Madalena

Como cuidamos dos nossos filhos? _____ 55
Vânia Machado, Micaela Guardiano, Elisa Teixeira,
Cesarina Silva, Carlos Valente

Caso clínico _____ 61
Síndrome de ruminação
Paula Gonçalves, Luisa Simão, Manuel Salgado

Um caso inesquecível _____ 65
Um falso caso de maus-tratos
Carlos Figueiredo

Revisões bibliográficas _____ 67

Índice 2003 _____ 69

Informações _____ 71

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 separadamente em suporte de papel.
- A referência a cada quadro/gráfico/figura deve ser incluída sequencialmente no texto e indicado claramente — através da colocação da respectiva legenda, separada do texto por um parágrafo — o local da sua inserção.
- Os gráficos devem ser apresentados em ficheiro separado, capaz de ser decodificado através do Excel e acompanhados do respectivo suporte de papel.
- Sempre que não for possível entregar o trabalho em disquete mas apenas em suporte de papel, o mesmo deverá estar limpo e preciso, de modo a possibilitar a sua ulterior digitação electrónica.
- As radiografias devem ser fotografadas pelo autor: As dimensões destas fotografias devem ser de 9 por 12 cm. As figuras podem ser: fotografia, desenho de boa qualidade, de computador ou profissional.

O Dr. Asperger

O espectro autista

As crianças autistas têm um comportamento estranho: não nos olham; em vez de interagir com as pessoas preferem manipular objectos com gestos estereotipados que repetem incessantemente.

Não dialogam; preferem desembaraçar-se sozinhas que pedir ajuda. Não brincam com os outros nem mostram interesse quando lhes apontam algo atractivo.

Pelo contrário, algumas não se cansam de fazer perguntas... mas sem fazer caso das respostas.

A maioria dos autistas revela graves dificuldades; alguns parecem inteligentes – sabem imensas coisas mas que lhes não servem para resolver problemas concretos – é o síndrome de Asperger, a gama alta do espectro autista.

A maior prevalência do autismo é atribuída ao maior reconhecimento do amplo espectro clínico.

O Dr. Asperger

Muitos de nós, médicos, mal olhamos para os doentes, parecendo mais interessados no papel onde tomamos notas.

Quase não interrogamos; privilegiamos o exame físico. Verdadeiramente não dialogamos: formulamos as perguntas e escrevemos as réplicas; não modelamos o discurso de acordo com as respostas preferindo cumprir mecanicamente a ordem dum questionário estereotipado.

Parecemos mais à vontade em manipular os corpos dos doentes que em examiná-los. O diálogo, que já era pobre no interrogatório, extingue-se durante o exame físico – limitamo-nos a questionar (Dói?) e a intimar (Sente-se! Feche os olhos! Não respire ou Respire fundo!...)

Parecemos mais à vontade com os instrumentos que com os doentes; por isso esperamos tanto dos exames dos humores, dos excreta e das imagens. Reagimos mais adequadamente ao apito dum sensor que ao apelo do doente.

Cooperamos mal; preferimos transferir um doente que pedir um parecer e adoptamos o doente enviado para uma segunda opinião.

No fim da consulta, a esfinge de bata branca nada diz além de: — Vai fazer estes exames... ou... Tomar estes medicamentos e depois volta cá.... ou perde-se em minuciosas explicações fisiopatológicas, numa linguagem hermética que deixa os doentes perplexos e ansiosos, sem se dar conta disso. Esta afasia não foi compensada pelo componente não verbal — o fáciis manteve-se inexpressivo durante toda a consulta, sem nos darmos conta disso. Seria assim o oráculo de Delfos, antes de Hipócrates.

As Faculdades de Medicina Asperger

1. Os estudantes da «Peninsula Medical School», UK, vão aprender anatomia com recurso a simulações informáticas e bonecos, abandonando a tradicional via, a dissecação de cadáveres.
2. ... Treinam voluntários para servir de modelo no interrogatório enquanto ultimam um protótipo de CD interactivo que os substitua; chama-se Hall.
3. O ensino de Anatomia será entregue a "um médico alemão, que se celebizou por apresentar esculturas feitas com corpos humanos plastificados"; e por fazer "uma autópsia ao vivo para 300 pessoas e a TV, numa galeria de Londres". **Público, 21 Nov 2002.**

Haverá uma Cadeira de Efeitos Especiais, pelo Prof. Spielberg; a de Pediatria será atribuída ao Prof. W. Disney. Não haverá cadeira de Obstetrícia, dado o êxito dos bebés-provetas em gestação "in vitro". O Prof. Asperger rege a Cadeira de consulta por TM (as siglas actuais são as mensagens cifradas): – "...começa-se por afastar o contacto oral, como se a voz estivesse poluída por um excesso de corporalidade. Depois, passa-se a ignorar os outros. Pode acontecer mesmo que dois seres em silêncio, um frente à solidão do outro mantenham a quimera da comunicação através das teclas que manipulam. As próprias palavras vão perdendo a sua forma até se reduzirem a siglas alusivas. Tira-se a carne às palavras, tira-se a voz às letras". **E. Prado Coelho. Público, 18 Dezembro 2002**

A avaliação dos alunos será feita numa cadeia de montagem (OSCE); a do curso está a cargo da "Contra-informação".

H. Carmona da Mota

saúde infantil

Germes do ambulatório: susceptibilidade aos antibióticos e implicações na terapêutica

(síntese dos dados nacionais e do Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico 1991-2002)

Luís Lemos¹

Resumo

Com base nos dados institucionais do Hospital Pediátrico e nos artigos de âmbito nacional que abordam as susceptibilidades aos antibióticos dos germes colhidos em ambulatório ao longo dos últimos dez anos, fazemos uma síntese de propostas para uma terapêutica mais racional e eficiente.

Nas gastroenterites a germe invasivo, as *Salmonelas* são as bactérias predominantes. Nalguns casos há necessidade de medicação antibacteriana e o Cotrimoxazol é o fármaco mais indicado.

Nas infecções urinárias, em que predomina sempre a *E. coli*, o Cefuroxime e a Amoxicilina/ác. Clavulânico, são os antibióticos mais indicados.

Os *Streptococcus pyogenes* são ainda universalmente susceptíveis à Penicilina/Amoxicilina e cada vez menos aos macrólidos/azálidos.

Os *Haemophilus* são, em cerca de noventa por cento dos casos, susceptíveis à Amoxicilina.

A totalidade das estirpes de Estafilococo dourado é absolutamente resistente à Penicilina mas ainda quase todas susceptíveis à Flucloxacilina.

As estirpes de Pneumococo são ainda susceptíveis a uma dosagem normal de Penicilina/Amoxicilina em cerca de 80%-85% dos casos. A utilização de dosagens ≥ 80 mg/kg/24h permite tratar correctamente cerca de 90-95% dos casos.

Palavras-chave: bactérias, resistências bacterianas, infecções ambulatório, antibióticos.

Summary

Based on the evolution of national and institutional ambulatory microbiologic data from the last ten years we review antibiotic selection to the main extra-hospitalar pathology.

Salmonelas are the predominant etiology in bacterial gastroenteritis. The large majority of cases don't need antibiotics. Cotrimoxazol is very effective against *S. enteritidis*.

For urinary infections *E. coli* is the more frequent bacteria and Cefuroxime (Pielonephritis) or Amoxiciline+ ac clavulanic (Lower infections) are preferred.

Streptococcus pyogenes are still fully susceptible to Penicillin/Amoxicillin and macrolid resistance is now quiet important.

Haemophilus are near ninety per cent susceptible to Amoxicillin.

Staphylococcus aureus are fully resistant to Penicillin but ninety five percent susceptible to Meticillin/Flucloxacillin.

¹ Chefe de Serviço, Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra

Streptococcus pneumoniae are susceptible to Penicillin in eighty to eighty-five percent of cases. With a posology of ≥ 80 mg/kg/24 h we can yet correctly treat near ninety five percent of ambulatory cases.

Keywords: bacteria, bacterial resistance, ambulatory infections, antibiotics.

Introdução

Muito se tem escrito e continua a publicar sobre a evolução das resistências bacterianas aos antibióticos.

Pouco mais de 60 anos após a comercialização do primeiro antibiótico, a Penicilina, um grande número de novos fármacos vieram potenciar o arsenal terapêutico anti-infeccioso e paralelamente um número crescente de bactérias continua a desenvolver, por múltiplos e engenhosos mecanismos, resistências a velhos ou novos antibióticos.

Historicamente sempre foi nos hospitais que se fez a maioria das colheitas para estudos microbiológicos e foi nestas instituições que se desenvolveram as condições técnicas e humanas que têm permitido estudar a evolução das susceptibilidades dos germes – nomeadamente bactérias – aos antibióticos prescritos. É assim natural que a maioria dos estudos publicados sobre esta problemática diga respeito a bactérias colhidas em doentes hospitalizados e em muitos casos com origem na própria instituição. Classicamente considera-se como infecção hospitalar aquela que se manifesta mais de 72 h após a admissão do doente.

A tentativa de separar as infecções contraídas no ambulatório das nosocomiais tem implicações importantes visto que é de esperar que, em geral, os germes em causa, nas infecções contraídas no hospital, sejam diferentes e /ou mais resistentes – por maior exposição prévia a antibióticos mais potentes e de espectro mais alargado.

Alguns estudos prospectivos internacionais ou nacionais têm procurado monitorizar a evolução das resistências de bactérias responsáveis por patologia significativa nos sectores hospitalar ou na comunidade (1-4).

A separação entre infecções hospitalares ou contraídas na comunidade nem sempre é, contudo, fácil. Os grandes sucessos da medicina contemporânea têm permitido longas sobrevidas de doentes com patologias crónicas, submetidos por vezes a frequentes terapêuticas anti-infecciosas, mas orientados durante largos períodos no sector extra-hospitalar (na Pediatria bons exemplos são as crianças com patologia crónica pulmonar: fibrose quística, algumas cardiopatias, miopatias, paralisias cerebrais ou deficiências imunitárias). A eventual investigação microbiológica destes pacientes, quando realizada nos sectores ambulatórios dos hospitais, como é frequente, pode pôr em evidência germes e/ou susceptibilidades em tudo semelhantes às das infecções hospitalares.

O único estudo microbiológico prospectivo de âmbito nacional para bactérias respiratórias da comunidade está, infelizmente, ferido de significativos problemas metodológicos relacionados com a temática acima exposta, pelo que as suas conclusões são controversas (2-4).

A nível da comunidade podemos ter outras surpresas: é conhecido que os níveis de resistência do *Streptococcus pneumoniae* isolado na orofaringe de crianças que frequentam infantários (provavelmente por selecção de estirpes induzida por múltiplos tratamentos

antibióticos e por transmissão cruzada) é muito mais elevado que nas crianças mais velhas ou nos adultos.

Pretendemos fazer o ponto da situação sobre as susceptibilidades de bactérias que frequentemente ocasionam infecções contraídas fora dos hospitais, utilizando para o efeito os dados publicados a nível nacional e os que temos vindo a monitorizar, no Serviço de Urgência do nosso hospital. O conhecimento desta informação deve implicar uma orientação terapêutica mais racional.

Material e métodos

Utilizámos as referências bibliográficas nacionais sobre infecções extra-hospitalares, publicadas na Revista Portuguesa de Doenças Infecciosas, na Revista Portuguesa de Pneumologia, na Acta Médica Portuguesa e na Acta Pediátrica Portuguesa nos últimos 5 anos ou referências internacionais sempre que abordassem dados nacionais (2-14,17).

Os dados microbiológicos do Hospital Pediátrico (HP) respeitantes aos anos de 1991 a 2002 foram obtidos no Serviço de Patologia Clínica do Centro Hospitalar de Coimbra e alguns foram objecto de publicações em revistas nacionais (10-14). Seguem-se algumas informações complementares respeitantes às situações clínicas acompanhantes:

- Os casos de gastroenterite aguda correspondem a crianças cuja clínica se acompanhou de febre elevada, fezes com muco e/ou sangue e cólicas abdominais, admitidos na Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) do Hospital Pediátrico (H. P.) e em que a duração ou intensidade dos sintomas justificou a realização da coprocultura.
- Nas infecções urinárias as *Escherichia coli* foram obtidas das uroculturas colhidas em situações de pielonefrite aguda ou de infecções urinárias baixas, na esmagadora maioria dos casos no Serviço de Urgência (S. U.) e em poucos na C. Externa do H. P. Não foi possível, por razões técnicas, testar a susceptibilidade *in vitro* ao Cefuroxime mas em 100% dos casos, as uroculturas de controlo sob tratamento foram negativas.
- Os *Estreptococos* do grupo A foram isolados a partir de zaragatoas colhidas da orofaringe de crianças com uma quadro clínico de amigdalite aguda constatado no S. U. do H. P.
- Os *Estafilococos* dourados foram colhidos de produtos vários: exsudatos de feridas infectadas, impétigo cutâneo, adenofleimões drenados no S. U. do H. P.
- As estirpes de *Haemophilus influenzae* foram isoladas sobretudo da expectoração (em sessão de Cinesiterapia respiratória) ou em secreções obtidas directamente por endoscopia traqueo-brônquica, na Consulta externa de Pneumologia e na Consulta de Fibrose Quística do H. P.
- As estirpes de *Streptococcus pneumoniae* foram colhidas predominantemente de hemoculturas.

Resultados

1. Germes isolados em gastroenterites agudas/intoxicações alimentares.

- a) Durante o período em estudo foram sobretudo isoladas *Salmonella enteritidis* (total de 57 estirpes) e, mais raramente a *Salmonella typhimurium* (14 estirpes).

No quadro 1 estão resumidos os dados microbiológicos mais significativos referentes às estirpes de *Salmonelas*.

Verifica-se que as *S. enteritidis* são na quase totalidade dos casos susceptíveis ao Cotrimoxazol e que a resistência das *S. typhimurium* – só investigada em 2002 – é muito elevada para a Ampicilina e moderadamente elevada para o Cotrimoxazol.

Quadro 1: Resistências das *Salmonelas*.

Resistências das *Salmonella enteritidis* (total 57 estirpes)

	Ano	Resistência (%)
Ampicilina	1998	11
	1999	24
	2002	13
Cotrimoxazol	1998	0
	1999	0
	2002	4

Resistências das *Salmonella typhimurium* (total 14 estirpes)

	Ano	Resistência (%)
Ampicilina	2002	64
Cotrimoxazol	2002	14

- b) Para além das *Salmonelas* isoladas, a investigação de outros germes revelou em 2001 e 2002 respectivamente dois e três casos de *Campylobacter jejuni* (para este germe a pesquisa não foi sistemática, por falta temporária de meios de cultura adequados). Por razões técnicas não foi possível pesquisar *E. coli* enteroinvasivo/hemorrágico.

2. *E. coli* (infecções urinárias)

No quadro 2 estão resumidos os dados microbiológicos referentes às resistências das *Escherichia coli* colhidas no ambulatório do H. P. (na quase totalidade no S. U.).

Os níveis de resistência para a Ampicilina (Amoxicilina) permanecem elevados, próximos dos 50%. A associação Amoxicilina+ ac. clavulânico é actualmente eficaz em cerca de 95% dos casos e quase 25% das estirpes são agora resistentes ao Cotrimoxazol. A resistência às cefalosporinas de primeira geração atinge em 2002 valores muito próximos de 8%.

3. *Streptococo* beta-hemolítico do grupo A

Em toda a investigação realizada em Portugal (tal como no resto do mundo) não foram até hoje isoladas estirpes resistentes à Penicilina (Amoxicilina).

No quadro 3 está resumida a investigação da resistência do *Streptococcus pyogenes* à Eritromicina/Macrólidos, desde 1996 a 2002.

No nosso Serviço de Urgência as resistências aumentaram significativamente em 6 anos (8 para 16%). Em 2002 este valor passou para 27%, embora ele se refira a poucas estirpes.

Quadro 2: Resistências da *E. coli*.

Nº estirpes	Ano	Resistências	(%)
124 (11)	1995	Ampicilina	45
		Amox+ac. clav.	4
		Cotrimoxazol	12
612 (15)	1998	Ampicilina	46
		Amox+ac. clav.	7
		Cotrimoxazol	16
641 (15)	1999	Ampicilina	48
		Amox+ac. clav.	7
		Cotrimoxazol	20
684 (16)	2000	Amox+ac. clav.	4
		Cotrimoxazol	16
799* (16)	2002	Ampicilina	49
		Amox+ac. clav.	5
		Cotrimoxazol	24

*(655 do S. Urgência)

Quadro 3: Resistência do *Streptococcus pyogenes*.

Nº estirpes/Ref.	Ano	Resistência (%)
100 (S. U. - H. P.) (12)	1996	8
302 (3)	1998-99	35
369 (14)	1997-99	35
273 (9)	1997-99	36
58 (12)	1999	48
213 (4)	2000	21
75 (S. U. - H. P.) (16)	2000-01	16
18 (S. U. - H. P.) (16)	2002	27

4. Hemofilus

A evolução das resistências dos *Haemophilus influenzae* à Ampicilina está resumida no Quadro 4. Não há identificação de serotipos.

Pode-se dizer que há uma grande estabilidade desde há 10 anos, com valores de resistência pouco acima dos 10%.

5. Estafilococo dourado

No quadro seguinte (5) estão resumidos os dados mais significativos da susceptibilidade do *Staphylococcus aureus*.

A totalidade das estirpes é resistente à Penicilina.

De entre as estirpes colhidas no S. U. desde 1998, verificou-se uma muito elevada susceptibilidade à Meticilina (Cloxacilina ou Flucloxacilina): 90 a 100%.

Todas as estirpes testadas desde 1999 foram susceptíveis *in vitro* ao ácido fusídico.

Quadro 4: Resistência dos *Haemophilus influenzae*.

Nº estirpes/Ref.	Ano	Resistência (%)
322 (10)	1991-92	13
	1995	23
	1996	18
419 (7)	1996	20
49 (HP) (15)	1998	16
35 (HP) (15)	1999	5
206 (2)	1997	12
498 (3)	1999	14
403 (4)	2000	13
25 (HP) (16)	2002	12

Quadro 5: Resistência dos *Staphylococcus aureus*.

Nº estirpes/Ref.	Ano	Resistência (%)
106 (15)	1996-97	7
10* (15)	1998	10
8* (15)	1999	0
19* (16)	2000	6
18* (16)	2002	0

* (S. U. - H. P.)

Quadro 6: Resistências do *Streptococcus pneumoniae*.

Nº estirpes/Ref.	Ano	Resistência à Penicilina
		baixo nível/nível elevado -%
149 (HP) (15)	1991-92	10
	1995	26/10
	1996-97	26/2
277 (6)	1996	12/11
59 (8)	1997-98	/ 7
299 (adultos) (3)	1999	13 /11
83 (crianças)		
281 (adultos) (4)	2000	18/6
85 (crianças)		
20 (HP) (16)	2000 - 2002	15/5

6. Pneumococo

No quadro VI estão indicados os dados microbiológicos referentes ao *Streptococcus pneumoniae*.

A evolução da resistência de baixo nível à Penicilina revela valores entre 26% (1995) e 18% (2000) e das resistências de alto nível entre 10% (1995) e 6% (2000). No nosso S. U., nos últimos três anos foram apenas isoladas 20 estirpes de ambulatório, sendo 3 (15%) resistentes há Penicilina mas só uma de nível elevado.

Discussão

O conjunto destes dados microbiológicos, institucionais e nacionais, permite algumas reflexões que julgamos pertinentes e importantes, para a prática terapêutica ambulatoria actual.

Em relação às gastroenterites agudas de origem bacteriana, a nossa experiência revela que as *Salmonelas* são as bactérias mais comuns com claro predomínio das *S. enteritidis*. Quando necessário, o Cotrimoxazol é o fármaco indicado na primeira linha para qualquer das estirpes.

Na nossa experiência a *Shigella* é actualmente muito raramente isolada e a *Yersinia enterocolitica* — também habitualmente susceptível ao Cotrimoxazol — ou o *Campylobacter jejuni*, muito menos frequentes. De referir, contudo, que no nosso Hospital a pesquisa deste último germe não tem sido feita sistematicamente no Serviço de Patologia Clínica, por limitações orçamentais, pelo que desconhecemos a sua prevalência.

Deve ser sublinhado que a maioria das infecções gastrointestinais bacterianas têm uma evolução espontaneamente favorável e não necessitam de terapêutica antibiótica.

No que diz respeito às bactérias isoladas nas infecções urinárias é sabido que a *Escherichia coli* é o germe largamente predominante, tanto em primeiros episódios como em recidivas. Os elevados níveis de resistência para a Ampicilina/Amoxicilina — cerca de 50% — desaconselham totalmente, há já vários anos, a sua utilização.

A associação Amoxicilina + ác. clavulânico é actualmente muito eficaz ($\geq 95\%$ casos) e a mais económica.

O cefuroxime é, na nossa experiência, uma excelente alternativa do ponto de vista da eficácia, visto que, não encontrámos até hoje estirpes de *E. coli* resistentes a este fármaco (todas as uroculturas de controlo, sob tratamento, foram negativas). Infelizmente, por razões técnicas, a susceptibilidade *in vitro* a este antibiótico não tem sido testada sistematicamente no laboratório do Centro Hospitalar, pelo que não podemos apresentar os respectivos valores.

Pela sua excelente eficácia e comodidade posológica da administração oral, tem sido a nossa primeira opção nas pielonefrites agudas.

As cefalosporinas de primeira geração, face ao nível actual de resistências, não são a melhor escolha entre nós.

A investigação actual em relação ao *Streptococo* beta hemolítico do grupo A confirma, em primeiro lugar, que no nosso país como a nível internacional, não foram identificadas até hoje estirpes resistentes à Penicilina. Não estando este antibiótico disponível, por via oral, no nosso país, a Amoxicilina — ou a Penicilina injectável, em raros casos — é o antibiótico

de eleição: espectro o mais reduzido possível, preço bem aceitável (ainda melhor em terapêutica de curta duração).

Nas infecções por este germe, de que o paradigma é a angina estreptocócica, não há qualquer indicação para a prescrição de inibidores de beta-lactamases visto que o *S. pyogenes* não as produz e estudos bem conduzidos já provaram à evidência que a outra flora local da orofaringe não altera a eficácia da Amoxicilina/Penicilina (18).

Em todo o país as resistências do *S. pyogenes* aos macrólidos (equiparável para todos os fármacos deste grupo) e azitromicina, vem aumentando significativamente e os valores actuais indicam que não se deve utilizar na primeira linha nenhum macrólido/azólido para a terapêutica de infecções estreptocócicas, salvo em casos excepcionais de alergia à penicilina.

Em relação às estirpes de *Haemophilus* isolados — sem descrição de serotipos — podemos dizer que as resistências à Ampicilina se têm mantido estáveis (pouco acima dos 10%) pelo que ainda seria perfeitamente lícito utilizar a Amoxicilina na primeira linha de infecções por estes germes. Mas parece-nos importante reforçar três aspectos: **1)** A prevalência das infecções mais significativas/graves, abundantemente descritas durante décadas na literatura pediátrica e devidas ao serotipo b, diminuiu radicalmente em todos os países em que a imunização respectiva foi introduzida, como em Portugal. **2)** Os mais recentes estudos prospectivos europeus e americanos, desenhados para a obtenção de dados etiológicos sobre as broncopneumonias do ambulatório em idade pediátrica, revelam que a incidência dos *H. influenzae* é apenas residual (19-22). Como o tratamento antibiótico das infecções respiratórias altas, em que poderia também estar implicado este germe (otites médias agudas, sinusites) é controverso (23-25), não nos parece haver motivos para significativas preocupações com a bactéria. **3)** O "Estudo Viriato", um estudo nacional, multicêntrico e prospectivo, que procura identificar e estudar do ponto de vista microbiológico os germes que ocasionam infecções respiratórias em Portugal, apresenta infelizmente debilidades metodológicas óbvias. Assim "incluíram-se estirpes de *H. influenzae* (...) isoladas de produtos do aparelho respiratório (expectoração, secreções brônquicas e lavados bronco-alveolares)". "No caso de expectoração e secreções brônquicas sugeriu-se um rastreio prévio da qualidade das amostras, baseado na presença de células epiteliais, neutrófilos e morfologia das bactérias predominantes". Embora tivessem sido excluídas as amostras provenientes de doentes com fibrose quística sabemos bem, na Pediatria, que as bactérias — ao contrário dos vírus — cultivadas em secreções expelidas (raras) ou da orofaringe não podem ser associados à patologia infecciosa alta ou baixa, visto haver grande contaminação da flora local. Também é óbvio que nem mesmo em Hospitais/Serviços centrais de Pediatria é hábito pedirem-se exames culturais de secreções respiratórias em crianças com infecções respiratórias do ambulatório e sem patologia crónica.

Por estas razões os dados deste Estudo para a Pediatria, têm que ser analisados com toda a prudência. Não há nenhuma informação disponível para sabermos, por exemplo, as percentagens de colheitas feitas nas secreções respiratórias — expectoração/aspiração brônquica — e no sangue. E em quantos casos foi feito o rastreio prévio sugerido da qualidade das amostras de expectoração e secreções brônquicas?

No que diz respeito ao *Estafilococo dourado*, uma bactéria implicada em inúmeras infec-

ções do ambulatório (feridas, celulites, adenites, adenofleimões), é sobretudo importante lembrar que a Penicilina é, *in vitro*, ineficaz em todos os casos mas a susceptibilidade actual para a Meticilina (Cloxacilina/Flucloxacilina) justifica amplamente a utilização na primeira linha destes antibióticos. Não foram ainda encontradas resistências para o ácido fusídico. Não dispomos neste momento no laboratório do CHC de dados relativos à susceptibilidade do *S. aureus* do ambulatório às cefalosporinas de primeira geração.

O *Streptococcus pneumoniae* é um dos principais agentes de infecções respiratórias altas (otites médias agudas, sinusites) e baixas (pneumonias), mas também de bacteriemias, septicemias e meningites. Pensa-se que a introdução da recente vacina heptavalente conjugada tem um impacto muito positivo na redução da patologia mais grave. A terapêutica antibiótica para as infecções respiratórias altas não complicadas é controversa, como já dissemos acima. Os dados microbiológicos actualmente disponíveis para o ambulatório revelam que os níveis de resistência à Penicilina não se têm agravado substancialmente na última década e, sobretudo, os níveis de elevada resistência têm-se mantido entre 11 e 6% (apesar das casuísticas referidas ao "Estudo Viriato" estarem enviesadas pelas razões já expostas e provavelmente incluem crianças/jovens com patologia crónica e, portanto, com valores de resistência acima dos esperados para pacientes do ambulatório habitualmente saudáveis). Como é conhecido, a Penicilina (Amoxicilina) é o antibiótico mais eficaz (e eficiente!) e aumentando as dosagens para ≥ 80 mg/kg/24 h, consegue-se uma boa actividade mesmo para estirpes com susceptibilidade diminuída à Penicilina. É também importante reforçar que o mecanismo de resistência desta bactéria não se traduz pela produção de beta-lactamases pelo que não há lógica, quando esta etiologia é evocada, em administrar inibidores de beta-lactamases.

Para as infecções mais graves acima descritas (septicemias, meningites), que não são do âmbito do ambulatório, haverá que ponderar a utilização desde o início de antibióticos que cubram bem eventuais estirpes com elevada resistência à Penicilina.

Agradecimento:

Agradecemos a grande disponibilidade e interesse do Dr. João Sarabando Moreira e agora da Dra. Ana Florinda B. Alves, ex-Director do Serviço de Patologia Clínica e actual Directora do Serviço de Microbiologia do CHC bem como dos seus colaboradores na monitorização e divulgação dos dados relativos ao ambulatório do Hospital Pediátrico.

Bibliografia

1. Felmingham D, Washington J. The Alexander Project Group. Trends in antimicrobial susceptibility of bacterial respiratory tract pathogens – Findings of the Alexander Project 1992-1996 J Chemoth 1999;11:5-21.
2. Melo Cristino J, Fernandes ML e Grupo de Estudo Português do programa Alexander. Estudo multicêntrico internacional de susceptibilidade aos antimicrobianos das principais bactérias responsáveis por infecção respiratória baixa na comunidade. O primeiro ano de participação de Portugal. Rev Port Pneumol 1998;IV:S 1-10.
3. Melo-Cristino J, Fernandes ML, Serrano N et al. A Multicenter study of the antimicrobial susceptibility of *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* and *Moraxella catarrhalis* isolated from patients with community-acquired lower respiratory tract infections in 1999 in Portugal. Microb Drug Resist 2001;7:33-37.
4. Melo Cristino J, Fernandes ML, Serrano N et al. Susceptibilidade aos antimicrobianos de *Streptococcus pyogenes*,

- Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* e *Moraxella catarrhalis* de infecções respiratórias adquiridas na comunidade em 2000. *Acta Médica Port* 2001;14:459-468.
5. Melo Cristino J, Fernandes ML and Portuguese surveillance group for the study of respiratory pathogens. *Treptococcus pyogenes* Isolated in Portugal: Macrolide resistance phenotypes and correlation with T types. *Microb Drug Resist* 1999;5:219-225.
6. Lencastre H, Sanches I, Brito-Avô A et al. Carriage and antibiotic resistance of respiratory pathogens and molecular epidemiology of antibiotic-resistant *Streptococcus pneumoniae* colonizing children in day-care centers in Lisbon: the Portuguese day-care center initiative. *Clin Microbiol Infect* 1999;5:4S 55-63.
7. Lencastre H, Kristinsson K, Brito-Avô a et al. Carriage of respiratory tract pathogens and molecular epidemiology of *Streptococcus pneumoniae* colonization in healthy children attending day care centers in Lisbon, Portugal. *Microb Drug Resist* 1999;5:19-29.
8. Neto AS, Lavado MP, Pessanha MA et al. Bacterial prevalence in nasopharyngeal isolates from portuguese children. Poster. Abstract Book. 17th annual meeting of the European Society for Paediatric Infection Diseases, Greece 1999.
9. Simões AP, Martins F, Aidos A et al. Diagnóstico de amigdalofaringitea *Streptococcus pyogenes*: comparação entre dois métodos de detecção de antígeno e o exame cultural. Resistência da bactéria aos antibióticos. *Acta Pediatr Port* 2000;31:431-437.
10. Taborda A, Drago H, Sarabando Moreira J et al. Resistências bacterianas de *E. coli*, *H. influenzae* e *S. pneumoniae* não-hospitalares. *Rev Port D Infec* 1994;17(2):89-92.
11. Ribeiro C, Beorlegui M, Silva P et al. Resistências bacterianas de *Escherichia coli*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* e *Staphylococcus aureus* não-hospitalares. *Rev Port D Infec* 1997;20 (4):231-234.
12. Alves AFB, Rocha G, Moreira JS, Lemos L. Susceptibilidade do *Streptococcus pyogenes* beta hemolítico do grupo A à Eritromicina. *Rev Port D Infec* 1997;2:41-43.
13. Beorlegui M, Timas R, Rocha G, et al. Evolução das resistências bacterianas de *Haemophilus Influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* e *Staphylococcus aureus* não-hospitalares (1991-1997). *Rev Port D Infec* 1999;1:23-26.
14. Barbeiro MP, Batista MJ, Pessanha MA et al. Avaliação da susceptibilidade do *S. pyogenes* aos antibióticos. Poster. V Congresso Nacional Infecção Hospitalar, Coimbra 1999.
15. Sarabando Moreira J. Dados microbiológicos do Hospital Pediátrico de Coimbra 1991-1999. Comunicação pessoal.
16. Florindo A. Dados microbiológicos do Hospital Pediátrico de Coimbra 2000-2002. Comunicação pessoal.
17. Melo-Cristino J. Alexander Project. Comunicação pessoal. INSA 2001.
18. Tanz RR, Shulman ST, Sroka PA et al. Lack of influence of beta-lactamase-producing flora on recovery of groupA streptococci after treatment of acute pharyngitis. *J Pediatrics* 1990;117:859-863.
19. Heiskanen-Kosma T, Korppi M, Jokinen C et al. Etiology of childhood pneumonia: serologic results of a prospective, population based study. *Pediatr Infect Dis J* 1998;17:986-91.
20. Wubbel L, Muniz L, Ahmed A et al. Etiology and treatment of community-acquired pneumonia in ambulatory children. *Pediatr Infect Dis J* 1999;18:98-104.
21. Drummond P, Clark J, Galloway A et al. Community acquired pneumonia-a prospective UK study. *Arch Dis Child* 2000;83:408-412.
22. Juven T, Mertsola J, Waris M et al. Etiology of community-acquired pneumonia in 254 hospitalized children. *Pediatr Infect Dis J* 2000;19:293-8.
23. Garbutt JM, Goldstein M, Gellman E et al. A randomized, placebo-controlled trial of antimicrobial treatment for children with clinically diagnosed acute sinusitis. *Pediatrics* 2001;107:619-625.
24. O'Brien KL, Dowell SF, Schwartz B et al. Acute sinusitis - Principles of judicious use of antimicrobial agents. *Pediatrics* 1998;101:174-177.
25. Froom J, Culpepper L, Jacobs M et al. Antimicrobials for acute otitis media? A review from the international primary care network. *B M J*;1997;315:100-102.

saúde infantil

Algumas noções gerais e normas de orientação sobre traumatismos crânio-encefálicos (TCE) ligeiros

José Gustavo Soares¹, José Augusto Costa², Alexandre Correia², Francisco Bento-Soares³

Resumo

O traumatismo cranio-encefálico ligeiro constitui uma situação relativamente frequente na idade pediátrica. Na maioria dos casos regista-se uma total recuperação sem sequelas mas é importante estar atento aos sinais/sintomas que indiciam alguma evolução menos favorável.

Nesta revisão os autores relembram a sintomatologia, a avaliação clínica — tendo em conta os diversos grupos etários —, a utilização de meios complementares de diagnóstico e a orientação geral.

É feita uma referência particular às fracturas potencialmente evolutivas e à sua orientação específica. Finalmente foi elaborada uma síntese dos conselhos a transmitir aos pais nestas situações.

Palavras-chave: traumatismo crânio-encefálico; pediatria, conselhos aos pais.

Summary

Non severe head trauma is a very frequent situation among children. In the majority of the cases recovery is very good but it is important to recognise signs and symptoms of a complicated evolution.

The authors review the symptoms, clinical evaluation, investigation and general counselling. Growing fractures are unique to infants under 3 years and they must be checked during the post-injury period. Counselling specifically for parents is proposed.

Keywords: head trauma, children, counselling to parents.

¹ Interno do 6º ano do Internato Complementar de Neurocirurgia

² Assistente Graduado de Neurocirurgia

³ Chefe de Serviço Hospitalar de Neurocirurgia
Centro Hospitalar de Coimbra

Não havendo lugar a uma definição de TCE ligeiro, fique-se com a noção de que ele existe quando de um traumatismo do crânio resulta perda transitória da consciência, perturbação do estado mental ou amnésia, sem défices neurológicos objectivos.

Lesões extra-cranianas dos tecidos moles (feridas, contusões, hematomas...) não implicam a existência de TCE.

É de referir, desde já, que na grande maioria das situações, após um TCE ligeiro, processa-se uma total recuperação, sem quaisquer sequelas, não havendo necessidade de qualquer terapêutica médica ou cirúrgica.

O cérebro encontra-se bastante bem protegido dentro da caixa craniana. Além da resistência que a caixa óssea opõe ao agente traumático, há outros importantes agentes protectores, nomeadamente: os tecidos moles envolventes, com a sua capacidade de deslizamento sobre o perióstio, decompõem a força de impacto levando a que grande parte da energia cinética não se transmita ao conteúdo intracraniano e a dura-mater com a sua elasticidade e o LCR do espaço subaracnóideu, constituindo uma "almofada líquida" envolvente", reforçam a protecção mecânica do cérebro.

As causas mais frequentes de TCE ligeiros na idade pediátrica são:

1. Quedas em acidentes domésticos: da cama, da alcofa, do carrinho de bebé (descuido momentâneo dos responsáveis); de escadas e patamares sem protecção; de balcões de casas em construção; de carrinhos de supermercado, etc.
2. Acidentes em zonas de recreio e em actividades desportivas (condições deficientes, má vigilância).
3. Atropelamentos em zonas urbanas, os quais, felizmente, têm vindo a diminuir (desvio das estradas das povoações, guardas de protecção nos passeios, nos locais de maior risco, etc.).
4. Acidentes de viação (mais frequentes com veículos de duas rodas; franca diminuição de TCE ligeiros em acidentes de automóvel, devido ao uso de cinto de segurança e de cadeiras apropriadas cuja adequada utilização nunca é demais salientar).
5. Criança maltratada – Situação bem mais frequente do que seria de supor e que acontece em todos os estratos sociais. Há lesões, clínica e imagiologicamente identificáveis, que são características dos tipos de agressões a que as crianças são mais habitualmente sujeitas.

Sintomatologia

Nas crianças, os sintomas mais comuns, após um pequeno TCE, são:

1. Vômitos, variando desde um vômito único, até uma sucessão e que, contrariamente ao que sucede no adulto, não têm grande significado.
2. Sonolência.
3. Dor de cabeça, no local do impacto ou difusa.

Trata-se de uma sintomatologia banal que, em regra, regride espontaneamente, desaparecendo passadas algumas horas.

Há certas alterações transitórias das funções neurológicas que frequentemente se manifestam nas crianças, após pequenos TCE e que variam (muito) com a idade.

Nos lactentes é muito pouco frequente haver uma verdadeira perda do conhecimento: a maior parte das referências a perda do conhecimento correspondem, na realidade, a um breve período de imobilização, com os olhos abertos, seguido de choro. Nas crianças maiores, já é frequente encontrar a sintomatologia clássica da concussão cerebral com um período de inconsciência e amnésia retrógrada de grau variável.

É frequente as crianças pequenas apresentarem o que poderíamos chamar de "Síndrome de concussão cerebral pediátrica": pouco depois do impacto, e após um período de aparente recuperação, a criança apresenta-se pálida, com sudorese e certo grau de prostração. É uma situação que aflige muito os familiares, mas que costuma desaparecer espontaneamente sem qualquer intervenção terapêutica. O seu mecanismo fisiopatológico continua por explicar.

Outras perturbações neurológicas transitórias, menos frequente e também sem grande significado, podem ser: fala arrastada, ataxia e desorientação. Duram, em regra, minutos ou horas, com recuperação espontânea total.

As TACs destas crianças são normais e a causa subjacente a estes sintomas continua por explicar. Há quem pretenda relacioná-las com manifestações epileptiformes ou migrainatosas.

Crises convulsivas imediatamente após o traumatismo não têm, em regra, grande significado, mas as de aparecimento tardio devem ser consideradas como um sinal de agravamento.

(Estado clínico)/Avaliação

Antes de mais é de assinalar que a avaliação do estado de consciência e da sua evolução devem ser o alvo principal da nossa atenção, pois são os elementos essenciais para ajuizar da gravidade da situação e despistar o aparecimento de complicações secundárias.

A avaliação de um TCE implica cinco etapas fundamentais, não necessariamente por esta ordem:

1. Pelo **interrogatório** do próprio doente e/ou dos acompanhantes, deve inquirir-se (fundamentalmente): hora e circunstâncias do acidente; estado de consciência imediatamente após e sua evolução até ao momento; se houve vômitos ou convulsões; medicamentos eventualmente administrados, com especial atenção para os que alterem o estado de vigília.

2. **Exame clínico:** a avaliação do estado de consciência é, como atrás dissemos, o elemento essencial e pode resumir-se do seguinte modo:

- a. Normal: memória conservada e boa orientação temporo-espacial.
- b. Obnubilação mental: resposta vagas e imprecisas.
- c. Estado estuporoso: apenas cumpre ordens elementares.
- d. Estado comatoso: quando existe perda de consciência. Estado comatoso ou coma é uma designação vaga que em graus com significado muito diferente. Não tendo, embora, muito a ver com TCE ligeiros, entendemos oportuno fazer-lhe alguma referência.

Sob o ponto de vista prático, para uma rápida apreciação do nível de gravidade de um traumatizado inconsciente, podemos considerar os seguintes quatro graus de crescente gravi-

dade, conforme o modo como reage aos estímulos dolorosos:

Grau I: Reacção pronta e orientada.

Grau II: Reacção inespecífica, com uma "careta" ou movimento desadaptado.

Grau III: Reacção com extensão dos membros (descorticação: flexão dos superiores e extensão dos inferiores, ou descerebração: extensão dos quatro membros).

Grau IV: Ausência total de reacção aos estímulos dolorosos.

A chamada Escala de Glasgow é hoje universalmente aceite para, de algum modo, objectivar, de um modo quantitativo, o nível de gravidade de um TCE.

Varia desde um valor mínimo de 3, que pode corresponder já a morte cerebral, até um máximo de 15 para um estado de perfeita consciência.

Baseia-se em três parâmetros — abertura dos olhos, melhor resposta verbal e melhor resposta motora — assim valorizados:

Tabela 1 – Escala de Glasgow.

Abertura dos olhos	Melhor resposta verbal	Melhor resposta motora
Espontânea4	Correcta5	Obedece a ordens . . .6
A estímulo verbal3	Confusa4	Localiza a dor5
A estímulo doloroso . . .2	Inapropriada3	Retirada a dor4
Nula1	Incompreensível . . .2	Flexão anómala3
	Nula1	Extensão à dor2
		Nula1

Avaliação (de 3 a 15): 3 a 8 - TCE Grave | 9 a 12 - TCE Moderado | 13 a 15 - TCE Ligeiro

Naturalmente que a valorização desta Escala de Glasgow — no que diz respeito à **resposta motora e resposta verbal** — tem que ser feita de um modo diferente nos lactentes e nas crianças pequenas, de acordo com o seu nível de desenvolvimento. Entre as várias propostas de interpretação, citamos a de um autor português (José Carlos Ferreira):

Tabela 2 – Escala de Glasgow – adaptação a criança de baixa idade.

Melhor resposta verbal (> 2 anos)	Melhor resposta verbal (< 2 anos)	Melhor resposta motora
Orientada5	Sorri; segue objectos e sons . .5	Espontânea6
Confusa4	Choro consolável4	Ao tacto5
inapropriada3	Choro persistente3	À dor4
Incompreensível . .2	Agitação2	Flexão anormal à dor . . .3
Nula1	Nula1	Extensão anormal à dor . .2
		Nula1

Perturbações neurovegetativas (regulação térmica, frequência cardíaca, tensão arterial, ritmo respiratório) não são, naturalmente, de esperar como consequência de um TCE ligei-

ro. Quando existam, o seu tratamento de urgência é, em todas as circunstâncias, prioritário sobre qualquer outro e mesmo sobre uma observação mais pormenorizada do doente.

3. Exame local do crânio e face

- a. Otorráquia e/ou equimose mastóideia sugerem fractura do rochedo.
- b. Rinorréia e/ou equimose peri-orbitária "em luneta" sugerem fractura do andar anterior da base do crânio.

À palpação pode detectar-se:

- Zona de afundamento ósseo.
- Ponto doloroso bem determinado, a sugerir existência de fractura a este nível.
- "Hematomas" que podem corresponder a situações distintas:
 - a) *Caput succedaneum* — tumefacção edematosa (podendo ser hemorrágica) sob a pele, por fora da gálea, frequente nos recém-nascidos por parto com ventosa; reabsorve rapidamente.
 - b) Hematoma subgaleal — devido a rotura venosa, entre a gálea e o periósteo. Difunde-se com facilidade, atravessando as linhas de sutura e é de reabsorção lenta.
 - c) Cefalo-hematoma — hemorragia subperióstica, associada a fractura linear do crânio.
 - d) "Bolsa" de líquido — tumefacção mole, relativamente extensa, em regra, de aparecimento tardio (24 a 48 horas após o traumatismo), mais frequente na região parietal e quase exclusivamente em crianças até aos 2 anos. Implica a existência de um traço de fractura, com rotura da dura mater subjacente. Em regra esta situação resolve-se espontaneamente, processando-se a reabsorção dentro de alguns dias. Implica, porém, um controlo radiológico, passados cerca de dois meses, por alertar para a eventualidade do desenvolvimento de uma "fractura evolutiva" de que falaremos mais adiante.

4. Exame neurológico (muito sumário, mas preciso):

- a. Pupilas (dimensões, simetria, reacção à luz).
- b. Défices motores focais.
- c. Sinais meníngeos.

5. Exame somático geral

Para apreciação de outras lesões traumáticas que podem exigir tratamento prioritário, a saber: abdómen agudo, a exigir laparotomia, fracturas que imponham imobilização, lesões torácicas que dificultem a respiração.

6. Exames complementares

A radiografia do crânio mantém a sua utilidade, especialmente, não havendo TAC disponível. Pode evidenciar:

- Traços de fractura ou fracturas multi-esquirolosas, com ou sem afundamento.
- Disjunção das suturas.
- Pneumocelos que, por si só, permitem concluir a existência de uma comunicação com uma cavidade aérea (eventualmente, séptica).

A TAC (tomografia axial computadorizada) é, hoje em dia, o meio complementar de eleição em traumatologia crânio-encefálica. De execução rápida, evidencia o estado anatómico da caixa craniana e do seu nobre conteúdo.

Além de fracturas do crânio, permite identificar, nomeadamente, focos de contusão, hematomas e hemorragias com qualquer localização, edema cerebral, etc.

O eco transfontanelar, pela sua inocuidade e facilidade de execução por mãos experientes, pode ser de grande utilidade nos lactentes, especialmente, para controlo da evolução.

A RMN (ressonância magnética nuclear) não fornece, em regras, mais elementos úteis do que a TAC e, além disso, é um exame muito mais moroso e dispendioso. Poderá, no entanto, trazer vantagem em casos particulares, nomeadamente, na avaliação de sequelas.

O EEG (electroencefalograma) tem pouco interesse inicial, mas pode vir a ser útil mais tarde, em situações de epilepsia pós-traumática.

A angiografia cerebral, após o aparecimento da TAC, deixou de ter interesse como meio de diagnóstico em TCE.

Orientação

Nas crianças, os traumatismos banais, sem perda do conhecimento, sem défices neurológicos, sem fractura do crânio, acompanhados, ou não, de hematoma ou ferida do couro cabeludo, não necessitam de hospitalização nem de observação especializada.

Sonolência e vômitos (iniciais) são sintomas que, por si só, não tem significado pernicioso e costumam desaparecer passadas poucas horas.

Deve, no entanto, alertar-se para a necessidade de vigilância nas horas imediatas, devido à possibilidade — se bem que remota — do aparecimento de complicações secundárias que implicam uma reavaliação e eventual orientação para um meio especializado (cf. folha de "Conselhos aos Pais" utilizada no HP de Coimbra).

A hospitalização impõe-se, para vigilância, durante um período de 24-48 horas se houver alteração do estado de consciência, no momento da observação, perda do conhecimento de certa duração (mais de 5-10 minutos), fractura do crânio, otorrquia ou rinorrquia.

Durante este período, avalia-se o estado de consciência, os valores vitais e o eventual aparecimento de sinais de agravamento secundário (anisocória, hemiparésia...). De acordo com a evolução, a criança terá alta ou será enviada para um meio especializado.

O caso especial da "fractura evolutiva"

É uma patologia apenas conhecida em crianças, quase exclusivamente antes dos 3 anos de idade.

O quadro clínico típico é o de um bebé que, após um TCE ligeiro (por vezes, até, sem referência a traumatismo concreto), desenvolve volumosa colecção subgaleal, mole à palpação, mais frequentemente na região parietal, podendo não apresentar qualquer outra sintomatologia e em que a radiografia do crânio evidencia, a esse nível, um traço de fractura da calote.

Acontece, por vezes, que esta fractura, em vez de se ir esfumando, pelo normal mecanismo de calcificação, tende a tornar-se cada vez mais evidente, levando a uma verdadeira solução de continuidade óssea.

O mecanismo desta evolução não está bem esclarecido, admitindo-se que grosso modo

seja o seguinte: aquando do traumatismo, juntamente com a fractura, houve uma rotura da dura mater subjacente, a qual se retraiu, deixando a superfície cerebral directamente em contacto com os bordos ósseos. A partir daí, os movimentos pulsáteis cerebrais impediriam, por um lado, a espontânea reparação da brecha dural e, por outro lado, exerceriam uma sucessiva acção de erosão óssea, levando ao "crescimento" da fractura que evolui para uma solução de continuidade cada vez maior. Concomitantemente, o córtex cerebral envolvido neste processo vai sofrendo um processo degenerativo local, com fenómenos de gliose cicatricial e frequente associação de um quisto porencefálico.

Como atrás dissemos, esta situação e, em regra, imagiologicamente identificável por volta dos dois meses de evolução e, quando detectada, impõe-se o seu tratamento cirúrgico, com a finalidade de ressecar a cicatriz glial e de proceder à plastia da dura mater e do crânio.

Pelo exposto se conclui que, a uma criança pequena, com volumoso "hematoma" (pode ser sangue e/ou líquido) parietal, associado a uma fractura da calote, se deve fazer uma radiografia de controlo (perfil homolateral), passados 2 meses, para despiste de eventual fractura evolutiva.

Conclusões

A grande maioria dos TCE ligeiros não necessita de qualquer terapêutica ou observação especializada; apenas de uma vigilância prudente, durante algumas horas.

A sonolência, vômitos e cefaleia, nas primeiras horas após o traumatismo, não têm grande significado e tendem a diminuir progressivamente.

O vômito é um sintoma banal, em especial, nos lactentes e tem muito pouco significado, a não ser que se acompanhe de sintomas neurológicos.

Vômitos que apareçam nos dias imediatos, após um TCE ligeiro não têm relação com o mesmo. Investigar as inúmeras causas possíveis.

Proposta de normas gerais de conduta

1. Colher informação do que se passou e da evolução havida até ao momento da observação.
2. Observar a criança, incluindo um exame neurológico muito simples.
3. Mantê-la sob observação durante umas horas.
4. Tranquilizar e dar confiança aos acompanhantes: um TCE minor não traz, em princípio, consequências próximas ou futuras.
5. Não enviar precipitadamente a criança para um meio hospitalar mais diferenciado: o risco da deslocação e da ansiedade provocada aos pais é seguramente muito maior do que o da manutenção da criança em vigilância.
6. Se se decidir o envio da criança para um centro mais diferenciado, informar que ela vai ser observada por alguém mais experiente na matéria que decidirá sobre a conduta a seguir.

Bibliografia

1. Ferreira JC, Cap. V. Perturbações da vigília e coma, in Orientação Diagnóstica em Pediatria 2. Lisboa: Lidel, 2003.
2. Pomata H, Cáceres E, Pico P. Mild head injuries Section 4: Trauma, in Pediatric Neurosurgery. London: Churchill Livingstone, 1999.
3. Raimondi AJ, Chapter 13. Trauma, in Pediatric Neurosurgery. New York: Springer-Verlag, 1987.
4. Reilly P, Bullock R. Head injury. London: Chapman & Hall Medical, 1996.

(Folha de "Conselhos aos Pais" utilizada no Hospital Pediátrico de Coimbra, para ser entregue após observação de uma criança com um TCE ligeiro)

Hospital Pediátrico de Coimbra

Traumatismos Crânio-Encefálicos Ligeiros

Conselhos aos Pais

Esta criança foi assistida neste hospital, por ter sofrido um acidente de que resultou um traumatismo crânio-encefálico ligeiro.

Em princípio, não se espera que dele advenham consequências, mas há certa vigilância que dever ser feita pelos familiares, tendo em atenção os seguintes aspectos.

É natural, nas horas seguintes ao traumatismo:

- Ter vômitos esporádicos.
- Estar menos "viva", um pouco sonolenta e queixar-se de dores de cabeça.
- Recusar os alimentos ou comer menos do que o habitual.

O que deve fazer:

- Assegurar à criança o necessário repouso, evitando visitas e ruídos excessivos.
- Alimentar a criança com pequenas quantidades de alimentos de fácil digestão e bem tolerados (leite, sumos açucarados...), não a forçando a comer, porque pode provocar o vômito.

Se algum dos factos seguintes acontecer, a criança deve ser conduzida ao médico, sem demora:

- Tendência a ficar demasiado sonolenta, ou não despertar quando se chama.
- Mover mal um dos membros ou um dos lados do corpo.
- Aparecimento de convulsões, isto é, movimentos anormais bruscos e repetidos.
- Aparecimento de vômitos repetidos.
- Aumento da dor de cabeça, em vez da sua diminuição progressiva, como é habitual.

O Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra

saúde infantil

Intervenção precoce em desenvolvimento

José Eduardo Boavida¹, Luís Borges²

Resumo

No início dos anos 90, na sequência do sucesso de alguns projectos de intervenção precoce (IP), nomeadamente no distrito de Coimbra (1-8), assistiu-se a uma proliferação de programas um pouco por todo o país. Médicos de família, pediatras, enfermeiros e outros profissionais de saúde são cada vez mais, chamados a colaborar e a participar em programas de IP. Nesse sentido, os autores consideram oportuno fazer uma revisão sobre esta matéria. Enumeram algumas razões que justificam intervir precocemente, definem conceitos e descrevem o que são consideradas boas práticas de IP. Por fim apresentam o enquadramento legal da IP em Portugal e concluem apresentando algumas recomendações sobre o papel dos profissionais de saúde na IP.

Palavras-chave: intervenção precoce, perturbações do desenvolvimento, crianças de risco, serviços "centrados na família", base comunitária.

Summary

Following the success of some early intervention (EI) projects, specially the one in Coimbra (1-8), there was a proliferation all over the country of EI programs. Health professionals are frequently asked to collaborate and participate in EI. The authors consider appropriate at this point to make a revision on the theme presenting the rationale for EI, defining concepts and good practices. They conclude by presenting the legal framework for EI in Portugal as well as some recommendations regarding the health professionals' role, as far as EI is concerned.

Key-words: early intervention, developmental disabilities, at-risk infants, family-centred services, community-based.

¹ Assistente Graduado de Pediatria do Hospital Pediátrico de Coimbra (HPC) e Presidente da Associação Nacional de Intervenção Precoce (ANIP)

² Neuropediatra, Director do Centro de Desenvolvimento da Criança do HPC e Presidente da Assembleia-geral da ANIP

Introdução

Uma explosão de investigação neurobiológica, comportamental e social tem levado a uma crescente compreensão sobre os factores que podem influenciar positiva ou negativamente o desenvolvimento duma criança. Quanto mais se sabe, mais se tem a noção da importância das experiências mais precoces da vida e da interacção permanente genes/ambiente no desenvolvimento do cérebro, do papel central das relações precoces como fonte de adaptação ou disfunção, do desenvolvimento exponencial em todas as áreas que ocorre nos primeiros anos de vida e da capacidade de melhorar o desenvolvimento através de intervenções planeadas (9).

Há uma evidência crescente de que a intervenção precoce (IP) tem uma influência positiva não só na evolução do desenvolvimento psicomotor de crianças com perturbações do desenvolvimento ou com situações de alto risco, mas também nas suas famílias (10). É também hoje nítida uma maior consciência e atitudes mais positivas, relativamente à IP, por parte dos profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados à criança. Continua contudo a haver pouca informação relativamente a conceitos, objectivos, resultados esperados ou boas práticas em IP. Desconhece-se inclusivamente a existência de legislação desde 1999 (Despacho Conjunto 891/99 do Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Ministério Solidariedade e Segurança Social), que estabelece o enquadramento legal para a IP (11).

Este artigo tem por objectivos abordar de forma abrangente os principais aspectos relacionados com a teoria e a prática da IP, e definir o papel dos profissionais de saúde nesta área multidisciplinar.

Intervir precocemente porquê?

Há várias razões subjacentes à prática da IP.

- 1) Sabe-se que o desenvolvimento e comportamento humanos, não são fixos ou pré-determinados ao nascer, apenas por factores genéticos, mas modificados por influências ambientais, positivas e negativas. Os genes e o ambiente, interagem de forma dinâmica durante o desenvolvimento constituindo ambos fonte de potencial e crescimento, assim como de risco e disfunção (12.)
- 2) A investigação sugere uma base neurobiológica para a IP, relacionada com aquilo que se designa por plasticidade neuronal, embora o potencial de desenvolvimento não esteja irremediavelmente limitado a um período crítico estrito, para além do qual a mudança é impossível (11,13).
- 3) O desenvolvimento nos primeiros anos, só pode ser totalmente compreendido num contexto ecológico vasto, que vai do sistema dinâmico mais próximo e importante para a criança, que é a família, ao ambiente social, económico e político, no qual a criança vive (14-16).
- 4) Factores de risco e deficiências, têm o potencial para agravar ou levar ao aparecimento de deficiências secundárias. Uma criança com uma surdez não corrigida, vai necessariamente atrasar a aquisição da linguagem ou uma criança com problemas motores graves,

vai ficar limitada na sua capacidade exploratória normal do ambiente, com repercussões noutras áreas do desenvolvimento (12).

5) Os pais de crianças com deficiência podem necessitar de apoio para estabelecer capacidades parentais adequadas (12,17). Criar e educar crianças sem problemas, não requer em geral por parte dos pais, nenhum tipo de formação em desenvolvimento. Ter um filho com deficiência, é por outro lado, algo para o qual ninguém está intrinsecamente preparado, sendo a necessidade de ajuda profissional, frequente nestas situações.

6) A gama de serviços e apoios de que as crianças e famílias carecem, pode ser tão vasta, que a IP só faz sentido numa perspectiva pluridisciplinar (12,17,18). A heterogeneidade da população-alvo é imensa. Uma criança de risco biológico ou com um atraso ligeiro do desenvolvimento, a viver numa família urbana de classe média alta, sem grandes problemas económicos ou familiares, apresenta necessidades totalmente diferentes duma criança com problemas graves de desenvolvimento e saúde, proveniente duma família disfuncional, em que o pai é alcoólico e violento e a mãe desempregada, a viver em meio rural isolado e em situação de pobreza extrema. No primeiro caso, a vigilância médica regular associada ao acompanhamento periódico duma educadora em termos de estimulação serão suficientes. No segundo, o envolvimento da saúde quer dirigido à criança quer à família, assim como da educação e do serviço social, são fundamentais. A necessidade de mobilizar e coordenar recursos formais e informais é neste caso de grande importância. Em qualquer das situações, o trabalho de equipa é fundamental.

O que é intervenção precoce?

IP consiste em serviços multidisciplinares prestados a crianças dos 0-5 anos, de forma a promover saúde e bem-estar, reforçar competências emergentes, minimizar atrasos no desenvolvimento, remediar disfunções, prevenir deterioração funcional e promover capacidades parentais adaptativas e funcionamento familiar em geral.

Estes objectivos são conseguidos através da prestação de serviços individualizados, educacionais, de desenvolvimento e terapêuticos às crianças, em conjunto com apoio mutuamente planeado às famílias (12).

(Shonkoff JP, Meisels SJ)

IP inclui assim acções dirigidas a crianças com problemas de desenvolvimento e alto risco, nomeadamente de diagnóstico, quer funcional quer etiológico, de terapêutica e de estimulação. Inclui ainda acções que têm por alvo a família, com o objectivo de melhorar a autonomia, os conhecimentos, as capacidades de adaptação, as competências parentais e a melhor utilização dos recursos. Numa perspectiva mais alargada, pode ainda incluir acções dirigidas à comunidade, tais como as que levam a uma maior sensibilização para a necessidade de intervir precocemente nos problemas de desenvolvimento, a uma melhoria dos recursos existentes e a uma melhor articulação de serviços, nomeadamente de saúde, de educação e de acção social (19).

IP não é uma técnica específica, é um processo que se inicia no rastreio/identificação dos problemas de desenvolvimento, passa pela selecção dos casos a apoiar, pela avaliação da

criança, pela identificação de preocupações, prioridades, recursos e dificuldades da família e pela elaboração e implementação dum plano individualizado de apoio à família (PIAF). Este processo inclui avaliações periódicas e reajustes do PIAF, com base nas alterações verificadas ao longo do tempo (19).

Enquadramento filosófico da IP – Boas práticas

O conceito e essencialmente as práticas de IP, têm evoluído de forma radical nas últimas décadas. De serviços centrados na criança, utilizando métodos semelhantes aos da educação especial de crianças mais velhas, em que um profissional de educação trabalhava isoladamente com uma criança pequena com problemas de desenvolvimento, a IP evoluiu para uma gama de serviços individualizados, "centrados na família", prestados por equipas transdisciplinares numa base comunitária (18,20). O quadro 1, que passaremos a comentar, mostra o sentido da evolução da IP nos últimos anos.

Quadro 1 - Evolução da IP

SENTIDO DA EVOLUÇÃO → → →		
População-alvo	Crianças dos 0-3 anos com deficiência	Crianças dos 0-5 anos Com deficiência e/ou risco e famílias
Contexto	Centros de estimulação Centros terapêuticos Instituições	Contextos naturais (casa, jardim de infância, etc.) Base comunitária
Práticas	"Pronto-a-vestir"	"Feitas por medida" Individualizadas
Papel dos profissionais e famílias	Peritos / decisores = Receptores passivos de serviços	Facilitadores = Participantes activos / decisores
Objectivos / resultados	Desenvolvimento da criança Remediação da deficiência	Prevenção Compensação / adaptação (deficiência) "Empowerment" / capacitação das famílias
Trabalho de equipa	Multi/interdisciplinar	Trandisciplinar (com inclusão da família)
Enquadramento filosófico da IP	Centrada na criança Baseada nos défices	Centrada na família Baseada nas "forças"

O alvo dos serviços passou a incluir para além das famílias, crianças de alto risco para problemas de desenvolvimento, particularmente aquelas que associam múltiplos factores ambientais, em que a pobreza é o denominador comum (21-23).

Não se preconiza hoje um contexto standard para a IP. Há que considerar uma variedade de factores na escolha do ambiente óptimo para intervir numa criança particular: tipo de problemas, recursos existentes, disponibilidade da família, entre outros. O domicílio, o infantário, o centro de saúde ou qualquer outro local na comunidade podem ser perfeitamente adequados, desde que sejam contextos naturais. Duma maneira geral, sempre que possível, recomenda-se o domicílio antes dos 3 anos e o jardim-de-infância posteriormente. Os profissionais têm assim de se adaptar a ambientes eventualmente menos típicos e tradicionais, onde por vezes não se sentem muito à vontade (24).

Cada criança apresenta necessidades únicas e vive numa família também única, com recursos e prioridades diferentes de todas as outras. O mesmo princípio também se aplica à comunidade onde a criança vive. Só práticas individualizadas podem dar resposta a cada caso (12,17,24).

Uma das principais mudanças conceptuais da IP nos últimos anos tem a ver com o crescente reconhecimento da necessidade duma relação entre pais e profissionais, menos hierárquica e mais colaborativa (25). Tradicionalmente os profissionais assumiam um papel de peritos e decisores enquanto as famílias eram vistas como receptores passivos de serviços. Actualmente as famílias devem assumir o papel de participantes activos, a quem cabe decidir sobre os seus filhos, devendo os profissionais ser elementos facilitadores (26). Pais de crianças pequenas sem problemas decidem sem necessidade de qualquer interferência, o que consideram melhor para os seus filhos. O que se pretende com esta mudança, é não retirar esse direito aos pais de crianças com deficiência ("empowerment"), permitindo que sejam eles a tomar decisões depois de devidamente informados das diferentes opções pelos profissionais. É importante neste aspecto, ter em conta as diferenças individuais. Alguns pais de crianças com problemas têm os recursos pessoais e a motivação para rapidamente assumirem as suas responsabilidades. Outros podem necessitar de um período maior de dependência e ajuda profissional.

Relativamente aos objectivos e aos resultados esperados com a IP também houve igualmente uma clara evolução. Os primeiros programas de IP focavam-se quase exclusivamente no desenvolvimento da criança, sabendo-se que nas situações mais graves, contrariamente aos problemas ligeiros do desenvolvimento, os ganhos mensuráveis a este nível são infelizmente pequenos. Actualmente, os resultados são medidos não só pela evolução do desenvolvimento mas também pela prevenção quer de deficiências secundárias nos casos de deficiência, quer do aparecimento de problemas, nas situações de risco. Para além destes aspectos, fornecer apoio às famílias, contribuindo para a sua autonomia, independência e competências, são objectivos e resultados tão importantes como o reforço do desenvolvimento da criança (26).

Só um trabalho de equipa pode ir de encontro às necessidades especiais de crianças e famílias. O modelo de trabalho de equipa mais apropriado à IP é o designado por transdisciplinar (27). Contrariamente ao multidisciplinar ou ao interdisciplinar, no modelo transdiscipli-

nar existe uma partilha de informação dentro da equipa, que permite que a intervenção seja implementada por apenas um profissional, apoiado pelos restantes elementos da equipa. Permite ainda a participação dos pais como membros activos da equipa de intervenção do seu filho. Nenhum profissional tem tanta informação para partilhar sobre uma criança como os pais, que se tornam assim no recurso mais valioso e no mais importante membro da equipa, devendo participar em todas as etapas do processo de intervenção (12,17,18,24).

A crescente complexidade dos problemas sentidos por crianças e famílias e a necessidade duma maior coordenação entre disciplinas e serviços, levou ao aparecimento de equipas transdisciplinares interserviços (Fig.1). Estas são constituídas por profissionais vindos de diferentes serviços, trabalhando nas equipas de intervenção geralmente um determinado número de horas e mantendo as suas actividades regulares nos serviços de origem. Têm a vantagem de transferir a difícil coordenação dos múltiplos apoios e actividades de que as crianças necessitam, das famílias para os profissionais, criando uma estrutura facilitadora da colaboração e articulação de serviços da comunidade, com benefícios muito para além da IP (27).

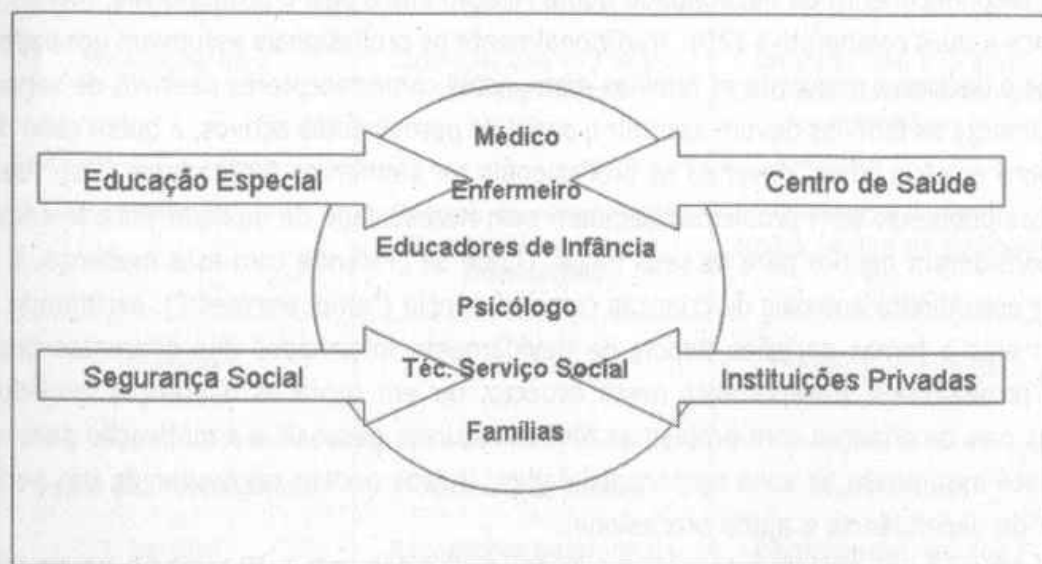


Figura 1 - Equipa Transdisciplinar Interserviços.

A família, como o principal "prestador de cuidados", tem um papel vital na saúde e bem-estar da criança. A todos os níveis do processo de intervenção, a colaboração e parceria entre família e profissionais, é a chave para a implementação com sucesso dos serviços (18). A grande mudança conceptual da IP nos últimos anos e a mais difícil de implementar, tem sido a evolução a partir de serviços centrados na criança, de acordo com um modelo médico-terapêutico, para serviços centrados na família, com base em modelos de desenvolvimento ecológico e transaccional. A IP tem que ter em conta as importantes contribuições da unidade familiar, assim como os factores de stress que a afectam (sejam sociais, financeiros ou psicológicos) e a capacidade de adaptação a novos desafios. É importante

reconhecer que as capacidades parentais são um fenómeno do desenvolvimento e um processo evolutivo que coincide com as aquisições de desenvolvimento da criança e que os pais podem desenvolver e melhorar essas capacidades. De facto, a IP centrada na família, tem na sua base 3 pressupostos (18):

1. Os pais têm competências ou são capazes de as desenvolver.
2. A IP deve ser prestada para que os pais possam evidenciar as suas competências.
3. A IP deve ir de encontro às necessidades da família, de forma a promover um sentimento de controlo sobre as suas vidas e as dos seus filhos.

Preconizam-se hoje práticas baseadas nas forças, contrariamente às práticas baseadas nos défices, para as quais todos estamos profissionalmente mais preparados. A família deve ser encarada pelos profissionais como parte da solução e não parte do problema.

Formação

Desenvolver e manter uma percepção colaborativa e um enquadramento conceptual comuns entre elementos duma equipa, constituída por profissionais de diferentes disciplinas e diferentes serviços, é fundamental para a IP (28). Toda a mudança subjacente às novas práticas só é possível se os profissionais forem capazes de desenvolver novas capacidades, competências e atitudes, necessárias ao trabalho com famílias e ao trabalho de equipa. A formação, assume-se assim como a resposta a este desafio (24).

Conhecimentos e competências numa vasta gama de áreas críticas, são fundamentais aos profissionais de IP. Alguns dos temas importantes para quem desenvolve actividades nesta área, incluem: Desenvolvimento psicomotor (rastreo e avaliação), problemas específicos do desenvolvimento (défice visual e auditivo, problemas motores, autismo, problemas da fala, etc.), trabalho com famílias, visita domiciliária, trabalho de equipa transdisciplinar, desenvolvimento e implementação do PIAF, assim como o uso de vários currículos de estimulação (Portage, Crescer 0-3, etc.) (24).

Algumas das características importantes a ter em conta por quem desenvolve formação nesta área incluem (24,28):

- Ser formação com base na equipa (dirige-se não a um grupo profissional específico mas a equipas com profissionais de diferentes disciplinas).
- Promover visão partilhada e filosofia comum sobre IP.
- Incluir para além de conhecimentos e competências, valores e filosofia.
- Envolver famílias.
- Dar resposta às necessidades expressas pelos profissionais.
- Ser relevante à prática do dia-a-dia.
- Fornecer apoio contínuo através de supervisão.

Num país onde só agora começa a haver alguma formação escassa sobre IP nas universidades e escolas superiores, a formação em serviço dos profissionais envolvidos, é de grande importância e deve ser uma prioridade para quem planeia e implementa programas de IP.

Resultados

Resultados positivos dos programas de IP, não só na evolução do desenvolvimento cognitivo de crianças com atraso, mas também no próprio funcionamento familiar, vêm bem

documentados na literatura recente (29-32). Resultados do *Early Intervention Collaborative Study*, mostram que apesar das diferenças significativas em termos de funcionamento familiar, características das crianças e tipos de programa, a maioria das crianças envolvidas na IP evoluíram acima do esperado em todos os domínios funcionais (33). Um outro estudo de âmbito nacional nos USA, multicêntrico, randomizado e controlado, envolvendo ex-prematuros de muito baixo peso, que receberam acompanhamento por uma consulta de alto risco e apoio dum programa de IP durante os primeiros 3 anos de vida, também mostrou resultados surpreendentes (34-38). Os que receberam apoio da consulta e da IP, pontuaram aos 3 anos de idade, em testes de capacidade mental, significativamente acima daqueles que tinham apenas sido seguidos em consulta de alto risco. As diferenças mantinham-se aos 8 anos de idade e posteriormente, o rendimento escolar do grupo que tinha recebido intervenção era consistentemente superior. Estudos em crianças de risco ambiental com baixo nível sócio-económico, com e sem intervenção, com início nos primeiros meses, puseram em evidência diferenças significativas nos níveis cognitivos, de leitura, e matemática, nos que tinham recebido IP, cujos efeitos persistiam até aos 21 anos pelo menos (29).

Vários estudos de meta-análise mostram benefícios claros da IP, embora muitos dos estudos coloquem sérias questões metodológicas. O conceito de IP tem tantas dimensões diferentes, as populações servidas são tão heterogéneas que não são de surpreender as dificuldades na análise estatística de tantas variáveis. Por outro lado, privar crianças de intervenção durante anos para criar um verdadeiro grupo de controlo, seria no mínimo pouco ético. Dum modo geral, o que também parece claro em múltiplos programas é uma clara relação entre eficácia e nível de envolvimento da família na IP (39).

Enquadramento legal da IP em Portugal

Desde o início dos anos 90, desenvolveram-se em todo o País uma grande variedade de programas e serviços, todos designados de IP. Uns centrados na criança, outros nos profissionais, uns resultando do trabalho de um só profissional, vários profissionais ou mesmo equipas. Uns dependendo da Educação e Saúde, outros da Segurança Social, outros de Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS). O enquadramento conceptual, prestação de serviços, população alvo, objectivos, nível de envolvimento parental e tipo, intensidade e duração de serviços, variavam extremamente de programa para programa (40). Consequentemente, o quadro global da IP em Portugal era tão heterogéneo que se impunha regulamentar a sua prática.

Em Outubro de 1999 foi publicado pelos Ministérios da Saúde, Educação e da Solidariedade e Segurança social, o Despacho Conjunto 891/99. (11) Esta legislação que tem por objectivo estabelecer o enquadramento legal da IP em Portugal, define as orientações mínimas essenciais ao desenvolvimento e implementação de programas de IP. A educação e apoio de crianças com problemas estavam apenas regulamentados após os 6 anos de idade. De acordo com este despacho inter-ministerial, a população alvo da IP são crianças dos 0 aos 6 anos, com problemas de desenvolvimento e/ou alto risco. Em vez de se focar exclusivamente na educação da criança, claramente identifica a família como *locus* de pla-

neamento e alvo de serviços de IP. Também deixa claro que IP é uma área interdisciplinar e interserviços, devendo ser desenvolvida numa base comunitária, por profissionais de saúde, educação e serviço social. Outros aspectos centrais definidos pela legislação portuguesa, incluem a necessidade dum plano individualizado de intervenção a ser desenvolvido por profissionais e família e a definição da estrutura organizativa dos serviços de IP no País (Quadro 2).

Quadro 2: Estrutura organizativa da IP em Portugal.

Nível Funcional	Nível de Acompanhamento e Avaliação
<p>EQUIPAS de COORDENAÇÃO (Distrito)</p> <p>Representantes dos Serviços Sub-regionais de Educação, Saúde, Segurança Social e Instituições privadas</p>	<p>GRUPO INTERDEPARTAMENTAL (Nacional)</p> <p>7 Elementos:</p> <p>2 da Direcção de Educação Básica; 2 da Direcção Geral da Saúde; 2 da Direcção Geral de Sol. e Segurança Social; 1 do Sec. Nacional de Reabilitação</p>
<p>EQUIPAS de INTERVENÇÃO DIRECTA (Concelho)</p> <p>Profissionais de Saúde, Educação e Assistência Social (Serviços públicos e Instituições Privadas)</p>	<p>GRUPO REGIONAL (5 Regiões)</p> <p>3 Elementos, representantes dos Serviços Regionais de Educação, Saúde e Segurança Social</p>

De acordo com esta estrutura, a IP é prestada por equipas de intervenção directa, com uma base concelhia, que por sua vez são coordenadas por equipas de coordenação distrital. Ambas as equipas incluem profissionais de saúde, de educação e de segurança social, quer de serviços públicos quer de instituições privadas. O acompanhamento e avaliação são feitos por equipas regionais a nível de cada uma das 5 regiões e um grupo inter-departamental a nível nacional. Ambos os grupos incluem representantes dos 3 ministérios envolvidos.

Papel dos profissionais de saúde na IP

O envolvimento dos profissionais de saúde na IP é essencial para que esta possa ter algum sucesso (25-41). Este envolvimento é fundamental quer a nível dos cuidados de saúde primários, com a identificação precoce dos problemas de desenvolvimento e situações de risco, assim como na abordagem dos problemas de saúde da família, quer a nível dos ser-

viços de pediatria e consultas de desenvolvimento, onde são seguidas as crianças com necessidades mais diferenciadas. Seguem-se algumas recomendações relativas às funções dos profissionais de saúde no âmbito da IP (10):

- Rastrear e identificar crianças com problemas de desenvolvimento ou pertencentes a grupos de risco ambiental e biológico.
- Encaminhar atempadamente para programas de IP, todas as crianças identificadas.
- Promover avaliação diagnóstica funcional (áreas fortes, défices e problemas associados) e etiológica.
- Promover o acesso da criança aos cuidados médicos e cirúrgicos especializados adequados à situação.
- Promover a continuidade de cuidados de saúde, incluindo prescrição de terapias reabilitativas específicas de acordo com as necessidades.
- Fornecer aconselhamento periódico e contínuo à família em relação aos progressos da criança e à abordagem/opções terapêuticas.
- Assegurar-se de que a criança recebe os subsídios especiais a que tem direito.
- Ter conhecimento dos serviços e recursos disponíveis na comunidade para apoio à criança e à família e ajudar na coordenação da componente-saúde desses serviços.
- Participar na elaboração do PIAF, apresentando aos outros profissionais e à família informação médica e de desenvolvimento relevante para o plano.
- Participar dentro do possível, nas equipas de intervenção directa.
- Participar na coordenação e acompanhamento da IP a nível distrital, regional e nacional.

Considerações finais

A IP deve dar resposta às necessidades de desenvolvimento de crianças pré-escolares, com problemas no seu desenvolvimento físico, cognitivo, da comunicação e linguagem, social, emocional ou adaptativo, ou que, por exposição a situações de risco, tenham alta probabilidade de os vir a ter (42).

Os anos 90 foram os anos mais produtivos em Portugal para o campo da intervenção precoce. Em pouco mais de uma década a IP evoluiu de um serviço emergente, prestado numa perspectiva centrada na criança de forma semelhante à educação especial de crianças mais velhas, para uma área em rápido crescimento, com um enquadramento filosófico totalmente diferente (24). Esta evolução foi parcialmente despoletada pela implementação em 1989, dum programa de IP de base comunitária no distrito de Coimbra. O Projecto Integrado de Intervenção Precoce do distrito de Coimbra (PIIP), desenvolveu uma forma de prestar serviços individualizados e abrangentes a crianças e famílias, usando recursos formais e informais disponíveis na comunidade, criando uma colaboração entre a saúde a educação e a segurança social inexistente até à data e que foi de certa forma, a base da legislação Portuguesa (19,24,41,43).

IP é um conceito e uma prática que continua a evoluir e a reflectir a vontade e determinação de investir muito precocemente em crianças com problemas de desenvolvimento e suas famílias, ajudando-os a assumir o controlo das suas vidas e a ter uma maior influência no seu futuro (17).

Bibliografia

1. Boavida J, Borges L. Intervenção Precoce: um projecto para o distrito de Coimbra. *Saúde Infantil* 1990;12:205-210.
2. Boavida J. Community involvement in an early intervention project in the Coimbra region. Paper presented at the 4th International Portage Conference, Ocho Rios, Jamaica, November 1992.
3. Boavida J, Violante A. The use of the Portage model in a community-based early intervention project in Coimbra-Portugal. Presented at the North European Portage Conference, Birkelid, Norway, April 1993.
4. Boavida J. Early intervention in Coimbra: An interagency project. Paper presented at the 3rd European Symposium: Early Intervention in the European Community, Butgenbach, Belgium, October 1993.
5. Boavida J, Borges L. Community involvement in early intervention: A Portuguese perspective. *Infants and young children* 1994; 7 (1): 42-50.
6. Boavida J, Espe-Sherwindt M. Translating education models across cultures. Paper presented at the 4th biennial International Conference of the International Association of Special Education, Brighton, England, August 1995.
7. Espe-Sherwindt M, Boavida J. How do we say empowerment in Portuguese? Paper presented at the International Early Childhood Conference on Children with Special Needs, Phoenix, USA, December 1996.
8. Espe-Sherwindt M, Boavida J. Taking another look at the IFSP: International perspective. Paper presented at the International Early Childhood Conference on Children with Special Needs, New Orleans, USA, November 1997.
9. Shonkoff JP, Philips DA. From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development. Washington: National Academy Press, 2000.
10. American Academy of Pediatrics: Committee on children with disabilities. Role of the pediatrician in family-centered early intervention services. *Pediatrics* 2001; 107 (5): 1155-1157.
11. Despacho Conjunto 891/99. Ministério da Educação, Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Solidariedade Social. *Diário da República - II série* 1999; 15566-15568.
12. Sameroff AJ, Fiese B. Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In: Meisels SJ, Shonkoff JP, eds. *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed.). New York: Cambridge University Press, 2000: 135-159.
13. Nelson CA. The neurobiological bases of early intervention. In: Shonkoff JP, Meisels SJ, ed. *Handbook of Early Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000: 204-231.
14. Bronfenbrenner U. Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist* 1977; 32:513-531.
15. Bronfenbrenner U. *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979.
16. Bronfenbrenner U. *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1990.
17. Simeonsson RJ, Bailey DB. Family dimensions in early intervention. In: Meisels SJ, Shonkoff JP, eds. *Handbook of early childhood intervention*. New York: Cambridge University Press, 1990: 428-444.
18. McGonigle MJ, Kaufmann RK, Johnson BH. Guidelines and recommended practices for the individualized family service plan. Bethesda, MD: Association for the Care of Children's Health, 1991.
19. Boavida J. Implementation of the legal framework for EI in Portugal. Paper presented at the International Interdisciplinary Conference of Early Intervention - Perspectives from Europe. Killarney, Republic of Ireland, October 2002.
20. Bailey DB, McWilliam PJ, Winton PJ. Building family-centered practices in early intervention: A team-based model for change. In Blackman JA, ed. *Working with families in early intervention*. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers, 1995: 82-91.
21. Allen MC. The High Risk Infant. *Ped Clin Nort Am* 1993; 40 (3): 479-490.
22. Sameroff A. "Environmental risk factors in infancy". *Pediatrics* 1998; 102 (5): 1287-1292.
23. Garrido C, Boavida J. Factores de risco em desenvolvimento. *Saúde Infantil* 2003; xx:yyy-eee.
24. Boavida J, Carvalho L. Comprehensive early intervention training approach. In: Odom SL, Hanson MJ, Blackman JA, Kaul S, ed. *Early Intervention practices around the world*. Baltimore. Paul H. Brookes Publishing Co, 2003:213-249.
25. Roberts RN, Rule S, Innocenti MS. Strengthening the family-professional partnerships in services for young children. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co, 1998.
26. Dunst CJ, Trivette CM. *Enabling and Empowering Families: Principles and Guidelines for Practice*. Cambridge, MA: Brookline Books, 1988.

27. McGonigle MJ, Woodruff G, Roszmann-Millican M. The transdisciplinary team: A model for family-centered early intervention. In: Johnson LJ, Gallagher RJ, LaMontagne MJ, Jordan JB, Gallagher JJ, Hutinger PL, Karnes MB, eds. Meeting early intervention challenges: Issues from birth to three. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co, 1994: 95-131.
28. Winton PJ, McCollum JA. Ecological perspectives on personnel preparation: Rationale, framework, and guidelines for change. In Winton PJ, McCollum JA, Catlett C, eds. Reforming personnel preparation in early intervention: Issues, models, and practical strategies. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co, 1997: 3-25.
29. Guralnick MJ. The Effectiveness of Early Intervention. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co, 1997.
30. Bennett FC, Guralnick MJ. Effectiveness of developmental intervention in the first five years of life. *Pediatr Clin North Am* 1991; 38:1513-1528.
31. Berlin LJ, Brooks-Gunn J, McCarton CM, McCormick MC. The effectiveness of early intervention: examining risk factors and pathways to enhance development. *Prev Med* 1998; 27:238-245.
32. Majnemer A. Benefits of early intervention for children with developmental disabilities. *Sem Pediatr Neurol* 1998; 5: 62-69.
33. Shonkoff JP, Houser-Cram P, Krauss M, et al. Development of Infants With Disabilities and Their Families: Implications for Theory and Service Delivery. Chicago: University of Chicago Press, 1992.
34. Ramey CT, Bryant DM, Wasik BH, Sparling JJ, Fendt KH, LaVange LM. Infant Health and Development Program for low birth weight, premature Infants: program elements, family participation, and child intelligence. *Pediatrics* 1992; 89: 454-465.
35. Brooks-Gunn J, McCarton CM, Casey PH, et al. Early intervention in low birth weight premature infants: results through age 5 years from the Infant Health and Development Program. *JAMA* 1994; 272: 1257-1262.
36. McCarton CM, Brooks-Gunn J, Wallace IF, et al. Results at age 8 years of early intervention for low birth weight premature infants: The Infant Health and Development Program. *JAMA* 1997; 277: 126-132.
37. McCormick MC, McCarton CM, Brooks-Gunn J, Belt P, Gross RT. The Infant Health and Development Program: Interim summary. *J Dev Behav Pediatr* 1998; 19: 359-370.
38. Holloman HA, Scott KC. Influence of birth weight on educational outcomes at age 9: the Miami site of the Infant Health and Development Program. *J Dev Behav Pediatr* 1998; 19: 404-410.
39. Blackman JA. Early Intervention: An overview. In: Odom SL, Hanson MJ, Blackman JA, Kaul S, ed. Early Intervention practices around the world. Baltimore. Paul H. Brookes Publishing Co, 2003:1-23.
40. Almeida, IC. A importância da intervenção precoce no actual contexto sócio-educativo. *Cadernos do CEACF* 2000; 15-16, 55-74.
41. Boavida J, Espe-scherwindt M, Borges L. Community-based early intervention: The Coimbra Project. *Child: Care, health and development* 2000; 26 (5): 343-354.
42. Moor JM, Van Waesberghe BT, Detraux JJ, Boavida JE, Andrada MG. Intervenção precoce em crianças com perturbações do desenvolvimento. Manifesto do Grupo Eurlyaid. *Revista Portuguesa de Pediatria*, 1994; 25:227-232.
43. Boavida JE. Um processo transdisciplinar e Inter-serviços – Intervenção precoce no distrito de Coimbra. In: Borges L, Boavida J, Baldaia MJ, Cruz AI, Veiga Z, Micaelo MV, eds. *A Família na Intervenção Precoce*. Coimbra: Ediliber, 1995: 13-24.

Resumo

Medir um fenómeno dinâmico, complexo e subjectivo como a dor, não é uma tarefa fácil, especialmente naqueles cujo desenvolvimento psicomotor não lhes permite a comunicação verbal. O tratamento da dor é uma responsabilidade dos profissionais de saúde e a excelência nesse tratamento, depende de uma avaliação sistemática da dor através de instrumentos válidos para a sua medição.

Sendo a criação de uma nova escala e sua validação um processo complexo, moroso e oneroso, pretendeu-se fazer a adaptação cultural e linguística da escala OPS (Objective Pain Scale) e avaliar o seu grau de reprodutibilidade.

Em 6 Serviços de dois Hospitais Centrais foi avaliada a dor na mesma criança de forma simultânea e independente por três enfermeiros, com a versão Portuguesa da escala OPS. Num total de 37 observações o nível de concordância determinado pela média do coeficiente Kappa entre os três enfermeiros, foi de 0.890 para o choro, 0.879 nos movimentos, 0.836 na agitação, 0.917 na expressão verbal ou corporal e 0.967 na variação da tensão arterial sistólica. O valor da concordância total foi de 0.987.

Os autores concluem que, a Escala OPS ao revelar um alto grau de reprodutibilidade, constitui um instrumento extremamente valioso para a melhoria da qualidade de vida das crianças e suas famílias, se usada diariamente pelos profissionais de saúde na avaliação da dor das crianças cujo desenvolvimento psicomotor a impede de verbalizarem a sua dor.

Palavras-chave: dor, lactente, pré-verbal, escalas, avaliação de dor.

Summary

Measuring a subjective, complex, dynamic phenomenon such as pain is not an easy task, particularly on those whose psychomotor development prevents them from communicating verbally. The excellence on treating pain depends on its systematic evaluation using tools validated for its assessment.

Since the creation of a new scale and its validation is a complex, slow and onerous process, the OPS (Objective Pain Scale) was our choice to be used among us. With this purpose, we made its cultural and linguistic adaptation and its degree of reproductiveness was also evaluated.

In six services of two Central Hospitals, with the help of OPS Scale, the pain in the same child was evaluated simultaneously and independently by three nurses.

¹ Professor-adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto - Coimbra

² Director do Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Departamento de Pediatria do Hospital de São João e Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

³ Directora do Serviço de Neonatologia do Departamento de Pediatria do Hospital de São João e Professora Auxiliar com Agregação da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

In 37 records, the level of agreement, determined by media of Kappa coefficient, was 0,890 for weeping, 0,879 for movements, 0,836 for restlessness, 0,917 for oral or corporal expression and 0,967 for the variation of systolic arterial pressure. The value of the total agreement was 0,987.

The authors have concluded that the OPS Scale, showing a high degree of reproductiveness, is an extremely valuable instrument for the improvement of children's and their families' standard of living if it is used everyday by health professionals in children's evaluation of pain, whose psychomotor development prevents them from verbalizing the pain.

Keywords: pain, suckling, pre-verbal, scales, pain evaluation.

Introdução

A dor constitui um dos estímulos adversos mais frequentemente experimentados pelas crianças como resultado de traumatismos, doenças e procedimentos médicos (1). As taxas de prevalência de dor nos hospitais variam entre os 20 e 84%, sendo que 60% desta não é aliviada (2).

Uma das causas apontadas para esta realidade tem sido a dificuldade dos profissionais de saúde em medirem a dor sentida pela criança (1,3-6). Na realidade, a avaliação e tratamento da dor são das tarefas mais complexas que os profissionais de saúde desenvolvem em pediatria (7). Para além de não existirem indicadores específicos de dor, admite-se hoje, que a resposta comportamental à dor aguda seja bi-fásica (3,8). Uma primeira fase caracterizada pela expressão de comportamentos associados ao stress e alteração de sinais fisiológicos e uma segunda fase marcada pelo aparecimento progressivo de uma inércia psicomotora com perturbação de actividades como o jogar, dormir, comer ou falar.

A dor é uma experiência individual, multidimensional e altamente subjectiva (3,6,9). Estas características têm sido, para muitos, argumento para considerarem a sua avaliação como não científica. Contudo, este argumento confunde a subjectividade daquele que vivencia a dor, com a subjectividade daquele que a avalia (10). A subjectividade da pessoa que sofre dor não é discutível, pois a dor é por natureza e definição, subjectiva (11-13).

Por outro lado, a medição deste estado subjectivo é cientificamente correcto quando feito através de escalas validadas (1,13-17). Apesar de ainda não existir uma solução técnica universalmente aceite para todas as situações (18), existem instrumentos de avaliação válidos, seguros e clinicamente sensíveis para a ampla faixa etária pediátrica (1). Reconhecer simplesmente que a criança tem dor sem o uso destes instrumentos objectivos e padronizados, não é seguramente muito científico (19).

O desenvolvimento de escalas de avaliação seguras e válidas para medir a dor, não alterou em muito a prática dos cuidados, pois os enfermeiros não as usam (20). As razões para este comportamento não são bem conhecidas. Contudo contribuem para a não avaliação assídua da dor: uma informação inadequada sobre os instrumentos de avaliação; instruções de interpretação e uso na clínica muito vaga (normalmente disponíveis apenas em língua Inglesa, o que dificulta a sua aplicação e replicação); muitas das escalas são úteis para investigação, mas pouco práticas para utilização clínica diária; e o uso de escalas na avaliação da dor é interpretado por muitos enfermeiros como mais uma tarefa a realizar, não se sentindo a sua utilidade na prestação dos cuidados (20).

Seja qual for a razão do não uso das escalas de avaliação de dor, esta prática compromete o tratamento da dor e a qualidade dos cuidados prestados (1,21). Avaliar e tratar a dor é um imperativo ético, moral, humano, fisiológico e mesmo económico (22,23).

Comunicar que uma criança está desconfortável ou com dores pode não significar a mesma coisa para diferentes profissionais. Decidir de forma coerente as acções a implementar no alívio da dor e avaliar a sua eficácia exige obrigatoriamente uma medição da dor (1,3,13). Mais do que isso, o correcto tratamento da dor exige uma avaliação continua da sua presença e severidade como se de um 5º sinal vital se tratasse (1,3,24).

Existem muitas dificuldades na avaliação da dor pediátrica, principalmente na criança incapaz de comunicar verbalmente a sua dor (20,25). Nestas circunstâncias a hetero-avaliação é o único método de avaliação possível. Pode ser realizada pelo enfermeiro, médico, pais ou outra pessoa através de escalas comportamentais ou compostas (itens comportamentais e modificações fisiológicas) ou ainda pela utilização de instrumentos de auto-avaliação (técnica rápida e de fácil aplicação, embora careça actualmente de validade) (3).

Entre as inúmeras escalas de hetero-avaliação existentes a Objective Pain Scale (OPS) é uma escala composta, muito popular pela sua simplicidade e facilidade de uso (3,14). Desenvolvida no Children's Medical Center em Washington para avaliar a dor pós-operatória imediata em crianças com idades entre os 18 meses e os 12 anos (26), rapidamente o seu campo de aplicação se alargou para Unidades de Cuidados Intensivos onde tem sido largamente utilizada em ensaios terapêuticos (3). A idade para a qual está validada a sua aplicação foi sendo sucessivamente alargada (22,27-29) podendo ser usada em qualquer idade (15).

A Escala OPS apresenta 5 categorias (pressão arterial sistólica, choro, movimentos, agitação e expressão verbal ou corporal) cotadas cada uma de 0 a 2 pontos perfazendo uma pontuação que varia entre um mínimo de 0 e um máximo de 10 pontos. A sua validação está bem documentada (3,29,30).

Reconhecendo que a criação de uma nova escala e sua validação é um processo complexo, moroso e oneroso (31) e dada a facilidade de uso da Escala OPS procedemos à sua adaptação cultural e linguística e avaliamos o seu grau de reprodutibilidade para futura utilização em Portugal.

Material e métodos

Após autorização dos autores (27) elaborou-se uma versão portuguesa da Escala OPS, seguindo as orientações de Ferreira e Marques (31). A tradução foi realizada por um painel de 6 pessoas de origem multiprofissional e culturalmente diversificada com inclusão de um tradutor. Não houve introdução ou eliminação de itens para se conseguir a equivalência (Quadro 1).

O grau de reprodutibilidade da Escala foi avaliado pelo nível de concordância entre 3 enfermeiros (32).

O estudo decorreu nos Serviços de Pediatria B e Cirurgia do Departamento de Pediatria do Hospital de São João do Porto e nos Serviços de Medicina, Ortopedia /Neurocirurgia, Cirurgia e Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra. A escolha destes serviços resulta do facto de termos como objectivo a inclusão de crianças com as mais variadas patologias e situações clínicas para garantir a máxima semelhança possível com futuras aplicações desta Escala.

Quadro 1: Escala de dor Objective Pain Scale.

Indicador	Descrição
Choro	0 - Ausente
	1 - Presente, mas consolável
	2 - Presente e inconsolável
Movimento	0 - Ausente
	1 - Inquieto
	2 - Intenso
Agitação	0 - Adormecido ou calmo
	1 - Leve
	2 - Histérico
Expressão verbal ou corporal	0 - Adormecido ou sem manifestar dor
	1 - Dor leve (não consegue localizar)
	2 - Dor moderada (pode localizar) verbalmente ou apontando
Variação da tensão arterial sistólica	0 - Aumento de < 10%
	1 - Aumento de 10 a 20%
	2 - Aumento > 20%

Pontuação total: 10

Broadman LM, Rice CJ, Hannallah RS. Testing the validity of an objective pain scale for infants and children. *Anesthesiology* 1988; 69:A 770.

Em cada serviço, solicitou-se a colaboração de três enfermeiros entre os mais experientes e graduados, para de forma independente avaliarem a dor de uma criança escolhida de forma casual.

A escala foi previamente apresentada, explicados os procedimentos de aplicação, realizada e analisada uma avaliação prévia e esclarecidas todas as dúvidas. Entre as informações transmitidas e discutidas salientamos as mais pertinentes, principalmente quando se avalia a dor em lactentes:

- A observação da criança deve durar o tempo considerado necessário para o enfermeiro, embora em média não leve mais de cinco minutos;
- Poderão ser obtidas informações adicionais junto dos acompanhantes da criança;
- A avaliação da tensão arterial deve ser o último procedimento a realizar;
- O indicador movimento considera-se todo o deslocamento espacial do corpo e mede-se pela sua intensidade:
 - ausente: criança calma ou adormecida;
 - inquieto: sem repouso, mudanças frequentes de posição, balançando, movimentos da cabeça, membros, pés ou mãos;
 - intenso: movimentos desordenados, contínuos, com risco de lesão, esperneando ou movimentos convulsivos.

- O indicador agitação qualifica-se como sinónimo de excitação e mede-se pela sua intensidade:
 - adormecido ou calmo: criança calma ou adormecida, sem agitação, excitação ou irritação;
 - leve: criança com uma agitação leve a moderada, com reactividade aumentada, contraído, ligeira hipertonía, sobressaltado ou ligeira irritabilidade;
 - Hístico: agitação intensa e permanente, irritabilidade permanente, tremores, clonias, hipertonía marcada ou agressividade.
- O indicador expressão corporal ou verbal qualifica a descrição verbal da dor referida pela criança ou as manifestações corporais e comportamentais observadas:
 - adormecido ou sem manifestar dor: criança acordada, calma, adormecida, relaxada ou sem adoptar posição antiálgica;
 - dor leve (não consegue localizar): desconforto global, não localiza a zona dolorosa, mímica de dor pouco marcada ou intermitente, flexão dos membros.;
 - dor moderada (pode localizar) verbalmente ou apontando: localiza a dor, aponta para a zona dolorosa, protege a zona de dor, mímica dolorosa marcada ou permanente, adopta posição antiálgica, imobilidade.

Foram excluídas da observação todas as crianças com menos de um mês de idade, quatro ou mais anos ou situação clínica que não permitia a utilização da escala OPS (deficientes motores, deficiência cerebral grave, perturbações da consciência, ou sob efeito de curarizantes). Estes critérios seguem as recomendações da Royal College of Nursing (14) e a Agence Nationale d'Accreditation et d'Évaluation en Santé (3).

O tratamento estatístico foi realizado pelo serviço de Bioestatística Informática Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Os resultados foram descritos e analisados através de frequências, médias e intervalos de confiança a 95%. Para a avaliação da concordância entre avaliadores foi usado o coeficiente Kappa, cujo valor entre 0.61 e 0.80 é considerado substancial e entre 0.81 e 1.0 excelente (33). Admite-se uma boa concordância quando o coeficiente de correlação é superior a 0.75 (34).

Os cálculos foram realizados no Statistical Package for the Social Sciences-Win 11.0.

Resultados

Num total de 37 crianças observadas, 15 estavam internadas em Serviços de Medicina (Medicina e Pediatria B), 6 no Serviço de Ortopedia /Neurocirurgia, 8 em Serviços de Cirurgia e 8 na Unidade de Cuidados Intensivos.

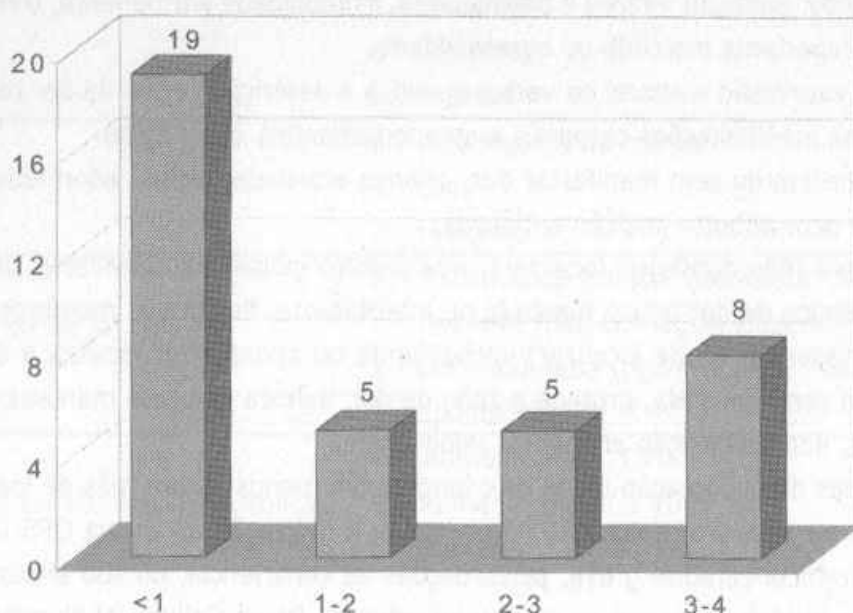
As idades variaram entre os 2 meses e os 3 anos com uma média de 1.05 (± 1.25) anos. A maioria, 25 (67.6 %), era do sexo feminino (Gráfico 1).

O motivo de internamento destas crianças eram doenças do foro cardíaco, sistema neurológico, respiratório e digestivo, doenças do aparelho genito-urinário, doença hematológica, sepsis, neoplasias, queimaduras, e patologia endócrina. A duração do internamento na altura da observação variou entre 1 e 36 dias com uma média de 9.51 (± 9.87) dias (Quadro 2). A distribuição das frequências por categoria entre os três enfermeiros na aplicação da escala pode ser analisado no quadro 3, cujo nível de concordância, determinado pela média do

coeficiente Kappa foi de 0.890 para o choro, 0.879 nos movimentos, 0.836 na agitação, 0.917 na expressão verbal ou corporal, e 0.967 na variação da tensão arterial sistólica (Quadro 3).

O valor da concordância total foi de 0.987

Gráfico 1: Idade das crianças.



Quadro 2: Motivo de internamento das crianças.

Motivo Internamento	Nº	%
Doença cardíaca	6	16,2
Doença neurológica	6	16,2
Doença digestiva	6	16,2
Doença hematológica	5	13,6
Doença genito-urinária	2	5,4
Doença respiratória	2	5,4
Doença endócrina	1	2,7
Sepsis	4	10,8
Queimadura	2	5,4
Neoplasia	3	8,1
Total	37	100,0

Discussão

Sabe-se hoje, que as crianças mais novas percebem a dor com mais intensidade que as mais velhas (15,35,36). Os fenómenos de facilitação da dor desenvolvem-se normalmente, enquanto os mecanismos de controlo descendente apresentam limitada capacidade para modular a experiência dolorosa.

Quadro 3: Nível de concordância inter-observadores.

OPS	Kappa	E.P.*	Kappa (média)
Choro			0.890
obs1#obs2	0.877	0.068	
obs1#obs3	0.877	0.067	
obs2#obs3	0.917	0.057	
Movimento			0.879
obs1#obs2	0.907	0.064	
obs1#obs3	0.867	0.073	
obs2#obs3	0.864	0.073	
Agitação			0.836
obs1#obs2	0.796	0.085	
obs1#obs3	0.794	0.086	
obs2#obs3	0.918	0.056	
Expressão verbal ou corporal			0.917
obs1#obs2	0.917	0.057	
obs1#obs3	0.958	0.042	
obs2#obs3	0.875	0.069	
Variação tensão arterial sistólica			0.967
obs1#obs2	0.951	0.049	
obs1#obs3	0.951	0.049	
obs2#obs3	1.000	0.000	

*E:P- Erro padrão

Quadro 4: Nível de concordância total.

	1º Enfermeiro	2º Enfermeiro	3º Enfermeiro		
	Média	Média	Média	CCI*	IC 95%**
Total OPS	4.16	4.00	4.14	0.987	[0.978; 0.993]

*CCI- Coeficiente de correlação intraclassa

** IC 95%- Intervalo de confiança a 95%

A avaliação padronizada da dor e seu registo sistemático permitem aos profissionais de saúde objectivar a dor, factor nuclear na uniformização da comunicação na equipa de saúde e na tomada de decisões quanto ao tratamento da dor, contribuindo assim, para a excelência dos cuidados (1,37). Prevenir e tratar a dor é para além de um imperativo ético, uma condição inalienável dos cuidados de saúde ao garantir um crescimento e desenvolvimento harmonioso da criança (1,38).

A auto-avaliação, considerada o modelo de ouro na avaliação da dor, (3,15) não é exequível nas crianças com limitada capacidade de verbalização. Aos profissionais de saúde resta como único recurso a hetero-avaliação através do uso de escalas comportamentais ou compostas. Apesar de validada, a escala OPS nunca foi objecto de adaptação cultural e linguística entre

nós, nem avaliado o seu grau de reprodutibilidade, determinado pela concordância entre-avaliadores (32). As alterações que a dor pode sofrer num curto espaço de tempo devido à multiplicidade de variáveis que a podem influenciar, inviabiliza na prática a avaliação da concordância intra-avaliador. Todavia, havendo concordância inter-avaliadores, admite-se que a concordância intra-avaliadores não é violada.

Os enfermeiros consideraram a Escala OPS simples e de fácil aplicação prática, o que confirma o descrito na literatura (3,14,39). No entanto, alguns enfermeiros manifestaram dificuldade em distinguir as categorias agitação e movimentos e em interpretar a categoria expressão verbal e corporal nos lactentes. Estas são desvantagens conhecidas da escala OPS ao considerarem-se três das suas cinco categorias como muito semelhantes (movimento, agitação e expressão verbal ou corporal) (14,39).

Estas dificuldades foram igualmente sentidas por enfermeiros em unidades hospitalares Francesas onde o uso da escala OPS foi implementado. Para vencerem estes obstáculos, optaram pelo desenvolvimento uma versão Francesa modificada correntemente utilizada em serviços de cirurgia (3). A modificação consistiu na substituição da categoria agitação por comportamento com a descrição de vários itens de forma mais pormenorizada (30). A determinação do valor de referência para a determinação da categoria variação da tensão arterial sistólica dificultou a aplicação da Escala pela ausência desse registo, condição clínica da criança, e de em alguns casos a avaliação da tensão arterial alterar o comportamento da criança.

Em alguns serviços Franceses a utilização clínica desta Escala é feita sem a categoria variação da tensão arterial sistólica (30).

Apesar de utilizada correntemente em várias unidades hospitalares Francesas, e inclusivamente usada em algumas investigações, esta versão Francesa da OPS não foi ainda objecto de validação, factor essencial para muitos peritos nesta área (3).

Na maioria das crianças a variação da tensão arterial sistólica foi inferior a 10%, tendência não verificada nas restantes categorias. Desconhecemos referências na literatura que possam explicar este facto, todavia após a primeira hora de pós-operatório a tensão arterial é um indicador menos sensível à dor (30). Por outro lado, não deve ser ignorado que esta Escala foi inicialmente elaborada para avaliar a dor pós-operatória a partir dos 18 meses, sendo posteriormente validada para outras situações e idades (3,15,27,28,29). Acresce que o não registo de um valor de tensão arterial antes do internamento complicou a determinação do valor de referência.

Os resultados da aplicação da versão portuguesa da Escala OPS revelaram uma concordância inter-avaliadores excelente (33). Constatação não alheia à experiência dos enfermeiros que participaram no estudo, onde a maioria eram especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica e com formação específica na avaliação de dor.

Outro factor que pode ter contribuído para este elevado grau de concordância poderá ter sido a heterogeneidade das características das crianças observadas (seis Serviços de dois Hospitais Centrais), uma vez que os instrumentos são elaborados para medir as diferenças (32). Os nível de concordância mais baixo, ainda assim excelente (33), diz respeito à categoria agitação provavelmente pela sua semelhança com a categoria movimento.

A concordância observada para a pontuação total de dor foi excelente (33). A categoria variação da tensão arterial sistólica foi a que mais contribuiu para este valor por ser extremamente objectiva.

Sendo a confiabilidade de um instrumento um dos principais critérios para a avaliação da sua qualidade (8) estamos cientes que a reprodutibilidade desta escala é segura, tanto mais que os resultados dizem respeito a três avaliadores independentes. As dificuldades sentidas na interpretação de algumas categorias não nos parecem consistentes, pelo que a familiarização e a experiência acumulada com o uso da Escala irão dissipá-las.

Conclusões

A simplicidade de aplicação e o ser pontuada numa escala de zero a dez pontos são fortes argumentos para a aplicação em meio hospitalar da escala OPS, embora se possa questionar a idade da criança a partir da qual deve ser aplicada.

Todos nós, mas muito particularmente as crianças incapazes de comunicarem verbalmente a sua dor, têm o direito moral e ético de possuírem as melhores condições que propiciem o desenvolvimento de todo o seu potencial. A avaliação válida e segura da dor é a condição básica para se atingir esse objectivo. Por isso, a avaliação da dor é hoje considerada a essência dos cuidados, um indicador da qualidade e o primeiro passo para o correcto tratamento da dor (1,21,23).

A escala OPS ao revelar um alto grau de reprodutibilidade, constitui um instrumento extremamente valioso para a melhoria da qualidade de vida das crianças e suas famílias, se usada diariamente pelos profissionais de saúde na avaliação da dor da criança cujo desenvolvimento psicomotor dificulta a sua verbalização.

Agradecimentos

Os autores agradecem a colaboração dos enfermeiros do Serviço de Pediatria B e Cirurgia do Departamento de Pediatria do Hospital de São João do Porto e dos Serviços de Medicina, Ortopedia/Neurocirurgia, Cirurgia e Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra e ao Serviço de Bioestatística Informática Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Bibliografia

1. Associação Americana de Pediatria, Sociedade Americana da Dor. Avaliação e terapêutica da dor em lactentes, crianças e adolescentes. *Pediatrics* (ed. Port.) 2001; 10: 463-7.
2. Portenoy RK, Hagen NA. Breakthrough pain: definition, prevalence and characteristics. *Pain* 1990; 41: 173-281.
3. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aigue en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans. Paris: ANAES, 2000.
4. Collins H, Kaslow NJ. Sickie cell information center guidelines. Ed. Eckman J; Platt A 2000.
5. Fischer, M. Contacto humano; o toque físico e a presença. *Nursing* 1990; 16-9.
6. Ibáñez, M. Ángeles Martínez. Dolor en el niño. *Rev* 1997; 226: 13-9.
7. Llewellyn, N. Pain assessment and the use of morphine. *Paediatric Nursing* 1996; 8:32-35.
8. Finley GA, McGrath PJ. Measurement of pain in infants and children. Seattle: IASP Press, 1998.
9. Richeimer S. Acute and post-operative pain management for children. RPI 2000. www.spineuniverse.com.
10. Reis LL. A dor crónica na criança. In: Gomes Pedro J, Barbosa A. (Ed.). *Dor na criança e no jovem*. Lisboa: Departamento de Educação Médica da Faculdade de Medicina de Lisboa. Permanyer Portugal, 1997.
11. McCaffery M, Beebe A. Pain clinical manual for nursing practice. Baltimore: Mosby, 1989.
12. Raiman J. Tentando compreender a dor e planear o alívio. *Nursing* 1988; 7: 36-44.
13. Associação Americana de Pediatria e Academia Canadiana de Pediatria. Prevenção e controlo da dor e do stress no recém-nascido. *Pediatrics* 2000; 3:174-81.
14. Royal College of Nursing. Clinical practice guidelines: the recognition and assessment of acute pain in children. RCNI, 1999.

15. Franck LS, Greenberg CS, Stevens B. Pain assessment in infants and children. *Pediatric Clinics of North America* 2000; 3:487-512.
16. Stevens B, Gibbins S. Clinical utility and clinical significance in the assessment and management of pain in vulnerable infants. *Clin Perinatol* 2002 ;3: 459-468.
17. Dijk MV, Peters JWB, Bouwmeester NJ et al. Are postoperative pain instruments useful for specific groups of vulnerable infants? *Clin Perinatol* 2002 ;3: 469-491.
18. Barros L. *Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores 1999.
19. Castro MCFZ. Factores que contribuem para a indicação de analgesia com opióides em RN em ventilação pulmonar mecânica. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2001 (Tese de Mestrado).
20. US Department of Health and Human Services, US Public Health Service, National Institutes of Health. 6 Symptom Management Acute Pain. Pain management practices. www.nih.gov/ninr/research/vol6/volume6.htm.
21. Price S. Avaliando a dor nas crianças. *Nursing* 1995; 8: 32-4.
22. Morton NS. Prevention and control of pain in children. *British Journal of Anaesthesia* 1999; 83: 118-129.
23. Confederation of European Specialists in Paediatrics. Ethical principles and operational guidelines for good clinical practice in paediatric research. *Acta Pediátrica Portuguesa* 2002; 33: 463-470.
24. Direcção-Geral da Saúde e Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. Plano nacional de luta contra a dor. Lisboa: DGS, 2001.
25. Fournier- Charrière E, Dommergues JP. La douleur chez l'enfant: aspects spécifiques. *La Revue du Praticien* 1994; 44: 1925-31.
26. Hannallah RS, Broadman LM, Belman AB, Abramowitz MD, Epstein BS. Compariso of caudal and ilioinguinal/ iliohypogastric nerve blocks for control of post-orchiopey pain in pediátric ambulatory surgery. *Anesthesiology* 1987; 66: 110-12.
27. Broadman LM, Rice LJ, Hannallah RS. Testing the validity of an objective pain scale for infants and children. *Anesthesiology* 1988; 69:A770.
28. Norden J, Hannallah R, Getson P, O'Donnell R, Kelliher G, Walker N. Concurrent validation of an objective pain scale for infants and children. *Anesthesiology* 1991; 75: A934.
29. Norden JM, Hannallah RS, Getson P, O'Donnell R, Kelliher G, Walker N. Reliability of an objective pain scale in children. *Anesth Analg* 1991; 72: S199.
30. Association pour le Traitement de la Douleur de L'enfant. La douleur de l'enfant: la connaître, l'évaluer, la traiter (CD/Rom). Paris. ATDE 2001.
31. Ferreira PL, Marques FB. Avaliação psicométrica e adaptação cultural e linguística de instrumentos de medição em saúde: princípios metodológicos gerais. Universidade de Coimbra. Centro de Estudos e Investigação em saúde, 1998.
32. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ª ed. Artes médicas: Porto Alegre, 1995.
33. Landis RJ, Koch GG. The measurement of agreement for categorical data. *Biometrics* 1977;33:159-174.
34. Kramer MS, Feinstein AR. The biostatistics of concordance. *Clin Pharmacol Ther* 1981;29:111-123.
35. Anand KJS. International Evidence-Based Group for Neonatal Pain: Consensus statement for the prevention and management of pain in the newborn. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001; 155:173-180.
36. Biscaia J. A dor no bebé. In: Rico T, Barbosa A. (Ed). *Dor: do neurónio à pessoa*. Lisboa: Departamento de Educação Médica da Faculdade de Medicina de Lisboa Permanyer Portugal, 1995.
37. McCaffery M,e Wong DL. Nursing interventions for pain control in children. In: Schechter NL, Berde CB,, Yaster M, eds. *Pain in infants, children, and adolescents*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1993.
38. Porter FL, Wolf CM, Miller JP. Procedural pain in newborn infants: the influence of intensity and development. *Pediatrics* 1999; 1: 13.
39. Krechel SW, Bildner J. CRIES: a new neonatal postoperative pain measurement score. Initial testing of validity and reliability. *Paediatric Anaesthesia* 1995; 5:53-61.

Correspondência: Luís Batalha | ESEBB

Rua 5 de Outubro – Apartado 7032 | 3041-801 COIMBRA

E-mail: batalha@esebb.pt

Meningite na criança: revisão de 208 casos

Helena Pinto¹, Carla Meireles², Delfina Coelho³, Célia Madalena⁴

Resumo

Introdução: A meningite na criança é um processo infeccioso potencialmente grave, causada por diversos agentes etiológicos. A investigação científica tem um papel importante na sua prevenção e melhoria do tratamento.

Objectivo: Avaliar as características clínicas e epidemiológicas dos casos de meningite admitidos no Serviço de Pediatria do Hospital Senhora da Oliveira — Guimarães.

Material e métodos: Estudo retrospectivo dos processos clínicos das crianças internadas no Serviço de Pediatria, entre Janeiro de 1997 e 31 de Julho de 2002, com diagnóstico de meningite.

Resultados: Foram incluídos 208 casos de meningite (129 (62%) do sexo masculino): 115 casos (55,3%) de meningite de provável etiologia vírica, 58 (27,9%) de meningite bacteriana e 35 (16,8%) de meningite decapitada.

A distribuição etária foi a seguinte: 1-3 meses de idade: 6 casos (3%); 4 meses-3 anos: 58 casos (28%); 4-14 anos: 144 casos (69%).

O agente etiológico foi isolado em 44 casos (76%) de meningite bacteriana: *Neisseria meningitidis* em 29 casos (66%); *Streptococcus pneumoniae* em 10 (23%); *Haemophilus influenzae* em 2 (4,5%), *Streptococcus* do grupo A em 2 (4,5%); *Mycobacterium tuberculosis* em um caso (2,3%) .

Nas meningites bacterianas verificaram-se complicações na fase aguda em 29% dos casos e sequelas em 15,5%. A taxa de mortalidade foi de 1,7%.

Ocorreram complicações na fase aguda em 5,7% dos casos de meningite decapitada e 5,2 % dos casos de meningite de provável etiologia vírica.

Comentários: A prevalência dos agentes infecciosos observada foi semelhante à descrita na literatura. A introdução recente de novas vacinas deverá de futuro alterar este perfil epidemiológico.

Palavras-chave: meningite bacteriana, meningite decapitada, meningite vírica.

Summary

Background: Meningitis is one of the most frequent and potentially serious infection in infants and older children. It may be caused by a variety of infectious agents.

¹ Interna Complementar de Pediatria do Hospital de S. João — Porto

² Interna Complementar de Pediatria do Hospital Senhora da Oliveira — Guimarães

³ Assistente Hospitalar Graduada, Hospital Senhora da Oliveira — Guimarães

⁴ Assistente Hospitalar, Hospital Senhora da Oliveira — Guimarães

Objective: The purpose of this study was to evaluate the clinical and epidemiological features of meningitis in our hospital (Senhora da Oliveira- Guimarães).

Patients and methods: A retrospective study of all cases of meningitis diagnosed in our hospital in the period from the 1st January 1997 till 31st July 2002 was performed. The patients were between 1 month and 14 years of age.

Results: Two hundred and eight cases of meningitis were included in our study (one hundred and twenty nine patients (62%) were male). There were identified 58 cases (27,9%) of bacterial meningitis; 35 cases (16,8%) of partially treated bacterial meningitis and 115 cases (55,3%) of probably viral cause.

Six cases (3%) were between 1 and 3 months of age; 58 cases (28%) were between 4 months and 3 years and 144 cases (69%) were between 4 and 14 years of age.

The pathogen was isolated in 44 cases (76%) of bacterial meningitis: *Neisseria meningitidis* in 29 cases (66%); *Streptococcus pneumoniae* in 10 (23%); *Haemophilus influenzae* in 2 (4,5%); Group A *Streptococcus* in 2 cases (4,5%) and 1 case (2,3%) of *Mycobacterium tuberculosis*.

In bacterial meningitis acute complications were observed in 17 cases (29%) and chronic morbidity in 9 cases (15,5%). The mortality rate was 1,7%.

Acute complications were also observed in 5,7% cases of partially treated bacterial meningitis and 5,2% cases of probably viral meningitis.

Conclusion: The prevalence of bacterial pathogens observed in our study was similar to other recent studies from our country.

In the future, this epidemiological pattern will probably be modified by recent introduction of new vaccines against *Neisseria meningitidis* serogroup c and *Streptococcus pneumoniae* (some serotypes).

Keywords: bacterial meningitis, viral meningitis, epidemiology.

Introdução

A meningite é um processo infeccioso frequente na criança, cujos agentes etiológicos mais frequentes são: vírus (sobretudo o enterovírus) e algumas bactérias (nomeadamente: *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* e *Streptococcus pneumoniae*), embora outros agentes possam estar implicados.

A meningite bacteriana é, no entanto, a que assume maior gravidade, pelo risco de complicações e mortalidade a que pode estar associada.

A investigação científica tem tido um papel primordial no tratamento e prevenção desta doença, nomeadamente através da descoberta de novas vacinas. A crescente adesão à vacinação tem vindo a alterar o perfil epidemiológico da doença.

Foi objectivo do nosso estudo avaliar as características clínicas e epidemiológicas dos casos de meningite admitidos no serviço de Pediatria do Hospital Senhora da Oliveira (HSO)- Guimarães nos últimos 5,5 anos.

Material e métodos

Foram analisados retrospectivamente 220 processos clínicos de crianças com o diagnóstico de meningite internadas, no Serviço de Pediatria do HSO, no período de 1 de Janeiro de

1997 a 31 de Julho de 2002. Subdividiram-se os doentes, com idades compreendidas entre 1 mês e os 14 anos de idade, em 3 grupos etários: 1 aos 3 meses; 4 meses aos 3 anos; 4 aos 14 anos.

Os parâmetros analisados foram: sexo; idade; distribuição anual e sazonal; manifestações clínicas; resultados laboratoriais; tratamento efectuado; complicações e sequelas.

O diagnóstico de meningite baseou-se nos achados clínicos e nos seguintes critérios de classificação:

Meningite bacteriana — exame citoquímico do líquido cefalorraquidiano (LCR) com os seguintes parâmetros: leucócitos $> 1000/\text{mm}^3$ com predomínio de polimorfonucleares (PMN); proteínas 1-5 g/L; glicose $< 40 \text{ mg/dL}$ ou $< 66\%$ da glicemia e/ou isolamento do agente infeccioso no LCR ou no sangue.

Meningite decapitada — tratamento antibiótico prévio e exame citoquímico do LCR com os seguintes parâmetros: leucócitos 6-1000/ mm^3 ; proteínas 1-5 g/L; glicose normal e/ou sem isolamento do agente infeccioso.

Meningite de provável etiologia vírica — exame citoquímico do LCR com os seguintes parâmetros: leucócitos 6-1000/ mm^3 ; proteínas 0,5-1g/L; glicose normal e/ou evolução clínica favorável sem antibioterapia.

Foram excluídos 12 processos clínicos por registos incompletos.

Resultados

Foram incluídos no trabalho 208 casos de meningite (129 (62%) crianças do sexo masculino e 79 (38%) do sexo feminino), classificados da seguinte forma: 115 casos (55,3%) de meningite de provável etiologia vírica, 58 casos (27,9%) de meningite bacteriana e 35 casos (16,8%) de meningite decapitada.

Relativamente à distribuição por grupos etários foram identificados entre 1- 3 meses: 6 casos (3%); 4 meses-3 anos: 58 casos (28%) e 4-14 anos: 144 casos (69%).

No gráfico 1 apresenta-se a distribuição dos diferentes tipos de meningite por grupos etários. A distribuição anual encontra-se representada no gráfico 2. Nos anos de 1997 e 2000 verificou-se um maior número de casos de meningite, predominantemente de provável etiologia vírica.

Quanto à distribuição sazonal, as meningites bacterianas predominaram no Inverno (Dezembro, Janeiro e Fevereiro), e as víricas nos restantes meses (gráfico 3).

A maioria dos doentes (139- 66,8%) recorreu ao Serviço de Urgência (SU) nas primeiras 24 horas após o início da sintomatologia. Em 2 casos a sintomatologia tinha duração de pelo menos 8 dias: um caso de meningite tuberculosa e outro de meningite decapitada polimedica (três antibióticos).

Relativamente às manifestações clínicas, os sintomas mais frequentes foram os vômitos (81%), as cefaleias (62%) e a prostração (24%). Os sinais clínicos predominantes e a sua correlação com a etiologia da meningite encontram-se representados no gráfico 4.

Relativamente às meningites bacterianas, o agente foi isolado em 76% (44/58) dos casos; em 38 casos (86%) no LCR, em 17 casos (39%) no sangue, e num caso no suco gástrico. De referir que 6 casos (14%) em que foi identificado o agente etiológico, tinham realizado

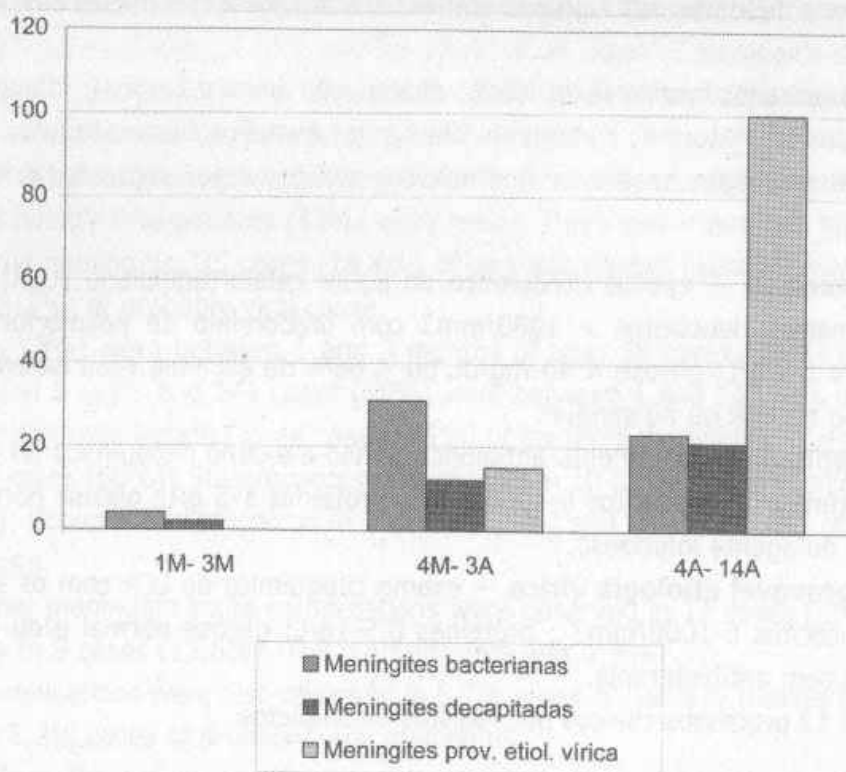
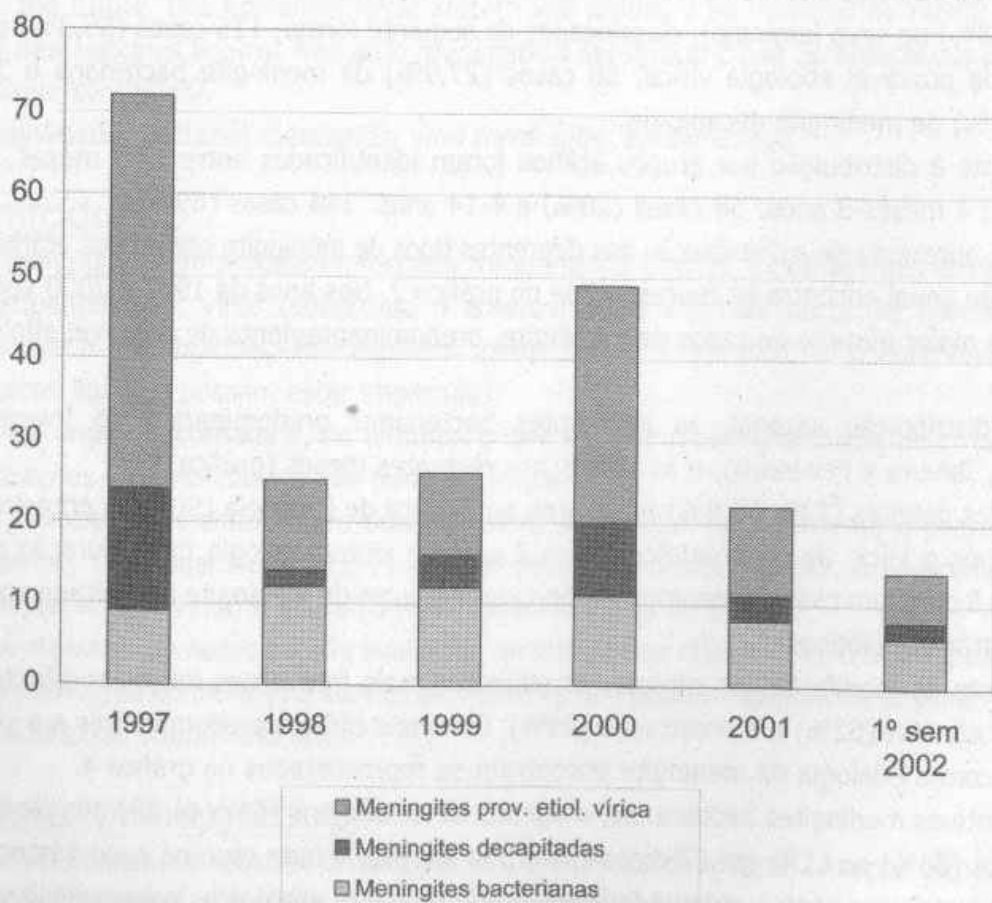
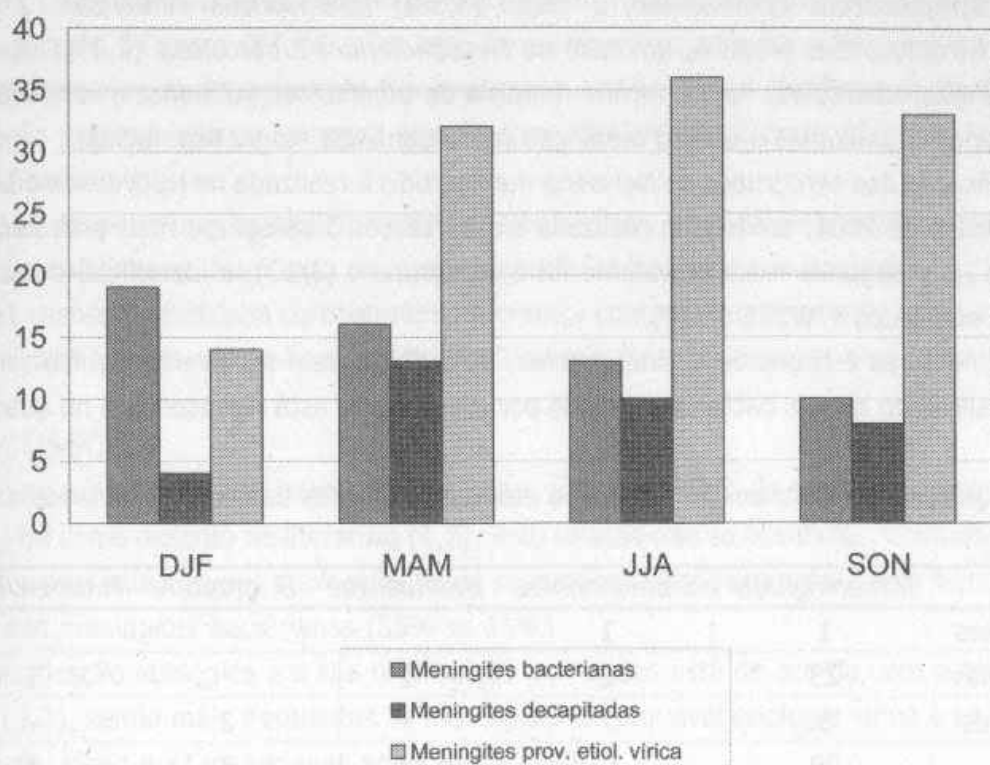
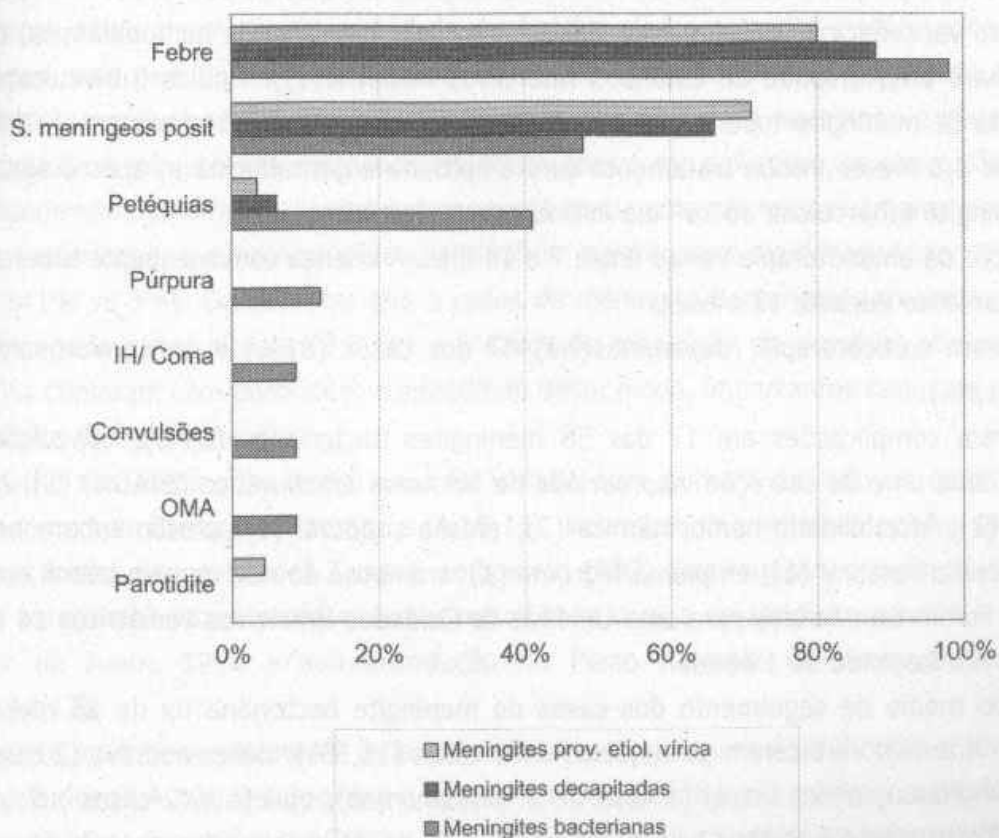
Gráfico 1: Distribuição dos casos de meningite por grupos etários (n = 208).**Gráfico 2:** Distribuição anual dos casos de meningite (n = 208).

Gráfico 3: Distribuição sazonal dos casos de meningite (n = 208).**Gráfico 4:** Correlação entre os sinais clínicos mais frequentes e a etiologia da meningite (n = 208).

antibioterapia prévia. Identificaram-se em 29 casos (66%) *Neisseria meningitidis*, 10 casos (23%) *Streptococcus pneumoniae*, 2 casos (4,5%) *Haemophilus influenzae*, 2 casos (4,5%) *Streptococcus* grupo A, um caso de *Mycobacterium tuberculosis* (2,3%). No caso de meningite tuberculosa havia história materna de tuberculose pulmonar e verificou-se a presença de granulomas e efusão meníngea na ressonância magnética nuclear.

A identificação dos serogrupos de *Neisseria meningitidis* é realizada no HSO desde o segundo semestre de 2001, tendo sido realizada em 12 casos. O serogrupo mais prevalente foi o b (8/12); o segundo mais prevalente foi o serogrupo c (3/12), e identificou-se ainda 1 caso de serogrupo Y/W135 (1/12).

Relativamente às estirpes de *S. pneumoniae*, 38% (3/8) eram sensíveis à penicilina.

A distribuição do agente bacteriano isolado por grupo etário está representada no quadro 1.

Quadro 1 - Distribuição por grupo etário dos agentes bacterianos isolados.

	<i>N.meningitidis</i>	<i>S.pneumoniae</i>	<i>H.influenzae</i>	<i>S. grupo A</i>	<i>M.tuberculosis</i>
1-3 meses	1	1	-	-	-
4m-3 anos	23	2	2	-	1
4-14 anos	5	7	-	2	-
Total	29	10	2	2	1

O tratamento antibiótico instituído nos casos de meningite bacteriana, foi em 57 casos (98%) o ceftriaxone, associando-se num caso ampicilina (lactente com idade < 3 meses); em outro vancomicina (lactente com idade <3 meses, instabilidade hemodinâmica, transferido para uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos) e noutro tuberculostáticos (suspeita de meningite tuberculosa não confirmada; suspensos posteriormente). Um lactente de 3,5 meses iniciou tratamento com ampicilina e gentamicina e, após diagnóstico de meningite tuberculosa ao 15º dia iniciou tuberculostáticos.

A duração da antibioterapia variou entre 7 e 14 dias. A criança com meningite tuberculosa fez tratamento durante 12 meses.

Efectuaram corticoterapia (dexametasona) 47 dos casos (81%) e anticonvulsivantes 7 casos (12%).

Ocorreram complicações em 17 das 58 meningites bacterianas (29%): convulsões (7 casos); síndrome de secreção inapropriada de hormona antidiurética (SIADH) (5); hidrocefalia (2); instabilidade hemodinâmica (2); efusão subdural (1); efusão subaracnoideia (1); abscesso cerebral (1); empiema/higroma (1); trombose do seio venoso lateral esquerdo (1). Foram transferidos para uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos 14 crianças (24%). Registou-se 1 óbito.

O tempo médio de seguimento dos casos de meningite bacteriana foi de 16 meses (3 meses - 4 anos). Verificaram-se sequelas em 9 casos (15,5%): défice auditivo (2 casos de *N. meningitidis*); défice visual (1 caso de *S. pneumoniae*); epilepsia (2 casos ; *S. pneumoniae*); insucesso escolar (2 casos); amputação do dedo indicador da mão (1 caso);

diplegia espástica com atraso cognitivo (1 caso de *M.tuberculosis*).

Dos 35 casos de meningite decapitada efectuaram tratamento com cefalosporinas de terceira geração 34 casos (97 %) e um caso com ampicilina; com duração entre 8 a 10 dias. Foi efectuada corticoterapia com dexametasona em 11 casos. Verificou-se síndrome de secreção inapropriada de hormona antidiurética (SIADH) em 2 casos (5,7 %). Não foram identificadas sequelas.

Dos 115 casos de meningite de provável etiologia vírica, 44 (38%) efectuaram antibioterapia com ceftriaxone. Num caso de meningoencefalite foi associado aciclovir.

Em 11 casos foi efectuada corticoterapia. A criança com meningoencefalite apresentou ataxia da marcha com regressão completa em 2 meses. Nenhum doente apresentou sequelas.

Discussão

Na nossa amostra de 208 crianças, verificamos um predomínio do sexo masculino (62% vs 38%) tal como descrito na literatura (1,2); esta relação não se observou, contudo, na análise dos diferentes grupos etiológicos, onde se verificou um ligeiro predomínio do sexo feminino nas meningites bacterianas (55% vs 45%).

A classificação etiológica e a sua distribuição por idades está de acordo com outros trabalhos (2,3), sendo mais frequentes as meningites de provável etiologia vírica a partir dos 4 anos de idade e as bacterianas antes desta idade.

As manifestações clínicas mais frequentes foram a febre (98% dos casos nas meningites bacterianas; 80% nas meningites de provável etiologia vírica), os vômitos e as cefaleias (4,5,6). Outros sintomas como a prostração e o gemido revestem-se de grande importância como sinais de alerta da gravidade do quadro clínico e, muito particularmente, nas crianças mais pequenas (7,8). A positividade dos sinais meníngeos (sinais de Kernig e Brudzinski positivos; fontanela anterior hipertensa e rigidez da nuca) não é sugestiva da etiologia da meningite; por outro lado, manifestações como a púrpura, as convulsões, a instabilidade hemodinâmica ou coma ocorreram na nossa amostra exclusivamente nas meningites bacterianas; o exantema petequial também ocorreu com mais frequência nestas últimas (41% vs 3%). De salientar que 5 casos de meningite bacteriana apresentavam otite média aguda concomitante (8,6 %) e 5 casos de meningite de provável etiologia vírica (4,3%) cursaram com parotidite; constituindo deste modo, importantes dados na avaliação etiológica da meningite (9).

O agente nas meningites bacterianas foi isolado num número elevado de casos (76 %) quando comparado com a literatura (4,10,11). Relativamente ao *Haemophilus influenzae* apenas foram diagnosticados 2 casos, ambos em 1997; esta redução, comparativamente a anos anteriores, estará provavelmente relacionada com a prescrição e adesão à vacina a partir de Junho 1994 e sua introdução no Plano Nacional de Vacinação em 1998 (2,3,12,13).

O agente mais frequentemente isolado foi a *Neisseria meningitidis*, tal como referido noutros estudos (3,4,10). O serogrupo C apenas foi identificado em 3 crianças; no entanto, em 2 desses casos (ocorridos em 2001 e 2002) o quadro clínico poderia ter sido prevenido pela

administração da vacina.

Verificou-se um ligeiro predomínio de *Streptococcus pneumoniae* no grupo etário dos 4 aos 14 anos, ao contrário do esperado segundo a literatura (8, 12), mas presente noutros estudos realizados no nosso país (2). Esta situação poderá ser explicada por uma maior incidência da infecção por este agente na população estudada; por outro lado, neste grupo etário verificou-se uma menor percentagem de isolamento do agente (60%) e o processamento microbiológico das amostras com *N. meningitidis* é mais difícil do que com outros agentes (9).

A prevalência de complicações na fase aguda foi semelhante à de outras séries (2, 10). Em 24 % das meningites bacterianas verificaram-se complicações graves que motivaram a transferência para Unidades de Cuidados Intensivos e/ou Neurocirurgia, o que realça a sua importância.

A taxa de mortalidade, de 1,7%, verificada nas meningites bacterianas, é semelhante à descrita noutros estudos (2, 4).

As sequelas mais frequentes foram: défice auditivo, epilepsia, e o insucesso escolar, tal como observado noutros estudos (2, 3, 4, 14, 15); e relacionaram-se, na nossa amostra, de forma equitativa com os pneumococos e os meningococos.

A diplegia espástica e atraso cognitivo ocorreram no lactente com meningite tuberculosa, o que reforça a importância do diagnóstico e tratamento atempados.

Relativamente às meningites de provável etiologia vírica, 38% efectuaram antibioterapia; o que se poderá dever, quer à dificuldade de estabelecimento de um diagnóstico inicial com base em dados clínico-laboratoriais, muitas vezes sobreponíveis aos da meningite bacteriana (16,5) quer ao facto de não ser realizado exame virológico de líquido no HSO.

Conclusão

Este estudo permitiu-nos conhecer a realidade da população pediátrica a que o HSO presta cuidados de saúde, no que se refere ao diagnóstico de meningite e suas implicações, e que concluímos não diferir significativamente de outras séries nacionais estudadas.

A introdução recente de novas vacinas anti-*Neisseria meningitidis* serogrupo c e anti-*Streptococcus pneumoniae* irá provavelmente alterar o perfil epidemiológico da meningite na criança, nomeadamente poder-se-à assistir ao aumento da incidência de outros agentes etiológicos para os quais não existe ainda protecção vacinal (p.ex, *N. meningitidis* serogrupo b) (12,16, 17). Cabe à investigação científica prosseguir a descoberta de vacinação específica adequada à prevenção desta patologia.

Bibliografia

1. León MM, Martín FJG, Marín MIM, Valverde AM. Meningitis bacterianas. Estudio clínico- epidemiológico. Revisión de 8 años (1988- 1995). An Esp Pediatr, 1998; 48: 277- 282.
2. Rocha G, Borges T, Oliveira D, Ramos S, Gomes da Silva. Meningites na infância, que sequelas?. Revista Portuguesa de Doenças Infecciosas, 1998; 21 (4): 179-184.
3. Jaén AF, Andrés CB, Martín FC, García PP, López MLV. Meningitis bacteriana en la edad pediátrica. Estudio de 166 casos. An Esp Pediatr, 1998; 48: 495- 498.
4. Méndez CP, Navarro MO, García SB, et al. Meningitis por enterovirus. Características epidemiológicas, clínicas y de laboratorio en una serie de 60 niños. An Esp Pediatr, 2001; 55 (1): 11- 14.

5. Bedford H, Louvois J, Halket S, et al. Meningitis in infancy in England and Wales: follow up at age 5 years. *BMJ*, 2001; 323: 1- 5.
6. Schuchat A, Robinson K, Wenger JD, et al. Bacterial meningitis in the United States in 1995. *N Engl J Med*, 1997; 337 (14): 970- 976.
7. Wubbel L, McCracken GH. Management of bacterial meningitis: 1998. *Ped Rev*, March 1998; 19 (3): 78- 84.
8. Sormunen P, Kallio MJT, Kilpi T, Peltola H. C-reactive protein is useful in distinguishing Gram stain-negative bacterial meningitis from viral meningitis in children. *J Pediatr*, 1999; 134 (6): 725-729.
9. Schmit JL. Méningites purulentes; Méningites des immunodéprimés exclues: épidémiologie, étiologie, diagnostic, évolution, pronostic, prévention, principes du traitement. *Rev Prat (Paris)*, 1992; 42 (4): 505- 510.
10. Bourrillon A. Méningites bactériennes et purpura fulminans de l'enfant. *Rev Prat (Paris)*, 2001; 51: 1898- 1902.
11. Stahl JP. Méningites purulentes. *Rev Prat (Paris)*, 1998; 48: 1681- 1688.
12. Quagliarello VJ, Scheld WM. Treatment of bacterial meningitis. *N Eng J Med*, 1997; 336 (10): 708- 716.
13. Reigada CM, Tamarit DP, Botet FA. Meningitis bacterianas. Protocolos diagnósticos e terapêuticos en Pediatría. *Infectologia*, 2000; 147- 153.
14. João A, Guimarães P, Guedes M, Machado A. Meningite nos dois primeiros anos de vida- experiência do Hospital Geral de Santo António. *Nascer e crescer*, 1997; 6 (3): 160- 163.
15. Martínez AP, Cabañero M, Calcaño VQ, et al. Utilidad del score de Boyer modificado para el diagnóstico diferencial de las meningitis bacterianas y víricas. *An Esp Pediatr*, 2001; 55: 15- 19.
16. Craig AS, Erwin PC, Schaffner W, et al. Carriage of multidrug-resistant *Streptococcus pneumoniae* and impact of chemoprophylaxis during an outbreak of meningitis at a day care center. *CID*, 1999; 29: 1257- 1264.
17. Tunkel AR, Scheld WM. Acute bacterial meningitis. *Lancet*, 1995; 346: 1675- 1680.

Correspondência: Helena Guedes Pinto

Hospital de S. João | Serviço de Pediatria

Alameda Prof. Hernâni Monteiro | 4200-319 PORTO

Telefone: 229014895 | E-mail: hguedespinto@clix.pt

saúde infantil

Como cuidamos dos nossos filhos?

Vânia Machado¹, Micaela Guardiano¹, Elisa Teixeira², Cesarina Silva³, Carlos Valente⁴

Resumo

A puericultura na primeira infância serve de pilar à profilaxia de inúmeras patologias pediátricas.

Effectuou-se um inquérito às mães das crianças que frequentavam as consultas de Saúde Infantil (CSI) do Centro de Saúde de Ermesinde com o objectivo de conhecer alguns hábitos dos pais na prestação de cuidados aos seus filhos.

Dos resultados salienta-se um razoável nível de conhecimentos gerais, nomeadamente da importância do aleitamento materno e evicção do leite de vaca em natureza no primeiro ano de vida.

São repetidos os erros em práticas de diversificação alimentar e parecem-nos também insuficientes as noções sobre a febre.

Foi encontrada diferença significativa entre nível sócio-económico mais elevado e noções correctas sobre alimentos alergizantes, sendo também menos usual a utilização de biberão na cama; também se verificou existir relação entre o maior número de filhos e a não utilização de biberão na cama.

Intui-se ser essencial investir na Educação para a Saúde a nível dos Cuidados Primários, nomeadamente nos conselhos de puericultura, insistindo na correcta instrução dos pais.

Palavras-chave: puericultura, primeira infância, consulta de Saúde Infantil.

Summary

Child-welfare in first infancy is the support for the prevention of many pediatric diseases.

An inquiry was made to the mothers of the children followed-up at the Ermesinde Healthcare Facility. The purpose was to understand some of the healthcare practices in parenthood. A satisfactory level of knowledge was found in matters like the importance of breastfeeding and avoiding whole cow's milk in the first year.

There were repeated mistakes on the introduction of solid food and knowledge about fever seemed also insufficient.

Statistic significance was found between highest social level and right answers about allergenic food. The highest social level also used less frequently the nursing bottle. Mothers with more children used less frequently the nursing bottle.

¹ Interno Complementar de Pediatria - H. S. João

² Assistente Graduada de Saúde Pública

³ Assistente Graduada de Clínica Geral

⁴ Director Centro de Saúde - Assistente Graduado de Saúde Pública
Centro de Saúde de Ermesinde

It's very important to promote healthcare Education in the General Practice, giving good child-welfare counselling to parents.

Keywords: child-welfare, first infancy, child healthcare visit.

Introdução

Somos repetidamente confrontados na prática clínica com a ansiedade dos pais perante a enorme responsabilidade de tratarem dos seus filhos.

Um bebé aparentemente saudável exige inúmeros cuidados práticos diários, inseridos na puericultura, que são alvo de dúvidas constantes por parte dos pais. Estas nem sempre são totalmente esclarecidas nas CSI, quer seja pelo tempo que é necessário dispendir para se poder interiorizar certos conceitos, quer pela hesitação ou esquecimento dos pais em nos colocar muitas das suas dúvidas e incertezas.

As fontes de informação procuradas são por isso familiares mais experientes, livros, revistas e para alguns a Internet. Nem sempre as noções adquiridas por estes meios são as mais adequadas, podendo mesmo por vezes o excesso de informações contraditórias aumentar ainda mais a confusão.

Cabe ao Clínico Geral ou Pediatra o papel de clarificar e desmistificar os conhecimentos sobre esta área básica da Saúde Infantil.

Alguns dos temas que nos parecem constituir noções básicas fundamentais para quem lida com crianças são:

- posicionamento no leito – a posição de bruços é considerada factor de risco para Morte súbita do Lactente (MSL) em vários estudos, pelo que a Associação Americana de Pediatria (AAP) enfatiza a importância da sua evicção; desde as recomendações da AAP de 1992, a taxa de MSL reduziu mais de 40% (1).
- «nursing bottle» – a administração de biberão de leite na cama ao deitar relaciona-se com a cariogénese precoce, otites e sibilância recorrente(2-4).
- aleitamento materno – apesar das pressões económicas, culturais e políticas influenciam largamente a decisão em amamentar, a AAP assegura que o aleitamento materno possibilita a expressão de condições óptimas para a saúde física, psicossocial e de desenvolvimento do lactente (5).
- diversificação alimentar – a correcta introdução de alimentos na dieta do lactente é sem dúvida necessária para evitar reacções alérgicas, respeitando a sua fisiologia imatura.
- febre – é de consenso na Pediatria que o valor de 38°C deve ser utilizado como limite inferior na sua definição. Esta deve se basear na medição rectal de temperatura (6).

Apesar de constituírem conhecimentos básicos e fundamentais, muitas vezes verifica-se uma deficiente informação dos pais a este respeito sendo as Consultas de saúde Infantil (CSI) momentos imprescindíveis na transmissão destas noções.

Objectivos

Avaliar conhecimentos das mães sobre alguns procedimentos de puericultura na primeira infância.

Estabelecer se existe diferença significativa entre classe sócio-económica e número de filhos e algumas práticas de puericultura.

Material e métodos

O trabalho apresentado é um estudo transversal cuja população alvo são as mães de crianças inscritas no Centro de Saúde de Ermesinde.

Foi seleccionada aleatoriamente a amostra entre as mães das crianças que se apresentaram na CSI durante o período referido, abrangendo áreas de população rural e urbana, que caracteriza os utentes do Centro de Saúde de Ermesinde.

Para este trabalho foi efectuado inquérito pelos autores para o efeito (Fig 1).

Foram questionadas 120 mães no período de 15 de Janeiro a 15 de Maio de 2002, durante a CSI do Centro de Saúde de Ermesinde. Todas aceitaram voluntariamente responder ao inquérito.

Foi utilizado o conceito de Classe sócio-económica dado através da Escala de Classificação do General Register Office of England and Wales.

Os dados foram inseridos e analisados no programa SPSS10.0. Foi aplicado o teste estatístico de Qui. Quadrado a associações realizadas entre diversas variáveis presentes no inquérito. Aceitou-se o erro de 5%.

A variável classe sócio-económica foi subdividida em (1-3) e (4-5); a variável nº de filhos foi reagrupada em (1) e ≥ 2 filhos.

As respostas às questões colocadas foram reorganizadas em respostas consideradas correctas ou erradas de acordo com os nossos conhecimentos e a literatura revista.

Fig 1 - Questionário

Centro de Saúde de Ermesinde

Identificação

Mãe:

Profissão:

Pai:

Profissão:

Criança:

Sexo:

Idade:

Número de filhos:

Idade:

Idade:

1) Em que posição deve dormir o seu filho?

De lado ☐ De costas ☐ De bruços ☐ Indiferente ☐

2) O seu filho toma biberão na cama antes de dormir?

Sim ☐ Não ☐

3) Até que idade deve o bebé ser alimentado ao seio materno?

Enquanto a mãe tiver leite ☐ Outra ☐

4) Com que idade pode a criança começar a tomar «leite do dia»?

Menos de 12 meses ☐ Mais de 12 meses ☐

5) Com que idade pode a criança começar alimentação sólida?

Menos de 4 meses ☐ Mais de 4 meses ☐

6) Com que tipo de alimento?

Boiões ☐ Papa de cereais ☐ Sopa de legumes ☐

Sopa de legumes com carne ☐ Pão e bolachas ☐

7) Com que idade pode a criança iniciar

a) Laranja, kiwi, tomate? Antes dos 9 meses ☐ Depois ☐

b) Morango, gema ovo? Antes dos 9 meses ☐ Depois ☐

Ic) Iogurtes naturais? Antes dos 9 meses ☐ Depois ☐

d) Suissinhos? Antes dos 9 meses ☐ Depois ☐

8) A partir de que temperatura considera que o seu filho tem febre?

Entre 37 e 38°C ☐ Acima de 38°C ☐

9) Como pode saber se o seu filho tem febre?

Se estiver quente ☐ Tem sempre de colocar termómetro ☐

Sempre que tiver dúvidas não deve hesitar em colocá-las ao seu médico assistente!

Resultados

Foram inquiridas 120 mães de crianças que recorreram às CSI do Centro de Saúde de Ermesinde, durante os meses de Janeiro a Maio de 2002.

A idade média das mães foi 28 anos ([Mín18; Máx.40]); apenas duas tinham idade inferior a 20 anos.

Cada agregado familiar era constituído por uma média de 2 filhos ([Mín1; Máx4]).

A média de idades das crianças que frequentaram a CSI no momento do inquérito foi de 21 meses ([Mín. 6 dias; Máx.11 anos]).

O sexo masculino foi ligeiramente preponderante (53%).

Fig 2 - Nº de filhos.

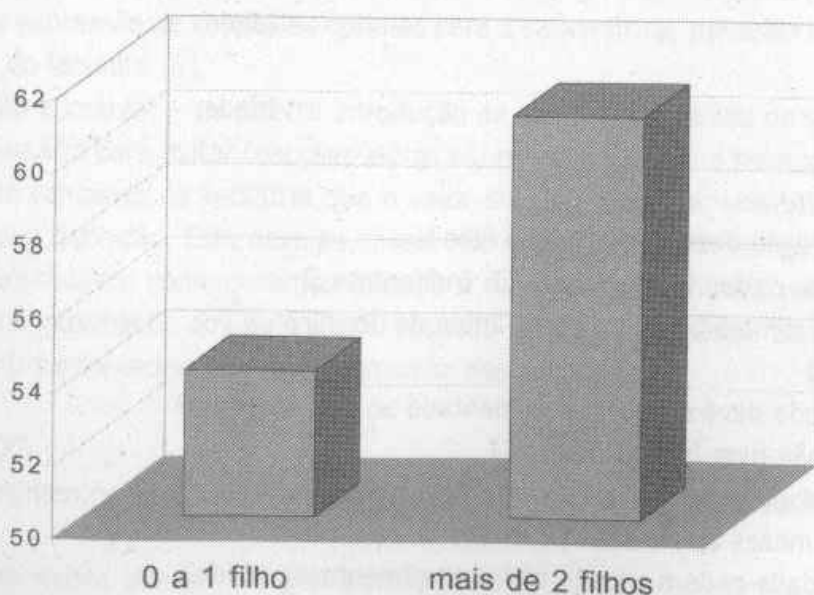
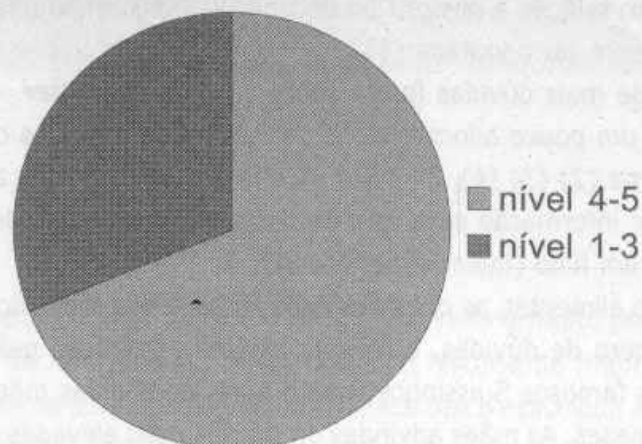


Fig 3 - Classe sócio-económica.

À pergunta «Em que posição deve dormir o seu filho» obtiveram-se 102 (85%; n=119) respostas certas (de lado ou de costas).

Das 117 mães que responderam, 52 (43%) negaram dar biberão na cama antes de dormir. No que diz respeito ao aleitamento materno, 102 (85%; n=118) consideraram ser esta a opção enquanto a mãe tiver leite e 103 (86%; n=119) afirmaram que a ingestão de leite de vaca deve ter início depois dos 12 meses.

Inquiridas quanto à idade mais adequada ao início da alimentação sólida, 109 (99%; n=119) responderam com mais de 4 meses.

Questionadas sobre o tipo de alimento para o início da diversificação, 85 (71%) responderam acertadamente, ou seja, papas de cereais ou sopa de legumes.

Apenas 21 (18%; n=115) mães assinalaram todos os alimentos alergizantes como devendo ser introduzidos após os 9 meses.

Para as questões relacionadas com a febre, 65 (54%; n=119) mães referiram como febre uma temperatura acima de 38°C, e 76 (63%; n=119) defenderam o recurso ao termómetro para determinar a temperatura do seu filho.

Após análise estatística dos resultados, obteve-se diferença significativa entre a variável classe socioeconómica mais elevada (1 a 3) e a resposta correcta à idade de introdução de alimentos alergizantes (Qui-quadrado; erro=5%).

Na população estudada verificou-se que as mães pertencentes a classes sócio económicas mais elevadas ($p<0,001$) e as que tinham mais de um filho ($p<0,05$) davam menos frequentemente biberão a cama, antes de dormir.

Conclusões

Verificou-se um razoável nível de conhecimentos gerais de puericultura nesta população. A maioria das mães respondeu acertadamente às questões colocadas.

Nos últimos 10 anos houve um decréscimo significativo no uso de leite de vaca em natureza em lactentes na Europa (6).

Nesta amostra verificou-se um bom nível de conhecimentos sobre a importância do aleitamento materno, a introdução de leite de vaca e de início de alimentação sólida.

Do total de mães, 85% afirmaram posicionar correctamente os seus filhos para dormir, isto é, de lado ou de costas.

Actualmente há estudos que referem que a posição de decúbito lateral tem um ligeiro aumento de risco em relação à posição de decúbito dorsal, sendo que esta última é a que preferencialmente deve ser adoptada (1).

As perguntas alvo de mais dúvidas foram sobre o «nursing bottle» – é confortável dar o biberão ao bebé já um pouco adormecido e deitado... Confrontadas com o risco de cariogénese, otites e asma (2) (3) (4), as mães mostraram-se dispostas a alterar esse hábito. De ressaltar a maior informação para este item das mães oriundas de classes mais elevadas e com mais de um filho (maior experiência?).

Para a diversificação alimentar, as questões específicas sobre alimentos alergizantes levantaram o maior número de dúvidas, e mesmo alguma admiração pelo facto de alimentos como a laranja e os famosos Suissinhos (muito apreciados pelas mães), não deverem ser dados antes dos 9 meses. As mães advindas de classes mais elevadas demonstraram maior número de conhecimentos sobre alimentos alergizantes.

Parece-nos importante insistir nesta matéria, para evitar reacções alérgicas muitas vezes exuberantes, com riscos desnecessários de sensibilização e a morbilidade daí resultante. Considerámos insuficientes os conhecimentos relativos à febre, pois apenas 54% das mães sabiam qual o seu valor correcto e apenas 65% utilizavam por rotina o termómetro na sua determinação.

São assuntos a insistir nas CSI, permitindo uma maior tranquilidade e uma assistência mais eficaz para as situações reais de febre.

Face aos resultados obtidos, torna-se evidente que apesar da notória melhoria no esclarecimento desta população para problemas pediátricos correntes, existem noções erradas amplamente enraizadas, mas passíveis de modificação.

É de realçar o papel de Pediatras e Médicos de Família no esclarecimento de pequenas dúvidas dos pais, abordando o maior número possível de temas de índole prática e consolidando os conhecimentos de puericultura nas oportunidades oferecidas pelas CSI.

Bibliografia

1. American Academy of Pediatrics. Changing concepts of Sudden Infant Death Syndrome: Implications for Infant Sleeping Environment and Sleeping Position. *Pediatrics* 2000; 105-3:650-656.
2. Hallett KB, O'Rourke PK. Early childhood caries and infant feeding practice. *Community Dent Health* 2002; 19-4:237-242.
3. Teetle DW, Klein JO, Rosner BA. Epidemiology of otitis media in children. *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl* 1980; 89-3Pt2:5-6.
4. Celedón JC, Litonjua AA, Ryan L et al. Bottle-feeding in the bed or crib before sleep time and wheezing in early childhood. *Pediatrics* 2002; 110-6:e77.
5. Work group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of Human milk. *Pediatrics* 1997;100-6:1035-1039.
6. Freeman V, Van't Hof M, Hascke F. Patterns of Milk and food intake in infants from birth to age of 36 months: The Eurogrowth study. *IJ Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000; 31 Suppl1: 576-85.
7. academy of Pediatrics Committee on Nutrition. The use of Whole cow's milk in infancy. *Pediatrics* 1992;89:1105-9.
8. Baraff L, Bass J; Fleisher GT; Klein J; McCracken G; Powell K, Schriger D. Practice Guideline for the management of Infants and Children 0 to 36 months of age with fever without source. *Pediatrics* 1993;92:1-9.

Correspondência: Vânia Cristina Mesquita Machado

Travessa Dr. Barros – nº 17 apartamento 308 | 4465-034 São Mamede Infesta – Matosinhos
Tel. 918126940/229014398 | vaniamachado@mail.telepac.pt

Síndrome de Ruminação

Paula Gonçalves¹, Luisa Simão², Manuel Salgado³



Resumo

O síndrome de ruminação é uma patologia subdiagnosticada e muito pouco evocada. Apresenta-se o caso de uma menina de 6 anos com história de regurgitação desde há 4 meses, apenas durante os períodos de vigília. A clínica típica associada à ausência de outros sintomas e o grave conflito familiar sugeriu tratar-se de uma doença psicossomática.

Palavras chave: síndrome ruminação, criança, adolescente.

Summary

The rumination syndrome is a subdiagnosed disease and rarely evoked.

The authors present the case of a six years old girl with regurgitation since about four months, only in diurnal period. Typical clinical features, familiar problems and absence of other symptoms suggest a psychosomatic disease.

Keywords: rumination syndrome, children, adolescent.

¹ Interna complementar de Pediatria do Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo

² Psicóloga do Hospital Pediátrico de Coimbra

³ Assistente Graduado de Pediatria do Hospital Pediátrico de Coimbra

A clínica associada às doenças do esófago manifesta-se por regurgitação, vômito, disfagia, odinofagia, hematemeses, pirose e problemas respiratórios como a tosse e pieira recorrente. Menos frequente é a ocorrência de ruminação (1).

As principais patologias do esófago são o refluxo gastroesofágico com ou sem esofagite, a esofagite cáustica, o encravamento de corpos estranhos, e mais raro a acalásia e a compressão esofágica por vaso anómalo (1).

Nem sempre se encontra uma causa estrutural, sendo por isso de considerar nestes casos, uma etiologia funcional e psicossomática.

Caso clínico

Inês, 6 anos de idade, consulta por episódios de regurgitação há 1 ano, inicialmente esporádicos e exclusivamente para alimentos sólidos. Verificara-se agravamento nos últimos 4 meses, agora para todo o tipo de alimentos, surgindo imediatamente após as refeições e não se acompanhando de náuseas ou dor retroesternal. Os episódios eram seguidos da deglutição ou expulsão do alimento e nunca ocorriam durante a noite.

Simultaneamente tinha-se tornado uma criança triste, irritável e com perturbações do sono. Durante este período foram consultados vários médicos tendo sido prescritos anti-eméticos, procinéticos e sedativos sem qualquer resultado clínico.

Ao exame objectivo, a menina não mostrava qualquer alteração para além de halitose. Tinha perdido 2Kg nos últimos 4 meses mas mantinha peso e altura no percentil 50.

Com o objectivo de excluir acalásia, refluxo gastroesofágico e gastroparésia intestinal realizou um trânsito esófago-gastro-duodenal e uma endoscopia digestiva alta com biópsia que foram normais.

A Inês era a filha mais nova de uma frateria de dois irmãos, de um casal ainda jovem, empregados fabris. Era uma criança simpática, estabelecendo uma boa interacção com os adultos, mas apresentando uma relação fusional com a mãe. Havia uma relação temporal entre o início da clínica e alguns problemas familiares - descoberta de uma relação extra-conjugal do pai, com hipótese de separação, e uma doença na mãe do foro ginecológico. Nesta fase, a mãe refere que se aproximou bastante da filha, não a deixando sozinha e inclusivamente passaram a dormir juntas, tornando-a sua confidente.

Pela clínica característica de síndrome de ruminação (SR) decidiu-se não prosseguir a investigação e foi pedida a colaboração da Psicologia. A intervenção psicoterapeuta iniciou-se aquando do internamento da menina na Medicina, consistindo essencialmente numa intervenção cognitivo-comportamental na criança e orientação à mãe. Posteriormente realizaram-se mais duas sessões de terapia familiar em gabinete, com todos os elementos da família (pais e filhos), com o objectivo de restituir os papéis adequados a cada membro da família - papel parental e filial.

Actualmente, e após 18 meses da alta a criança e a família encontram-se bem. A Inês iniciou a sua escolaridade com aproveitamento.

Comentários

O principal diagnóstico evocado foi o SR. Havia contudo que excluir causas orgânicas.

A acalásia é um distúrbio neuromuscular do esófago que afecta principalmente adolescen-

tes e adultos sendo raro abaixo dos 4 anos (menos de 5%). Caracteriza-se por disfagia inicialmente intermitente e caprichosa e posteriormente permanente e progressiva, regurgitações que no início são precoces, dor torácica, perda de peso e complicações bronco-pulmonares(1). Na nossa criança realça-se a ausência de regurgitações nocturnas e dor torácica. O trânsito esófago-gastro-duodenal é útil para mostrar um esófago dilatado e um esfíncter esofágico inferior (EEI) semelhante a uma "chama de vela invertida". A endoscopia digestiva alta habitualmente revela dilatação do esófago, porém ausência de lesão obstrutiva. Assim os resultados normais do trânsito esófago-gastro-duodenal e da endoscopia digestiva alta não confirmaram o diagnóstico de acalásia. A manometria esofágica seria útil (mas não essencial) para mostrar relaxamento incompleto ou ausente do EEI em resposta à deglutição, ausência de ondas peristálticas normais e pressão elevada no EEI (1).

A ausência de pirose tornava menos provável a hipótese de refluxo gastroesofágico e/ou esofagite péptica assim como a normalidade dos exames complementares realizados. As regurgitações precoces não sugeriam gastroparésia intestinal uma vez que esta entidade clínica caracteriza-se por regurgitação de alimentos não digeridos 4 a 6 horas ou mais após a refeição.

Excluída doença estrutural, a hipótese mais provável foi de SR. O peso psicológico e emocional da alteração na dinâmica familiar agravado pelas "histórias" que a mãe contava à Inês, e logicamente ela não percebia, levaram a que se instalasse um quadro psicossomático dentro das perturbações do comportamento alimentar a ruminação.

O SR define-se como regurgitações repetidas de alimentos não digeridos, ou parcialmente digeridos à boca, seguidas de mastigação, deglutição ou expulsão do alimento. A regurgitação ocorre logo após a refeição e pode persistir por 1 a 2 horas. Tipicamente não se acompanha de dor retroesternal, dor abdominal ou náuseas (2).

A prevalência deste síndrome em crianças com atraso do desenvolvimento é de 6 a 10% (3). Contudo ocorre também em crianças, adolescentes e adultos com nível cognitivo normal (3). O facto de ser pouco conhecido tem contribuído para o subdiagnóstico desta importante entidade médica que apesar de benigna é causa importante de absentismo escolar, hospitalização e exames complementares de diagnóstico caros e invasivos (2).

O SR é frequentemente confundido com refluxo gastroesofágico, bulimia nervosa, distúrbios da motilidade gastrointestinal tais como gastroparésia e pseudo-obstrução intestinal crónica. As complicações incluem perda de peso, malnutrição, halitose e distúrbios electrolíticos (2).

Várias teorias tem sido propostas para explicar os mecanismos patofisiológicos envolvidos na ruminação. Thunshirn e colaboradores mostraram que o síndrome é caracterizado por aumento da sensibilidade gástrica e diminuição do limiar de relaxamento do esfíncter esofágico inferior (2, 3).

O diagnóstico de SR é clínico e baseia-se nos sintomas e na ausência de doença estrutural (tabela 1), sendo desnecessários outros exames complementares de diagnóstico como a manometria esofagogastroduodenal e a pHmetria esofágica (2).

Os resultados com a terapêutica comportamental são bastante favoráveis (mais de 80%

respondem com melhoria ou desaparecimento dos sintomas) e apenas as complicações médicas podem necessitar de intervenção terapêutica adicional (2).

O sucesso do tratamento depende da colaboração multidisciplinar de gastroenterologistas, pediatras e psicólogos, associado à educação do doente e da família.

Critérios para diagnóstico de SR na criança e adolescente:

Tabela 1 (2)

Regurgitações repetidas e precoces pelo menos durante 6 semanas,
que podem não ser consecutivas, nos últimos 12 meses

1- Inicia-se nos primeiros 30 min após a refeição

2- Associa-se a deglutição ou expulsão do alimento

3- Cessa nos 90 min após o início

4- Não se associa a obstrução mecânica

5- Não responde ao tratamento habitual do refluxo gastroesofágico
(médico ou modificação do estilo de vida)

6- Ausência de sintomas nocturnos

Agradecimentos

Agradecemos ao Dr. Manuel Nogueira Brandão pela disponibilidade prestada na leitura e correcção do artigo.

Bibliografia

- 1- Herbst JJ. O esófago In: Nelson WE, Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM. Tratado de Pediatria. Guanabara Koogan SA 1997; 1220-28.
- 2- Chial HJ, Camilleri M, Williams DE, Litzinger K, Perrault J. Rumination Syndrome in Children and Adolescent: Diagnosis, Treatment, and Prognosis. Pediatrics 2003; 111: 158-63.
- 3- Khan S, Hyman PE, Cocjin J, Lorenzo CD. Rumination Syndrome in adolescents. Pediatr J 2000; 136: 528-31.

Paula_Goncalves@oninet.pt



Era 15 de Agosto, feriado.

A avassaladora onda de calor, de que não há memória, ia no 17º dia. Ameaçava com ligeiras tréguas, deixando os termómetros apenas pelos 30 graus. Nada comparado com os 40 e mais dos dias anteriores. Já era bom.

O André, de 11 meses de idade era um rapaz com sorte. A mãe, por ser feriado estava por casa, não tinha ido trabalhar. Como tinha mais tempo disponível, o banho da noite foi antecipado para o meio da manhã. Até porque, nesse dia, tinha almoço em casa dos avós maternos, numa aldeia próxima.

A mãe vestiu-o com roupa própria para os dias de festa. Calçado a condizer.

De seguida, como o almoço ainda estava longe, foi-lhe oferecido o leite habitual. Leite "dos pacotes", que já tomava desde os 10 meses de idade. A mãe preparou-lhe o *biberon* cheio. Nem metade bebeu. Parece que ficou incomodado, ou então "caiu-lhe mal", desconfiavam os pais.

Até ainda brincou no chão e tentou mesmo encostar-se ao sofá para caminhar, como era costume. Mas qual quê. Desatou a chorar de repente, como quem tem cólicas e nunca mais parou. Choro como os pais nunca tinham visto.

- Ele que até nunca chora. Pode crer. Eu digo-lhe, nunca o vi assim.

Perante tanto sofrimento, choro inconsolável e contínuo, tinham mesmo que fazer alguma coisa. Levá-lo ao médico, ao Centro de Saúde. Só que aos fins-de-semana, lá no conselho, está fechado. Só em Viseu, a oitenta quilómetros.

Por sorte, o tio (irmão do pai) estava lá a passar férias e tinha carro. Lá se disponibilizou para vir com o sofrido André, gritando continuamente todo o caminho, acompanhado pelos jovens pais muito preocupados com "tantas cólicas".

Mal entrou no *hall* da Urgência o choro vigoroso entoava por corredores e gabinetes de forma a alterar toda a gente.

A enfermeira deu indicação para entrar de imediato para a triagem. O pai ficou a inscrevê-lo. A mãe explicou muito bem:

- São dores de barriga que a criança tem. Deram-lhe de repente. Nunca mais parou. Está neste estado vai para uma hora e meia. Até fica todo transpirado e denegrido, só visto.

A enfermeira dá prioridade 2 à situação do André. Fá-lo entrar, sem demora, para observação médica, ao colo da mãe. O pai segue-os atrás, muito preocupado.

Alertado pelo choro, venho ao encontro dos quatro. Pergunto o que se passa. Se foi acidente.

- Não, não foi. Devem ser dores de barriga. Chora desde há hora e meia sem parar. Cada vez chora mais. Esclarece o pai.

- O André não é nada disto. Ele nunca chora, já dissemos à Sr.ª Enfermeira.

- Será do leite? Questiona a mãe.

- A mim pareceu-me que tinha um cheiro esquisito quando deitei fora o que sobrou. Observou o pai.

Também a mãe desconfiava do leite.

Não havia vomitado. Febre também não tinha. Havia feito cocó de manhã como era habitual, mas foi normal. Foi sempre saudável. Antes de tomar o leite andava bem, brincou como nos outros dias.

- Foi tudo depois do leite. Afirmam os pais em uníssono.

Pego à mãe para tirar a roupa. Era uma roupa de marca, bem combinada, sapatilhas de atacadores soltos, como se usa "para não apertar". Pareciam novas.

Eu próprio ajudei a despir. Ficou sem fralda, sem nada.

Enquanto observava e examinava, ia organizando ideias, conjecturando algumas hipóteses de diagnósticos. O primeiro de todos a excluir, era invaginação intestinal...

Mas já clister opaco??? Vamos colocar primeiro um microclister. Logo vemos.

Tinham passado dois, três minutos. O choro alterou-se. O André soluçava. Choramingava apenas. Depois voltava a chorar, mas menos.

Parecia que o estar despido estava a resolver as "dores de barriga".

Volto a observar a roupa e as sapatilhas. Observo os pés do André, tentando encontrar marcas provocadas pelas sapatilhas, que entretanto vi com mais atenção. Tão concentrado estava nessa observação, que não dei por um abundante xixi, que o André deliciadamente me fazia, pela bata abaixo até aos pés. Valeu-me o alarme dado pelo pai, para que a inundação não fosse maior...

Antes de ir trocar de bata, questionei os pais sobre as sapatilhas.

- Não. Não são novas. Já as calçou muitas vezes.

Pelo aspecto até pareciam novas. É que se fossem, podia ser das sapatilhas, adiantei.

- Mas não. Daí não. Asseguram os pais.

O André ia acalmando. Foi aplicado o Bebegel[®] e ficou ao colo da mãe a aguardar num gabinete. Só os três, para descansar melhor e estar mais alheio ao buliço da Urgência.

Depois venho cá. Garanti.

Cinco minutos depois, encontro os três no corredor, os pais estavam felizes por verem o André com as gargalhadas do costume.

- Já está bom! Adiantou o pai sorridente secundado pela mãe, com toda a segurança e confiança no resultado do tratamento.

Perguntei se tinha tido uma dejeção.

- Não, nada disso, ainda não fez cocó. Diz a mãe.

- Então que aconteceu? Fiquei perplexo.

- O Sr. Dr. tinha razão, era das sapatilhas. Já estivemos a pensar, foi tudo depois de lhe calçarmos as sapatilhas.

- Mas não disse que já não eram novas?

- E não são. Só que as lavei em água quente e devem ter encolhido.

E entretanto os pés até cresceram...

E lá regressou o André a casa, com a alegria de sempre, sem ter feito cocó, mas com os pés livres de apertos.

Os pais respiravam de alívio. Que nunca mais lhe calçariam as sapatilhas.

Iam guardá-las para um irmão, que o André possa ter um dia.

- Estão como novas. É mal empregado deitá-las fora.



Afinal qual é a duração das infecções supostamente víricas das vias aéreas superiores, na criança?

Dizemos frequentemente aos pais que este tipo de infecções é de curta duração, "alguns 3-4 dias".

Após este estudo randomizado com metodologia muito objectiva, que envolveu 290 crianças inglesas, concluiu-se que, de um modo geral, estas infecções são de evolução natural bem mais longa:

1. Menos de metade dos casos ficam bem nos primeiros 4 dias.
2. Ao sétimo dia de evolução, ainda um quarto das crianças não estava bem e entre o sétimo e o décimo quarto dia havia algumas crianças (6%) com queixas.

É útil que os médicos e os pais saibam que este tipo de infecções pode arrastar-se naturalmente por mais de uma semana. Esta informação poderá obviar pedidos de consulta repetidos e desnecessários ou mesmo introdução extemporanea de antibióticos.

Butter CC, Kinnersley P, Hood K et al. Clinical course of acute infections of the upper respiratory tract in children: cohort study. *MBJ* 2003;327:1088-89.

Significativa redução da utilização de antibióticos em crianças nos EUA — anos de 1996 a 2000.

No período considerado de 5 anos constatou-se uma diminuição muito importante da prescrição de antibióticos: no grupo etário dos 3 meses aos < 3 anos a redução foi de 24%, no grupo dos 3 anos aos < 6 anos foi de 25% e nas crianças maiores e jovens o decréscimo foi de 16%.

No primeiro grupo etário a redução ficou sobretudo a dever-se a diminuição de prescrições para otite média aguda (resultante maioritariamente de uma queda importante no número de diagnósticos evocados).

A proporção de Penicilinas de primeira linha (Penicilina V, Amoxicilina) passou de 49 para 53%.

A qualidade da assistência à criança no ambulatório em Portugal passa também, sem dúvida, pela menor prescrição de antibióticos!

É a altura de passarmos da teoria à prática!

Tratamento não antibiótico da otite média aguda (OMA): um primeiro artigo sobre experiência nos EUA!

Os autores começam por reconhecer que a atitude inicial de não prescrição de antibióticos vem ganhando terreno como estratégia atractiva e já longamente experimentada na Europa. Mas, afirmam, "muitos pais nos EUA pensam, contudo, que os antibióticos são necessários para o tratamento das OMA" — provavelmente induzidos pelos médicos, diria eu. Inspirados num estudo inglês de 1999 em que, após esclarecimento dos progenitores, a utilização do antibiótico (Amoxicilina) prescrito inicialmente era decidida pelo pai, segundo a evolução clínica nas 48 seguintes à primeira visita médica, os autores resolveram utilizar um protocolo semelhante nos EUA.

Assim aos pais de 175 crianças com OMA foi explicada a evolução natural da situação e aconselhada a utilização de analgésicos nas primeiras 48 h. Foi-lhes também entregue inicialmente uma receita médica com um antibiótico que deveriam utilizar no caso dos sintomas não cederem ou agravarem-se nas 48 h seguintes.

Apenas 55 das 175 crianças (31%) necessitaram da prescrição de antibiótico (Amoxicilina em 167 dos casos).

Siegel RM, Kiely M, Bien JP et al. Treatment of otitis media with observation and a safety-net antibiotic prescription. *Pediatrics* 2003;112:527-31.



Artigos	Ano	Volume	Pág.
Nicolau da Fonseca – editorial	2003	25/1	3
Exantema petequial dos membros inferiores	2003	25/1	5
Características do atendimento nas primeiras consultas – H. S. João	2003	25/1	13
Profilaxia antibiótica em Pediatria	2003	25/1	19
O fenómeno (H)Arlequim	2003	25/1	35
Síndrome de Down – casuística de uma consulta	2003	25/1	45
Práticas, crenças e mitos associados ao nascimento e primeiro ano de vida	2003	25/1	57
Forma letárgica de invaginação intestinal – caso clínico	2003	25/1	63
O que pensa de uma mancha preta na pele? – um caso inesquecível	2003	25/1	67
Na fila da frente – editorial	2003	25/2	3
Cuidados básicos de puericultura	2003	25/2	5
Intoxicações agudas na criança. Actualização das medidas gerais	2003	25/2	13
Transporte do recém-nascido na alta hospitalar	2003	25/2	21
Transporte de crianças em automóvel. O que fazem os nossos pais	2003	25/2	25
Evolução do estado vacinal da população infantil num C.S. urbano	2003	25/2	41
Factores de risco em desenvolvimento	2003	25/2	47
Medicamentos prescritos no S. Urgência do Hospital Pediátrico	2003	25/2	57
Doutor... dói-me o dente – um caso inesquecível	2003	25/2	61
Dr. Asperger – editorial	2003	25/3	3
Germes do ambulatório	2003	25/3	5
Algumas noções gerais e normas de orientação sobre TCE	2003	25/3	15
Intervenção precoce em desenvolvimento	2003	25/3	23
Avaliação da dor na criança pré-verbal	2003	25/3	35
Meningite na criança: revisão de 208 casos	2003	25/3	45
Como cuidamos dos nossos filhos?	2003	25/3	55
Síndrome de ruminação – caso clínico	2003	25/3	61
Que dores de barriga – um caso inesquecível	2003	25/3	65

Autores	Ano	Volume	Pág.
H. Carmona da Mota	2003	25/1	3
Paulo Lopes, Manuel Salgado	2003	25/1	5
Ana M. Maia, S. Aires-Gonçalves, Miguel Carvalho, Sandra Trigo, Álvaro Aguiar, Manuel Fontoura	2003	25/1	13
Edite Costa, Graça Carvalho	2003	25/1	19
Manuel Salgado	2003	25/1	35
Pascoal Moleiro, Arlete Crisóstomo	2003	25/1	45
Paula Cristina Almeida Remoaldo, Elódia Eulália Lopes Canteiro	2003	25/1	57
Fernanda Rodrigues, Paulo Coelho, Luís Lemos	2003	25/1	63
Helena Estevão	2003	25/1	67
Luís Januário	2003	25/2	3
Mónica Oliva, Manuel Salgado	2003	25/2	5
Fernanda Rodrigues, Luís Lemos	2003	25/2	13
Micaela Guardiano, Maria Beatriz Guedes, Mário Mateus, M ^a José Centeno, Hercília Guimarães	2003	25/2	21
Alexandra Marujo, Pascoal Moleiro, Dolores Faria	2003	25/2	25
Cláudia Gonçalves, Angélica Gouveia	2003	25/2	41
Cristina Garrido, Angélica Gouveia	2003	25/2	47
Luís Lemos, Fernanda Rodrigues	2003	25/2	57
Gabriela Mimosa, Adelaide Taborda	2003	25/2	61
H. Carmona da Mota	2003	25/3	3
Luís Lemos	2003	25/3	5
José Gustavo Soares, José Augusto Costa, Alexandre Correia, Francisco Bento-Soares	2003	25/3	15
José Eduardo Boavida, Luís Borges	2003	25/3	23
Luís Batalha, Luís Almeida Santos, Hercília Guimarães	2003	25/3	35
Helena Pinto, Carla Meireles, Delfina Coelho, Célia Madalena	2003	25/3	45
Vânia Machado, Micaela Guardiano, Elisa Teixeira, Cesarina Silva, Carlos Valente	2003	25/3	55
Paula Gonçalves, Luísa Simão, Manuel Salgado	2003	25/3	61
Carlos Figueiredo	2003	25/3	65

13º Encontro de Pediatria do Hospital Pediátrico Novos conhecimentos, atitudes e práticas

Grande Hotel das Termas de Luso | 19 e 20 de Fevereiro de 2004

19 de Fevereiro

9.45 Mesa-Redonda

Helicobacter pylori

- Quando e como fazer o diagnóstico

Dr^a Ana Isabel Lopes (H. St^a Maria)

- Quando e como tratar

Dr. Ricardo Ferreira (HP)

Moderador: Dr. Mendes António

11.30 Mesa-Redonda

Distúrbios do comportamento alimentar

- No Lactente

Dr. Mendes António

- Na Adolescência

Dr^a Rosa Carvalho / Dr^a Beatriz Pena

- Experiência pessoal da ligação

Dr^a Beatriz Pena

Moderador: Prof. Dr. Carmona da Mota

14.30 Mesa-redonda

Leucemias e Linfomas

- Clínica e laboratório

Dr. Manuel Brito, Dr^a Manuela Benedito

- Aspectos radiológicos

Dr^a Maria José Noruegas

- Terapêutica e prognósticos

Dr. Manuel Brito

Moderador: Dr^a Lurdes Maricato

16.15 Mesa-Redonda

Tumores SNC

- Interpretação da Semiologia e Imagem

Dr^a Alice Carvalho, Dr. Rui Pedro Pais

- Diagnóstico e Terapêutica

Dr^a Alice Carvalho; Dr. José Augusto Costa

- Perspectivas Actuais

Dr^a Alice Carvalho

Moderador: Dr^a Fátima Heitor

20.00 Jantar do Encontro

20 de Fevereiro

9:45 Atraso de Crescimento Intra-uterino

- Consequências endócrino-metabólicas

Prof. Dr. Paul Czernichow (H. Robert Debré)

11:00 Mesa-Redonda

Diabetes Tipo 1

- Novas Insulinas

- Prevenção das complicações e novas atitudes — Dr^a Alice Mirante

- Das emoções ao controlo da diabetes tipo 1

Dr. Mário Jorge Loureiro

Moderador: Dr. Luís Simões de Moura

14:30 Taumatismos Crâneo-Encefálicos

- Monitorização não invasiva da hemodinâmica cerebral

Prof. Dr. José Aparício (H. São João)

15.15 Monitorização de PO₂ Tecidual Cerebral

Prof. Dr. Arun Gupta (Addenbrooke's Hosp. e Universidade de Cambridge - UK)

Moderador - Dr. Farela Neves

16:00 Mesa-Redonda

Taumatismos Crâneo-Encefálicos

- Transporte e Estabilização Inicial no TCE

Dr^a Leonor Carvalho

- Novas Atitudes Terapêuticas

Dr. J.C. Peixoto

- Indicações para Craniectomia no controlo da hipertensão intracraeana

Dr. José Augusto Costa

Moderador: Dr. Luís Januário

17.30 Encerramento do Encontro

No número de Setembro, no artigo «Transporte de crianças em automóvel — O que fazem os nossos pais», ficou algum texto em falta na página 33, pelo que agora apresentamos a versão correcta.

Adenda I – Normas de transporte seguro (apoio técnico APSI)

TRANSPORTE DE CRIANÇAS EM AUTOMÓVEL

Os acidentes rodoviários são a principal causa de morte e incapacidade temporária e definitiva nas crianças e jovens em Portugal. O uso de sistemas de retenção próprios para crianças é a única forma de protecção eficaz (80% na prevenção de morte e ferimentos graves). Os seus filhos dependem de si para viajarem em segurança.

ATÉ AOS 18 MESES:

- **cadeira de segurança** voltada para trás, num lugar com cinto de segurança de 3 pontos e sem airbag, desde que sai da maternidade.



Cadeira 0-13Kg

- Cadeira aprovada até aos 13 Kg é a mais adequada para o bebé ou recém-nascido

quando a criança fica grande demais para esta cadeira optar por:

- Cadeira aprovada até aos 18 Kg que possa ser instalada voltada para trás

A PARTIR DOS 18 MESES:

- **cadeira de segurança** continua a ser indispensável, idealmente voltada para trás até aos 13 Kg, mas se optar por voltar para a frente ter muita atenção à instalação (procure ajuda de um especialista)



Cadeira de apoio

- Cadeira aprovada até aos 18 Kg, voltada para trás até a criança ter 13 Kg

- * Cadeira de apoio aprovada até aos 25 ou 36 Kg

- * A partir dos 7 ou 8 anos pode utilizar apenas o banco elevatório

- * estes elevam a criança permitindo que o cinto de segurança assente correctamente sobre o ombro e a bacia

A PARTIR DOS 12 ANOS OU DE 1.5M DE ALTURA/36 Kg:

- **cinto de segurança** protege a criança de forma eficaz
 - cinto deve ficar sobre a bacia e a meio do ombro
 - nunca utilizar debaixo do braço ou atrás das costas

Que cadeira escolher?

A cadeira apropriada deve ser:

1. Segura - respeitar as normas de segurança (etiqueta "E")
2. Utilizada correctamente e adaptada ao carro (bem instalada)
 - experimentar antes de comprar
 - seguir rigorosamente as instruções de montagem
3. Adequada ao peso/idade da criança e confortável
4. Fácil de usar
5. Utilizada **sempre** (quer vá para perto ou para longe, depressa ou devagar)