

saúde infantil

Setembro 2004

Editorial: Creches e jardins-de-infância

Risco espreita nas creches e jardins-de-infância

Meningite bacteriana

Metapneumovírus humano

A primeira viagem do recém-nascido

Alopecia areata

Registos em Saúde Infantil

Casos clínicos: Piomiosite

Um caso inesquecível | Textos para os pais |
Revisões bibliográficas | Informações

Hospital Pediátrico de Coimbra

Director
Luís Lemos

Editor
Luís Januário

Redacção
Boavida Fernandes
Fernando Fagundes
Manuel Salgado

Conselho de leitura
Os profissionais do
quadro técnico do
Hospital Pediátrico

e

Neonatologia
Conceição Ramos
Gabriela Mimoso
Mário Branco
António Marques

Clínica Geral
Maria José Hespanha

Dermatologia
Ana Moreno

Estatística e Métodos
Pedro Ferreira

Propriedade
Associação de Saúde Infantil de Coimbra

Secretariado
Sandra Fonseca
ASIC — Hospital Pediátrico de Coimbra
3000-076 Coimbra
Fax: 239 482 918
Tel.: 239 484 464
E-mail: asic.hp@mail.telepac.pt
www.asic.pt

Assinaturas 2004
Anual — € 25,00
Sócios da ASIC — € 20,00
Estrangeiro — € 29,00
PALOPs — € 20,00

Execução gráfica e paginação electrónica
Pé de Página Lda
Tel.: 239 406 349
Fax: 239 406 349
E-mail: pgracio@pedepagina.pt

Montagem e impressão
RAINHO & NEVES, LDA

Depósito Legal nº242/82



Hospital Pediátrico de Coimbra

Editorial

Creches e jardins-de-infância – justificados motivos
de preocupação _____ 3
Luís Lemos

“Risco” espreira nas creches e jardins-de-infância — 5
Sónia Lemos, Mónica Vasconcelos, Teresa Silva, Providência Mari-
nheiro, Livia Fernandes, Mª Prazeres Marça

Meningite bacteriana na região Centro. Casuística de
1994-2002 _____ 13
Mónica Vasconcelos, Sónia Lemos, Paula Gonçalves, Graça Rocha
e Grupo de Estudo sobre Meningite Bacteriana na região Centro

Metapneumovírus humano – um novo agente? — 21
Armada Dulce Rainho

A primeira viagem do recém-nascido – o que pensam
os pais. Resultado de um inquérito _____ 25
Fernando Tapadinhas, Marisol Anselmo, Elsa Rocha

Alopecia areata: descrição clínica de uma população
pediátrica _____ 33
Rui Almeida, Natividade Rocha, Manuela Selores

Avaliação da qualidade dos registos na consulta de
Saúde Infantil no primeiro ano de vida _____ 41
Edite Costa, Teresa Ministro, Lino Ministro

Avaliação da qualidade dos registos em Saúde Infan-
til. Exame global de saúde dos 5/6 anos _____ 49
Elisabete Santos, Lurdes Nery, Lino Ministro

Casos clínicos

Piomiosite – um diagnóstico a pensar... _____ 57
Micaela Guardiano, Ana Maia, Iva Brito

Um caso inesquecível
As “aparências” iludem... _____ 63

Textos para os pais
O TASO (título de anti-estreptolisina O) _____ 67

Revisões bibliográficas _____ 71

Informações _____ 73

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 microorganisms. In: Sodeman WA, ed. *Pathologic physiology: 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.

Editorial

Creches e jardins-de-infância – justificados motivos de preocupação

A «Saúde Infantil» publicou em Setembro de 2002 um significativo artigo sobre avaliação do funcionamento das 18 creches do Concelho de Leiria [1].

No presente número da nossa revista publicamos outro trabalho que dá conta da avaliação das condições de segurança, higiene e saúde nas 10 creches e jardins-de-infância da área de influência de um Centro de Saúde da periferia do Concelho de Coimbra [2].

São dois artigos muito importantes e voltamos a felicitar os seus autores pela pertinência e relevância do assunto. Refira-se que em ambos a avaliação foi levada a cabo utilizando instrumentos de avaliação objectivos, de âmbito nacional e avalizados pela Direcção Geral de Saúde e incluiu técnico sanitário (Leiria) e médicos de Saúde Pública (Coimbra e Leiria), para além de pediatras e enfermeira.

O que encontraram os autores destes estudos?

No trabalho de Leiria: 44% das instituições não tinham condições adequadas de evacuação rápida em caso de emergência, 61% não tinham o sistema eléctrico protegido ou fora do alcance das crianças, em 50% dos berçários e em quase todas as salas para crianças maiores, havia um número excessivo de crianças, em apenas 22% havia um projecto educativo, 61% das creches dispunha de um número insuficiente de educadoras e um terço um número insuficiente de auxiliares.

No presente trabalho, de Coimbra, o que vemos não é mais animador: nenhum dos estabelecimentos foi considerado satisfatório (ou seja com classificação de bom ou razoável em todas as áreas avaliadas). A higiene/ saúde foi considerada má em 100% e a segurança também má em 70%.

Fica-se perplexo e profundamente preocupado com este panorama.

As modificações sobejamente conhecidas na estrutura familiar tradicional têm conduzido a que as crianças em idade pré-escolar sejam muito frequentemente colocadas, durante os dias úteis – e por períodos de tempo por vezes bem prolongados – em creches ou infantários.

Algumas destas instituições (ou muitas, segundo estes estudos), seja por ganância de lucros, por desleixo/ incompetência de gestão ou por economicismos aberrantes, começam a parecer-se mais com depósitos para crianças, inseguros e pouco ou nada atractivos.

Os pais deveriam poder confiar em estruturas licenciadas segundo padrões legais, cujo funcionamento tem de obedecer a normas estatuídas que, em princípio, devem salvaguardar

a permanente qualidade em termos de higiene, segurança e objectivos educativos. Sabemos que, em relação às instituições de Coimbra, tinham sido já feitas avaliações anteriores, com resultados semelhantes para alguns parâmetros e que foram transmitidos aos respectivos responsáveis, para correcção dos aspectos considerados insatisfatórios.

Cumprir normas de bom senso (e legais) não parece, pois, ser objectivo dos responsáveis de muitas destas instituições.

O que se passará a nível mais geral, por este país?

Quem defenderá, nestes aspectos, as crianças? Elas próprias não podem fazê-lo! Os pais não só ignoram as disposições legais aplicáveis, como não têm legitimidade/ capacidade para avaliações sistemáticas – embora possam acumular argumentos que lhes permitam intuir sobre a qualidade da instituição.

A responsabilidade das autoridades competentes é, pois, muito grande. Podem elas, nomeadamente as autarquias e os responsáveis pelas avaliações periódicas, permitir os atropelos verificados ou a sua continuidade, tornando-se absolutamente coniventes não só com as situações ilegais constatadas como pela eventual ocorrência de acidentes evitáveis, individuais ou colectivos, nestas creches/ infantários?

Se se encerram lares de terceira idade, por falta de condições, porque não se procede da mesma forma em relação a instituições que acolhem crianças e que, manifestamente, estão à margem da lei?

Os pais deveriam ter acesso às conclusões das avaliações das creches/ infantários onde inscreveram ou pretendem inscrever os seus filhos, para poderem decidir quais as que lhes oferecem melhores garantias.

Luís Lemos

Bibliografia

1. Veiga C, Passadouro R. Que creches frequentam as nossas crianças? *Saúde Infantil* 2002;24:2:37-42.
2. Lemos S, Vasconcelos M, Silva T et al. "Risco" espreita nas creches e jardins-de-infância. *Saúde Infantil* 2004;26:2: 49-55.

saúde infantil

“Risco” espreita nas creches e jardins-de-infância

Sónia Lemos¹, Mónica Vasconcelos¹, Teresa Silva¹, Providência Marinheiro²,
Lívia Fernandes³, M^a Prazeres Marça⁴

Resumo

Objectivos: Avaliar as condições de segurança, higiene e saúde dos estabelecimentos de ensino pré-escolar e creches da área de influência do Centro de Saúde de S. Martinho do Bispo, no ano escolar 2002/2003.

Material e métodos: Foi aplicada uma ficha de avaliação da Direcção Geral de Saúde (DGS) e avaliadas as seguintes áreas: segurança no meio envolvente, segurança no edifício/recinto escolar, higiene e saúde no meio envolvente, higiene e saúde no edifício/recinto escolar. Com base nos critérios da DGS foi atribuída a cada área a classificação de mau, razoável ou bom. Cada estabelecimento foi considerado “satisfatório” quando apresentava as classificações de bom ou razoável em todas as áreas, ou “não satisfatório”, se tal não se verificasse.

Resultados: Nenhum dos dez estabelecimentos visitados foi considerado “satisfatório”. A “higiene e saúde” foi classificada de Má em 100% e a segurança em 70% dos edifícios/recintos escolares. Os problemas mais frequentes foram: perigo de acidentes por obstáculo, electrocussão ou incêndio; más condições de higiene nas instalações e na preparação dos alimentos e equipamento escolar em mau estado ou inadequado do ponto de vista ergonómico.

Conclusão: Apesar da existência de legislação que regulamenta o funcionamento das creches e jardins-de-infância visando a melhoria das condições de segurança, higiene e saúde nestes estabelecimentos, cumprir a lei não têm sido prioridade das entidades responsáveis por estas instituições.

Palavras-chave: creches, jardins-de-infância, segurança, higiene, saúde.

Summary

Aims: To assess the safety, hygiene and health conditions in the nursery schools and crèches in the area covered by the S. Martinho do Bispo Health Centre during the academic year 2002/2003.

Material and methods: Using an assessment form provided by the General Health Board (DGS), the following aspects were evaluated: safety in the surrounding environment, safety in the school building and grounds, hygiene and health in the surrounding environment, and health in the school building and grounds. Based on DGS criteria, each aspect was clas-

1 Interna do Internato Complementar de Pediatria no Hospital Pediátrico de Coimbra 2 Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem Dr Ângelo da Fonseca 3 Pediatra no Centro de Saúde de S. Martinho do Bispo

4 Assistente Graduada de Saúde Pública no Centro de Saúde de S. Martinho do Bispo – Coimbra.

sified as Bad, Reasonable or Good. An institution was considered to be 'satisfactory' when it was classified as Good or Reasonable in all areas, and 'unsatisfactory' when it did not.

Results: None of the institutions visited were considered 'satisfactory'. As regards 'hygiene and health', all were classified as 'Bad', as were 70% of the buildings/grounds on the issue of 'safety'. The most frequent problems encountered were: risk of accidents through obstacles, electrocution or fire; bad hygiene on the premises and during the preparation of food; and school equipment in bad condition or ergonomically unsound.

Conclusion: Despite the existence of legislation aimed at improving the safety, hygiene and health conditions in crèches and nursery schools, it appears that respecting the law is not a priority for the bodies responsible for running these institutions.

Keywords: crèches, nursery schools, safety, hygiene, health.

Introdução

A declaração da Associação Internacional para o Direito a Brincar, elaborada em Novembro de 1977 e revista posteriormente em Setembro de 1989, consagra o direito a brincar como actividade fundamental para o desenvolvimento das capacidades potenciais de todas as crianças. Brincar abarca todos os aspectos da vida, é um meio de aprender a viver e não apenas um mero passatempo[1]. Eliminar todos os riscos inerentes à brincadeira seria tirar-lhe o sentido, já que brincar faz parte da vida e a vida sem riscos não tem sentido. O ideal seria eliminar os riscos maiores (aqueles que implicam mortalidade ou grande morbilidade) enquanto se ensinam as crianças a evitar ou conviver com riscos menores[2]. Nas creches e jardins-de-infância, onde a pequena idade dos seus utentes, a sua normal inquietude e curiosidade são por si factores de risco, onde uma dezena ou mais de crianças é vigiada apenas por um adulto, compreende-se a necessidade de medidas de segurança e higiene mais apertadas. Um ambiente escolar saudável e seguro, em termos de espaços e equipamentos, alimentação fornecida e actividades proporcionadas, traduz tudo o que a "escola ensina", nomeadamente na educação para o risco inerente a essas actividades. A criança aprende mais facilmente num ambiente em que se cumprem as normas de higiene, saúde e segurança, onde apetece estar e voltar no dia seguinte, do que num espaço caótico, desorganizado, insalubre e onde os acidentes acontecem.

Os custos com a saúde, decorrentes de acidentes em espaços pré escolares são um problema sério e actual. Em 1991 ocorreram quatro mil acidentes em creches (10 por dia). As causas foram estruturais – espaços exíguos, arquitectura desadequada, pisos irregulares, equipamento inadequado[3]. Ao planear e/ou redimensionar empreendimentos ou equipamentos direccionados ao apoio educativo, é necessário reconhecer a grande vulnerabilidade da criança, o seu tamanho e o tipo de actividades que podem desenvolver com um mínimo de risco, para que o jogo e a brincadeira não se transformem em lesão, incapacidade ou morte. Prova desta tomada de consciência são, entre outros, o despacho conjunto nº 268/97 que define os requisitos pedagógicos e técnicos para a instalação e funcionamento dos estabelecimentos de educação pré-escolar[4], o decreto-lei nº 379/97 que estabelece as condições de segurança nos espaços de jogo e recreio[5] e o decreto-lei nº 133-A/97 que delega mais competências às entidades que procedem à vigilância do seu

cumprimento[6]. Conscientes dos riscos, feitas as leis, o passo seguinte é cumpri-las, por boa vontade ou sob imposição daqueles que têm como papel vigiar o seu cumprimento. Uma das funções das Equipas de Saúde Escolar, em estreita articulação com a Autoridade de Saúde Concelhia, é vigiar as condições de segurança, higiene e saúde nos estabelecimentos de ensino pré-escolar e elaborar propostas, ou desencadear medidas, visando contribuir para a resolução dos problemas encontrados[7].

Material e métodos

No âmbito do programa de avaliação das condições de segurança, higiene e saúde promovido pela Direcção Regional de Saúde, foi efectuado pelo Serviço de Saúde Escolar do Centro de Saúde de São Martinho do Bispo, uma avaliação de todas as creches e estabelecimentos de educação pré-escolar da área de influência do respectivo centro. As visitas decorreram de Dezembro de 2002 e Março de 2003 sem conhecimento prévio das instituições, foram feitas por uma médica de saúde pública, um interno de pediatria, um interno geral e uma enfermeira (equipa de saúde escolar).

Designam-se por creches os estabelecimentos destinados a acolher crianças com idade compreendida entre os três meses e os três anos[8] e estabelecimentos de educação pré-escolar (jardins-de-infância) os estabelecimentos que se destinam às crianças desde os três anos até ao ingresso no ensino básico[9].

De acordo com o referido programa, para cada estabelecimento visitado foi preenchida uma ficha de avaliação (modelo 126.05) constituída por duas partes. A primeira compreende dados de caracterização geral (rede pública de esgotos, recolha de lixo, recreio, localização) e a segunda avalia as condições gerais de segurança, higiene e saúde no edifício/recinto escolar e no meio envolvente próximo ($\pm 200\text{m}$). A avaliação de cada uma destas áreas foi baseada num conjunto de itens correspondentes a situações que a existirem seriam de risco. Os itens avaliados foram[10]:

1- Segurança no meio envolvente ($\pm 200\text{m}$)

- presença de: linhas férreas*, pedreiras*, áreas pantanosas*, cursos de água*, cruzamentos perigosos*, curvas perigosas*, lombas perigosas* ou trânsito rodoviário intenso sem protecção*; estabelecimentos qualificados como tóxicos ou perigosos e linhas aéreas de alta tensão sobre o recinto escolar*.

2- Segurança no edifício e recinto escolar

- ausência de: condições de segurança das instalações eléctricas/gás e aparelhos por ela servidos, protecção contra descargas atmosféricas, vedação (se necessária)*, plano de evacuação;
- presença de: vedação inadequada/perigosa, poços, varandas e escadas sem protecção adequada*, pavimentos com desníveis ou derrapantes passíveis de provocar quedas, portas todas envidraçadas em locais de grande movimento, salas sem saídas de emergência* ou saídas de emergência obstruídas, portas de abrir para o interior do edifício em vias de evacuação, postos de alta tensão, esquentadores a gás no interior das instalações*.

3- Higiene e saúde do meio envolvente ($\pm 200\text{m}$)

- presença de: esgotos a céu aberto, lixeiras*, áreas pantanosas* fontes permanentes de ruído*, poeiras, fumos, gases e maus cheiros*, estabelecimentos insalubres.

4 - Higiene e saúde do edifício e recinto escolar

- presença de: más condições de higiene e/ou má conservação das instalações e seu equipamento, más condições de higiene na preparação, confecção e conservação de alimentos*, salas sem iluminação/ventilação natural*, equipamento escolar inadequado do ponto de vista ergonómico, ausência de área de recreio coberta.

As respostas possíveis a cada item eram: A – não se verifica a situação, B – verifica-se e apresenta média gravidade, C – verifica-se e apresenta elevada gravidade. Alguns itens, assinalados na ficha de avaliação com asterisco (*), pela gravidade da situação em termos de probabilidade de ocorrência de danos potencialmente graves, quando presentes correspondiam sempre à resposta C.

Cada uma das áreas foi considerada Boa, Razoável ou Má, de acordo com o número de respostas B ou C (quadro 1) e o estabelecimento considerado "satisfatório" quando apresentava as classificações de "Bom ou Razoável" em todas as áreas.

Segurança meio envolvente	Segurança edifício escolar	Higiene e saúde meio envolvente	Higiene e saúde edifício escolar
BOA	B=0 e C=0	B=0 e C=0	B=0 e C=0 B=0 e C=0
RAZOÁVEL	B 2 e C=0	B 5 e C=0	B 2 e C=0 B 5 e C=0
MÁ	B 3 e/ou C 1	B 6 e/ou C 1	B 3 e/ou C 1 B 6 e/ou C 1

Quadro 1 – critérios de classificação das áreas.

Resultados

Foram visitados dez estabelecimentos (oito jardins de infância e dois jardins-de-infância e creche) todos licenciados, excepto um que tinha uma licença provisória de funcionamento. O número de crianças por estabelecimento variou entre 13 e 86 sendo o ratio médio crianças/pessoal docente e não docente de 5,7 (mín 3,5; máx 8,7).

Relativamente às condições de instalação/ estruturas avaliadas na primeira parte da ficha de avaliação, três estabelecimentos não possuíam recolha de lixo, quatro não tinham rede pública de esgotos, três funcionavam no 1º andar ou subsequentes (numa sala de actividades e de repouso localizavam-se num sótão sem forro, com deficiente ventilação e ilu-

minação, servindo também de arrumos), um não tinha recreio e em seis o recreio não tinha área coberta.

Na avaliação das condições de higiene/saúde e segurança, os resultados nos diferentes estabelecimentos foram:

Estabelecimento	Meio envolvente		Edifício e recinto escolar			
	Segurança	Higiene/saúde	Segurança	Higiene e saúde	Classificação	
1	C=1 MÁ	BOA	C=2 B=3 MÁ	C=1 B=3 MÁ	Não satisfatório	
2	C=2 MÁ	BOA	B=4 RAZOÁVEL	C=1 B=1 MÁ	<<	
3	BOA	BOA	C=3 B=1 MÁ	C=2 B=2 MÁ	<<	
4	BOA	BOA	C=3 B=3 MÁ	C=3 B=5 MÁ	<<	
5	BOA	BOA	C=3 MÁ	C=5 B=4 MÁ	<<	
6	BOA	BOA	C=2 B=2 MÁ	B=7 MÁ	<<	
7	BOA	BOA	B=1 RAZOÁVEL	C=2 B=1 MÁ	<<	
8	BOA	BOA	B=2 RAZOÁVEL	C=2 B=1 MÁ	<<	
9	BOA	C=1 MÁ	C=5 MÁ	C=1 B=3 MÁ	<<	
10	C=2 MÁ	BOA	C=3 MÁ	C=1 B=5 MÁ	<<	

Quadro 2 – Resultados da avaliação das áreas, nos diversos estabelecimentos e classificação final.

I – Meio envolvente próximo (\pm 200m)

Segurança – foi considerada Má em três estabelecimentos, por não garantirem as condições de segurança a peões e veículos pela existência de curvas perigosas ou trânsito rodoviário intenso sem protecção (despacho conjunto nº 268/97)[4].

Higiene e saúde do meio – foi considerada Má num estabelecimento pela existência na sua proximidade de esgotos a céu aberto (despacho conjunto nº 268/97)[4].

II – Edifício e recinto escolar

Segurança – foi considerada Má em sete dos dez estabelecimentos. Relativamente aos edifícios, quatro tinham pavimentos com desníveis, cinco possuíam portas todas envidraçadas, um (a funcionar no 1º andar) possuía janelas para o exterior sem fecho de segurança e outro, cadeiras com pregos salientes. Em três, as portas (utilizáveis por mais de 50 pessoas) abriam para o interior do edifício. Em três existiam instalações eléctricas sem ligação a um eléctrodo terra, cabos eléctricos sem isolamento ou tomadas com alvéolos desprotegidas, de fácil acesso às crianças. Dois não possuíam extintores de incêndio. Dos recintos, dois não possuíam qualquer vedação e em dois a vedação era encimada por arame farpado e silvas. Em quatro, os espaços de jogo e recreio não possuíam superfícies de impacto ou estas eram inadequadas e os equipamentos (baloço, escorrega, balizas) estavam soltos ou fixados ao solo com cabos salientes. Todos os estabelecimentos visitados respeitavam as normas de segurança com escadas e protecção de varandas.

Higiene e saúde – Foi considerada má em todos os estabelecimentos. Seis apresentavam más condições de higiene das instalações, algumas de elevada gravidade como recipientes com raticida e detergentes abertos e acessíveis a crianças. O acondicionamento e a remoção de resíduos sólidos eram deficientes ou inexistentes em três. Dois estabelecimentos apresentavam más condições de higiene na preparação, confecção ou conservação dos alimentos, pela ausência de individualização das zonas sujas/ zonas limpas, despensas com humidade, e manipuladores de alimentos com vestíário de trabalho não adequado. O equipamento lúdico/escolar estava em mau estado ou era inadequado do ponto de vista ergonómico. Havia também o acesso fácil a pioneses e brinquedos de reduzidas dimensões em oito estabelecimentos.

Conclusão e discussão

Da avaliação das condições gerais das instalações necessárias ao adequado funcionamento destes estabelecimentos (1ª parte da ficha de avaliação), concluiu-se que 90% dos estabelecimentos visitados não cumpriam na totalidade os requisitos previstos na no despacho nº 268/97[4] pela ausência de rede pública de esgotos ou rede de recolha de lixos, ausência de recreio ou recreio sem área coberta ou ainda pelo funcionamento em primeiros andares e subsequentes.

Da avaliação das condições de higiene/saúde e segurança concluiu-se que:

- Noventa por cento dos estabelecimentos visitados possuíam estruturas/equipamentos susceptíveis de causar acidentes, não cumprindo os requisitos previsto na lei[4,5,11] – pavimentos com desníveis predispondo ao tropeçamento, portas todas envidraçadas facilmente quebráveis pela acção do choque, equipamento em mau estado de conservação ou inadequado do ponto de vista ergonómico, espaços de jogo e recreio sem zonas de impacto adequadas, balizas ou baloiços não devidamente fixados ao solo ou com cabos salientes constituindo obstáculo pouco visível.
- Em 40% a vedação estava ausente, permitindo o fácil acesso a estranhos e/ou animais aos recintos escolares e o acesso intempestivo das crianças a vias de circulação, ou era inadequado por colocar em risco a integridade física dos que a contactarem directamente por se encontrarem encimas por material cortante, não respeitando o previsto no despacho conjunto nº 268/97[4].
- Em metade dos estabelecimentos ocorria perigo de electrocussão, queimaduras ou propagação de incêndio pela existência de sistemas eléctricos sem condições de segurança e ausência de extintores de incêndio (artigo 139 do Dec. Lei nº414/98)[12].
- Em 30 % estavam comprometidas as condições de segurança, em caso de necessidade de evacuação, pela presença de portas de abrir para o interior do edifício nas vias de saída.
- Em 80% dos estabelecimento existiam más condições de higiene das instalações ou da preparação dos alimentos (ausência de separação de zonas sujas/ zonas limpas, remoção ou acondicionamento inadequado de resíduos) em desacordo com o previsto no Decreto--Lei 425/99[13].

De salientar o elevado número de respostas C verificadas – situações com probabilidade de ocorrência de danos potencialmente graves – (quadro 2).

Nenhum estabelecimento foi considerado “satisfatório” em termos de segurança e salubridade simultaneamente. Foi ao nível dos edifícios/recintos escolares que os resultados foram menos satisfatórios: 100% apresentaram “Más” condições de higiene/saúde e 70% apresentavam “Más” condições de segurança. Pelo contrário no meio envolvente próximo as condições de higiene/saúde e segurança foram boas em 90% e 70% respectivamente. Resultados idênticos foram observados num estudo realizado no ano lectivo 2001/2002 em 5397 escolas das áreas metropolitanas do Porto e Lisboa (que correspondem a quase 50% do total das escolas), que apontava para a existência de más condições de higiene/saúde e segurança dos edifícios/recintos escolares em 73% e 83% respectivamente, e boas condições de higiene/saúde e segurança do meio envolvente em 78% e 62%, respectivamente[14].

Todos os edifícios visitados neste estudo tinham já sido objecto de avaliação idêntica em anos anteriores pela equipa de Saúde escolar. Apesar das diligências tomadas, a maioria dos problemas encontrados na altura mantém-se, alguns (poucos) foram resolvidos, outros há que surgiram de novo. Cumprir a lei não têm sido prioridade dos responsáveis por estas instituições, apesar de algumas entidades, repetidamente, procederem à vigilância do seu cumprimento.

Comentários

Os estabelecimentos de ensino pré-escolar são também um espaço de desenvolvimento onde a criança dá os primeiros passos na socialização inter pares. A legislação existente não tem vindo a ser cumprida em alguns dos estabelecimentos avaliados, além disso sabemos que a maioria das entidades responsáveis pela gestão são-no também pelo licenciamento e financiamento (Autarquias e Centro Regional de Solidariedade e Segurança Social). Urgente portanto a importância de compreender que do mundo da criança faz parte, na sua maioria “do tempo de crescer”, estes espaços, onde todas as crianças independentemente do seu estrato socioeconómico, têm de “caber”, num processo de desenvolvimento que as torne à partida com as mesmas oportunidades e as prepare para o mundo de adultos que todos nós desejamos.

Enfim, que poderemos fazer como cidadãos, educadores, responsáveis pelos espaços onde “obrigamos” as crianças a permanecer?

- 1º – Compreender que a desadequação do ambiente relativamente aos comportamentos normais e naturais das crianças é a causa principal dos acidentes – desequilíbrio entre os materiais e os seus utilizadores;
- 2º – Cumprir e melhorar a legislação, normas e recomendações a aplicar a estes espaços – custa menos construir bem do que construir mal;
- 3º – Fazer compreender que é na interdisciplinaridade de trabalho que se promove a saúde de um país – arquitectos, autarcas, agentes de planeamento urbano e ambientalistas;

- 4º – Promover uma cultura de escola, que se assuma como um espaço de trabalho e desenvolvimento de projectos de intervenção, onde a família e a comunidade sejam parceiros e promovam o embelezamento e conservação do edifício e recinto escolar, valorizando as competências e áreas de interesse dos pais como recursos humanos à construção do “sentir” que a escola é de todos e para todos [15].

Bibliografia

1. Associação Internacional para o direito a brincar – Declaração sobre a criança e o direito de brincar - in www.ipa.br.org.
2. Mota HC. Crescer em segurança ... e liberdade. Rev. Port. Pediatr 1993; 24:361-362.
3. Revista Proteste, 1991.
4. Despacho conjunto nº268/97. Diário da República II série nº195 de 25-8-1997.
5. Decreto-Lei nº379/97. Diário da República I série A nº298 de 27-12-1997.
6. Decreto-Lei nº133-A/97. Diário da República I série A nº124 de 30-05-1997.
7. Direcção Geral de Saúde. Normas de preenchimento da ficha de avaliação das condições de segurança, higiene e saúde nas escolas.
8. Decreto-Lei nº30/89. Diário da República – I série nº 24 de 24-1-1989.
9. Lei-quadro da Educação Pré-escolar. Diário da república I série nº34 de 10-2-1997.
10. Direcção Regional de Saúde. Ficha de avaliação das condições de Segurança, Higiene e Saúde nas escolas - modelo 126.05.
11. Decreto-lei nº 100/2003. Diário da República I série-A nº119 de 23-05-2003.
12. Decreto-Lei nº414/98. Diário da República I série-A nº301 de 31-12-1998.
13. Decreto-Lei 425/99. Diário da República I série-A de 21-10-1999.
14. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde - Orientações estratégicas para 2004-2010.
15. Gomes-Pedro (1999). A criança e a nova Pediatria. Lisboa: Serviço de educação. Fundação Calouste Gulbenkian.

saúde infantil

Meningite bacteriana na região Centro. Casuística de 1994-2002

Mónica Vasconcelos¹, Sónia Lemos¹, Paula Gonçalves², Graça Rocha³
e Grupo de Estudo sobre Meningite Bacteriana na região Centro*

Resumo

A meningite bacteriana continua a ser um problema importante na prática hospitalar pediátrica. Apresenta-se um estudo retrospectivo de 262 crianças com meningite bacteriana, de idade superior a 2 meses, diagnosticadas em 8 hospitais da região Centro de Portugal, de 1 de Janeiro de 1994 a 31 de Dezembro de 2002, com especial relevância para os casos diagnosticados no Hospital Pediátrico de Coimbra.

Nos últimos 9 anos, a frequência de meningites bacterianas tem-se mantido relativamente estável. O agente etiológico mais frequente foi a *Neisseria meningitidis*, seguido do *Streptococcus pneumoniae* e do *Haemophilus influenzae*. Numa grande percentagem de casos não foi possível a identificação do gérmem causal. No Hospital Pediátrico de Coimbra, cerca de metade dos casos ocorreu numa idade inferior a dois anos e a maior parte das complicações ocorreram nesta faixa etária.

A identificação do agente etiológico é fundamental para estabelecer um programa de vigilância epidemiológica que permita implementar novas estratégias de intervenção, nomeadamente um plano vacinal adequado.

Palavras-chave: meningite bacteriana, criança, região centro de Portugal.

Summary

Bacterial meningitis still represents an important problem in the paediatric hospital practice. We hereby present a retrospective study including 262 children (over 2 months of age), suffering from bacterial meningitis, diagnosed at 8 hospitals located in the central region of Portugal, from the 1st January 1994 until the 31st December 2002. Special attention was given to those diagnosed at the Paediatric Hospital of Coimbra.

During the last 9 years, bacterial meningitis occurrence has been relatively stable. The most frequent etiological agent was *Neisseria meningitidis*, followed by *Streptococcus pneumoniae* and *Haemophilus influenzae*. In a great percentage of cases, it was not possible to identify the causal germ. At the Paediatric Hospital of Coimbra about half of the cases occurred in children under 2 years of age and most of the complications were observed in this age group.

The identification of the etiological agent is of extreme importance in order to define an epidemiological surveillance program capable of implementing new intervention strategies, such as an appropriate vaccine plan.

Keywords: bacterial meningitis, child, central region of Portugal.

1. Interna complementar de Pediatria do Hospital Pediátrico de Coimbra 2. Interna complementar de Pediatria do Hospital Santo Espírito de Angra do Heroísmo 3. Assistente graduada de Pediatria do Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução

A meningite bacteriana continua a ser uma causa importante de morbilidade e mortalidade, sobretudo na idade pediátrica. Nos últimos anos têm surgido alterações significativas na epidemiologia desta doença o que se deve, provavelmente, à comercialização de novas vacinas contra os agentes etiológicos mais frequentes.

Para melhor conhecer a epidemiologia desta infecção na região Centro de Portugal, os autores realizaram uma revisão dos casos de meningite bacteriana diagnosticados e internados, no período compreendido entre 1994-2002, nesta região.

Objectivos

O primeiro objectivo deste trabalho foi comparar o número de casos e a etiologia das meningites bacterianas em 8 hospitais da região Centro de Portugal, num período de 9 anos, em crianças com idade superior a 2 meses.

O segundo objectivo foi caracterizar a população de crianças com este diagnóstico no Hospital Pediátrico de Coimbra (HPC).

Métodos

Estudo retrospectivo descritivo de todos os casos de meningite bacteriana diagnosticados em crianças com mais de 2 meses de idade, em 8 hospitais da região Centro (Hospitais de: Aveiro, Castelo Branco, Covilhã, Figueira da Foz, Leiria, Guarda, Pediátrico de Coimbra e Viseu), no período compreendido entre 1994-2002. Obtivemos os dados através de contacto por carta, enviada aos diversos hospitais distritais.

No HPC analisámos os processos de todas as crianças internadas com o diagnóstico de meningite bacteriana, na mesma faixa etária e no mesmo período de tempo referidos. As variáveis analisadas foram: distribuição anual e sazonal, idade, sexo, vacinação para o *Haemophilus influenzae* tipo b, antibioticoterapia prévia e complicações.

Os critérios de inclusão no estudo foram:

- cultura do líquido cefalo-raquídeo (LCR) positiva e/ou
- detecção de antígenos bacterianos no LCR e/ou
- pleocitose no LCR associada a pelo menos uma das seguintes alterações: hipoglicorraquia, predomínio de polimorfonucleares, hiperproteinorraquia, hemocultura positiva.

Foram excluídas crianças com imunodeficiências, defeitos estruturais do Sistema Nervoso Central (SNC), submetidas a cirurgia do SNC, derivação do SNC ou com infecção pós-traumatismo crânio-encefálico.

Resultados

Na região Centro obtivemos um total de 262 casos de meningites bacterianas. O maior número verificou-se em Viseu (64) e Coimbra (63), seguindo-se Aveiro (43), Leiria (40), Figueira da Foz e Guarda com 20 cada e Castelo Branco (12). No Hospital da Cova da Beira (Covilhã), em funcionamento há 2 anos, não foi detectado nenhum caso.

Os anos de 1995, 1998, 2001 e 2002 foram os que registaram um maior número de casos.

No entanto, não parece haver diferenças significativas ao longo destes últimos 9 anos (média de 30/ ano), como se pode ver representado na figura 1, variando entre 21 e 38, em 2000 e 2002 respectivamente.

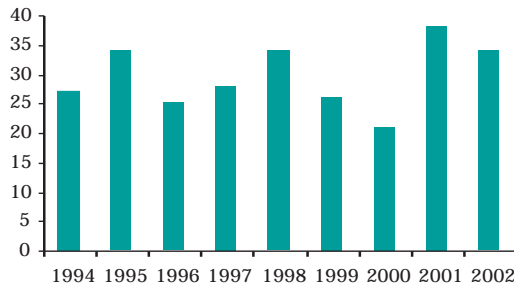


Fig. 1 – Distribuição anual

Das 262 crianças com o diagnóstico de meningite bacteriana, o agente etiológico encontrado mais frequentemente foi a *Neisseria meningitidis* em 38%, seguido do *Streptococcus pneumoniae* em 15% e do *Haemophilus influenzae* em 7%. Numa percentagem significativa (34%), o agente etiológico não foi identificado. A identificação do serogrupo do meningococo apenas foi possível em 10 casos: 6 pertenciam ao serogrupo B e 4 ao serogrupo C. Os outros gérmens encontrados foram: *Salmonella*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus grupo A*.

Ao avaliar a distribuição por gérmens (fig. 2) ao longo dos 9 anos confirmámos o predomínio do meningococo em todos os anos, com especial incidência em 1995, 2001 e 2002. Foi também notória a baixa incidência (7%) de meningite por *H. influenzae* ao longo destes anos.

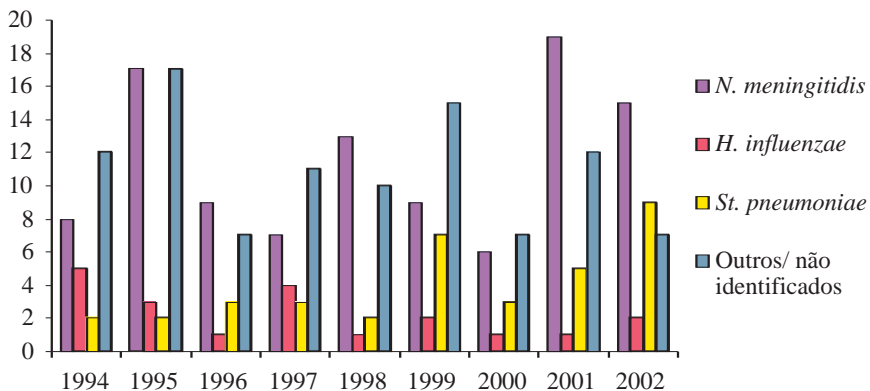


Fig. 2 – Distribuição anual/ gérmem

Analisando a distribuição dos gérmens em cada um dos hospitais, pudemos verificar, mais uma vez, que o meningococo prevaleceu. No HPC tivemos o maior número de casos não identificados, 57%, contrastando com os restantes hospitais em que este valor variou entre os 16 (Viseu) e 42% (Castelo Branco).

Hospital Pediátrico de Coimbra

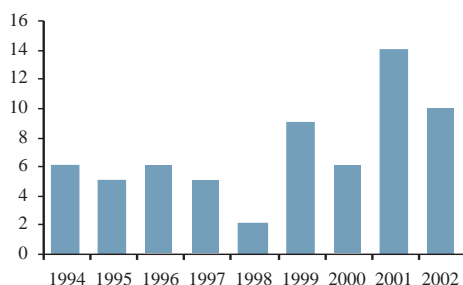


Fig. 3 – Distribuição anual - HPC

No HPC, entre 1994 e 2002 (fig. 3), tivemos um total de 63 crianças, com idade superior a dois meses, internadas com o diagnóstico de meningite bacteriana. O maior número de casos ocorreu nos últimos 4 anos, com especial relevância para os últimos dois. A maior parte ocorreu nos meses de Novembro a Maio (76%), como representado na figura 4.

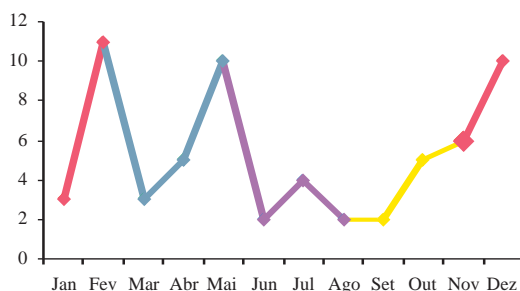


Fig. 4 – Distribuição sazonal - HPC

Ambos os sexos foram igualmente atingidos (52% sexo masculino).

Os 3 gérmens mais frequentemente encontrados foram por ordem decrescente, o meningococo, o pneumococo e o *H. influenzae*. Apenas em 10 crianças a cultura do LCR foi positiva; nas restantes o gérmem foi identificado por hemocultura ou através da pesquisa de antígenos bacterianos no LCR. Em mais de metade dos casos (36) não foi possível a identificação do agente etiológico.

Ao analisar a distribuição dos casos por agente e idade (Quadro 1), constatamos que cerca de metade ocorreu numa idade inferior a 2 anos e mais de dois terços das crianças tinham menos de 5 anos. As meningites pneumocócicas foram todas diagnosticadas antes dos 2 anos de idade. Das 5 crianças com o diagnóstico de meningite a *H. influenzae*, 4 não estavam vacinadas e uma com 6 anos tinha a vacinação completa (4 doses) contra o *H. influenzae* tipo b. Os outros agentes encontrados foram a *Salmonella* e o *St. aureus*.

	<i>N. meningitidis</i>	<i>St. pneumoniae</i>	<i>H. influenzae</i>	Outros	Não ident.	Total
2M-2A	8	8	3	<i>Salmonella</i>	11	31
2A-5A	1	0	1	0	15	17
5A	3	0	1	<i>St. aureus</i>	10	15
Total	12	8	5	2	36	63

Quadro 1 – Distribuição idade/gérmes - HPC

Nos 36 casos em que não foi possível identificar o agente etiológico, em 14 tinha sido administrado antibiótico previamente ao diagnóstico.

A apresentação clínica não foi específica na maioria dos casos, sendo a hipertermia o sinal mais frequente (94%). Sinais meníngeos, cefaleias e hipertensão da fontanela foram registados em 49, 35 e 16% respectivamente. Cinco crianças tiveram convulsões na apresentação da doença.

Ocorreram 9 complicações (14,3%), a maior parte no grupo dos 2 meses aos 2 anos e incluíram convulsões, parésia dos nervos cranianos, abscesso cerebral, coagulação intravascular disseminada e artrite. Em 2 crianças foi detectado défice auditivo e 3 ficaram com parésias. Houve duas crianças que faleceram, o que corresponde a uma taxa de mortalidade de 3,2%.

Discussão

A meningite bacteriana continua a ser um problema frequente na prática hospitalar pediátrica. Na região Centro de Portugal a frequência tem-se mantido relativamente estável nos últimos 9 anos. Numa percentagem significativa de casos (34%) não foi possível a identificação do agente etiológico nos diversos hospitais da região Centro. Pensamos que a terapêutica antibiótica prévia e dificuldades na cultura contribuíram para o grande número de culturas bacterianas negativas. A *N. meningitidis* foi o agente mais frequente, seguido do *St. pneumoniae* e do *H. influenzae*.

Comparámos o nosso estudo (1994-2002) com um trabalho anterior de casuística feito no HPC[1] entre 1987-1993, uma vez que neste período a grande maioria de casos de meningite eram transferidos para este hospital central, pelo que muito provavelmente este número corresponderia à realidade da região centro. Exceptuando um pico em 1988 (52 casos), o número de crianças infectadas tem-se mantido estável ao longo dos últimos 16 anos. Verificámos que o número de meningites por *H. influenzae* tem vindo a diminuir progressivamente, para nos últimos 5-7 anos ser ultrapassado pelo pneumococo. De facto, a incidência de doença invasiva por *H. influenzae* tipo b (Hib) diminuiu drasticamente após a instituição da imunização de rotina, tendo esta doença sido praticamente eliminada em várias populações bem imunizadas[2-5]. Em Portugal esta vacina foi comercializada em 1994, mas apenas introduzida no Programa Nacional de Vacinação no ano 2000.

A principal bactéria causadora de meningite é o meningococo, o que aliás também se verifica na maior parte dos países onde a doença invasiva por Hib está bem controlada. Os serogrupos B e C predominam na maioria dos países industrializados, em contraste com a África Sub-Sahariana onde existe uma alta prevalência de epidemias de doença por meningococo serogrupo A[6]. Há estudos que sugerem ter havido um aumento da frequência do serogrupo C em Portugal, no entanto esta tendência não é geral em toda a Europa[7]. A proporção de casos de meningite meningocócica com caracterização a nível de serogrupo é muito baixa na nossa região.

No estudo efectuado no HPC, o meningococo foi, também, o agente etiológico mais frequentemente encontrado seguido do pneumococo, cuja prevalência parece ter aumentado nos últimos 4 anos. No entanto, esta conclusão pode não ser a mais correcta tendo em conta o grande número de casos de culturas negativas. Outros estudos mostram-nos que, apesar do grande declínio da doença por Hib, aumentando as proporções relativas de outros agentes, o número total de casos de *N. meningitidis* e *St. pneumoniae* mantém-se estável[2].

A maior parte dos casos de meningite ocorreram nos meses de Novembro a Maio, sobrepondo-se ao período de maior incidência de doença meningocócica em Portugal[7]; metade ocorreu entre os 2 meses e os 2 anos e cerca de três quartos tinham idade inferior a 5 anos. Todas as meningites pneumocócicas, no nosso grupo, ocorreram até aos 2 anos, o que realça a importância de uma vacina anti-pneumocócica nesta faixa etária.

Dos cinco casos de meningite a *H. influenzae*, dois ocorreram em crianças com mais de dois anos de idade e uma delas, com 6 anos, estava vacinada. Não sabemos qual o serotipo que infectou esta criança. Há dados que sugerem uma substituição do serotipo b por outros serotipos após a introdução da vacina conjugada; no entanto este risco é pequeno se tivermos em conta a grande redução da meningite a *H. influenzae* após a imunização[8].

De referir, ainda, que a maioria das complicações ocorreram em idades inferiores a 2 anos. A taxa de mortalidade por meningite bacteriana foi de 3,2% no nosso estudo, valor este semelhante ou ligeiramente inferior a outros estudos[9-10].

A identificação do agente etiológico e a caracterização das estirpes por serogrupos é ainda claramente insuficiente na nossa região, sendo essencial estabelecer um programa de vigilância epidemiológica que permita a implementação de um plano de vacinação adequado.

***Grupo de Estudo sobre Meningite Bacteriana na região Centro:** Dr^a Almerinda Silva (H. Castelo Branco), Dr. Carlos Rodrigues (H. Covilhã), Dr^a Cristina Baptista (H. Guarda), Dr. Faria Galvão (H. Aveiro), Dr^a Graça Carvalho (H. Viseu), Dr^a Graça Rocha (H. Pediátrico Coimbra), Dr^a Mónica Vasconcelos (H. Pediátrico Coimbra), Dr. Nuno Figueiredo (H. Figueira da Foz), Dr^a Paula Gonçalves (H. Pediátrico Coimbra), Dr^a Sónia Lemos (H. Pediátrico Coimbra), Dr^a Teresa Resende (H. Leiria).

Bibliografia

1. Mota L, dados não publicados.
2. Dawson KG, Emerson JC, Burns JL. Fifteen years of experience with bacterial meningitis. *Pediatric Infect Dis J* 1999; 18 (9): 816-22.
3. Rosentein NE, Perkins BA. Update on *Haemophilus influenzae* serotype b and meningococcal vaccines. *Childhood immunizations 2000*; 27 (2): 337-420.
4. Wenger JD. Epidemiology of *Haemophilus influenzae* type b disease and impact of *Haemophilus influenzae* type b conjugate vaccines in the United States and Canada. *Pediatr Infect Dis J* 1998; 17 (9 Suppl): S132-6.
5. Slack MP, Azzopardi HJ, Hargreaves RM, Ramsay ME. Enhanced surveillance of invasive *Haemophilus influenzae* disease in England, 1990 to 1996: impact of conjugate vaccines. *Pediatr Infect Dis J* 1998; 17 (9 Suppl): S 204-7.
6. Booy R, Kroll JS. Bacterial meningitis and meningococcal infection. *Curr Opin Pediatr* 1998; 10 (1): 13-8.
7. Gomes MC, Ferreira MM, Gonçalves AG, Valente PM, Freitas MG. Doença meningocócica em Portugal: epidemiologia e vacinação. *Saúde em números* 2001; 16 (1): 1-11.
8. Ribeiro GS, Reis JN, Cordeiro SM, Lima JB, Gouveia EL, Petersen M, Salgado K, Silva RH, Zanella RC, Almeida SC, Brandileone MC, Reis MC, Ko AI. Prevention of *Haemophilus influenzae* type b (Hib) meningitis an emergence of serotype replacement with type a strains after introduction of Hib immunization in Brazil. *J Infect Dis* 2003; 187 (1): 109.16.
9. Lutsar I, Siirde T, Soopõld T. Long term follow-up of estonian children after bacterial meningitis. *Pediatric Infect Dis J* 1995; 14: 624-5.
10. Grimwood K, Anderson P, Anderson V, Tan L, Nolan T. Twelve year outcomes following bacterial meningitis: further evidence for persisting effects. *Arch Dis Child* 2000; 83 (2): 111-6.

Correspondência: Mónica Vasconcelos
 mvasconcellos@netcabo.pt
 Hospital Pediátrico de Coimbra

saúde infantil

Metapneumovírus humano – um novo agente?

Armanda Dulce Rainho¹

Resumo

O Metapneumovírus humano (MPVh) foi pela primeira vez identificado na Holanda, em 2001, graças ao aparecimento de novas técnicas de amplificação molecular e sequenciação genética. Desde então, numerosos estudos têm posto em evidência a sua distribuição ubiquitária e variabilidade da apresentação clínica. Estima-se que seja responsável por cerca de 10% das infecções respiratórias da infância, podendo coexistir com outros vírus respiratórios. Face à importância que este vírus pode vir a ter como agente de infecções respiratórias em Pediatria, a autora propôs-se fazer uma revisão bibliográfica dos principais artigos publicados.

Palavras-chave: metapneumovírus humano, Pediatria.

Summary

Human metapneumovirus was first recognized in Netherland, in 2001, thanks to the new technics of molecular amplification and genetic sequencing. Since then, many reports revealed that it has an ubiquitous distribution and variable clinical expression. It's responsible for about 10% of respiratory tract infections in children. Coinfection with other respiratory virus is also possible. The author reviews recent papers, attending to the importance that this virus may have as a cause of respiratory infection in children.

Keywords: human metapneumovirus, Pediatrics.

¹Assistente Hospitalar de Pediatria - Hospital Pedro Hispano

O Metapneumovírus humano (MPVh) foi descrito pela primeira vez na Holanda, em Junho de 2001, por Van den Hoogen et al.[1]. Estes investigadores isolaram este agente, previamente não identificado, em 28 crianças com quadros respiratórios variados. A microscopia electrónica e os estudos moleculares revelaram tratar-se de um vírus RNA pertencente à família dos *Paramyxoviridae* (a cuja família pertencem também o VSR, os vírus parainfluenza 1 a 4, o vírus da papeira e o do sarampo), sub-família *Pneumovirinae*, género Metapneumovirus. Para identificar este vírus, os investigadores usaram a técnica RAP-PCR (*random arbitrarily primed PCR*) em produtos obtidos a partir de células infectadas com este novo agente. A sequenciação destes fragmentos genéticos revelou tratar-se de um paramixovírus muito parecido, mas distinto, dos metapneumovírus das aves. A análise filogenética demonstrou que há dois genótipos distintos de MPVh, podendo os dois circular ao mesmo tempo na comunidade, à semelhança do que ocorre com o VSR[2, 3, 4, 5]. Serologias de 80 crianças holandesas revelaram que, aos cinco anos de idade, quase todas tinham anticorpos contra este vírus[1]. Também o rastreio em bancos de soro holandeses de 1958 revelou que este agente anda em circulação há pelo menos 46 anos, o que torna improvável a hipótese de este vírus ter origem recente em aves. Desde a sua descoberta, o vírus foi identificado na Austrália[6, 7] Canadá[2], Reino Unido[3], Finlândia[8], França[9], Espanha[10], Alemanha[5], Itália[11], Japão[12], Hong Kong[13], Brasil[14] e Estados Unidos[4, 15].

O MPVh tem uma distribuição sazonal com predomínio no Inverno, de Novembro a Maio nos climas temperados[1, 4, 9, 11, 16]. Foi isolado em 6 a 10 % dos doentes com quadros respiratórios estudados e nos quais ainda não tinha sido possível identificar o agente etiológico[1, 4, 9, 15]. Um rastreio efectuado no Reino Unido por médicos-sentinelas a doentes portadores de síndrome gripal, identificou o MPVh em 2,2% dos doentes[3]. Amostras colhidas a uma criança em anos consecutivos, demonstraram que ela se infectou com subgrupos diferentes, o que sugere que um indivíduo pode infectar-se com um subgrupo e não ficar protegido em relação ao outro[17].

A sua fisiopatologia é ainda desconhecida mas pensa-se que, à semelhança do VSR, possa ter tropismo pelo aparelho respiratório, sendo o seu efeito citopático parecido.

A apresentação clínica é muito variável mas sobreponível à do VSR, podendo causar infecções respiratórias altas ou baixas. Observa-se com frequência rinorreia, obstrução nasal, febre, tosse, rinofaringite, otite, taquipneia, sibilância e hipoxia[1, 2, 4, 9, 10]. Origina quadros de bronquiolite, sendo muitas vezes esta a forma de apresentação da infecção[2, 9]. Jartti et al[8] identificaram o MPVh em 8% de crianças internadas com o diagnóstico de bronquiolite e Boivin[2] identificou-o em 6% das crianças hospitalizadas por infecções respiratórias agudas durante o Inverno de 2002. A gravidade do quadro clínico é variável mas o tempo de duração da doença parece ser inferior ao do VSR[5]. Há também casos referidos de exacerbação de asma[9, 13]. Greenill et al[18] efectuou PCR para MPVh no lavado bronco-alveolar de 30 crianças com bronquiolite grave a VSR e encontrou 70% de amostras também positivas para o MPVh, levantando a possibilidade da coinfeção por estes dois vírus agravar o quadro clínico. Crianças com antecedentes de prematuridade, doença pulmonar crónica ou cardiopatia congénita podem ter quadros mais graves[4]. A infecção assintomática ou subclínica parece ser rara uma vez que um rastreio efectuado a 400 crian-

ças holandesas assintomáticas não revelou a presença do vírus[1]. Afecta também adultos, sobretudo idosos ou doentes imunodeprimidos[2, 3, 15].

A radiografia torácica mostra infiltrados focais e reforço peri-brônquico[13]. O leucograma e a proteína-C-reativa permanecem baixos, tal como acontece nas outras infecções víricas, mas a resposta inflamatória a este vírus é diferente da observada no VSR, uma vez que nas secreções nasais obtidas de doentes onde tinha sido identificado o MPVh, a interleucina 8 estava aumentada e o RANTES (factor quimiotáctico para eosinófilos: Regulated by Activation Normal T-cell Expressed and Secreted) baixo[8].

O diagnóstico faz-se pela serologia, pela cultura de vírus (cresce pouco ou não cresce nas linhas celulares habituais (Boivin et al conseguiram crescimento viral em células LLC-MK2, um meio de cultura usado para vírus parainfluenza, mas não nas linhas celulares habituais (2)), ou idealmente, pela pesquisa do RNA nas secreções do aspirado da naso-faringe através da RT-PCR (16). A RT-PCR é o teste com maior sensibilidade, especificidade e rapidez [7].

O tratamento desta infecção é de suporte, no sentido de se prevenir a sua principal complicação, a insuficiência respiratória aguda. Não existem, até ao momento, estudos de *follow-up* destes doentes.

Na maioria dos estudos são rastreadas amostras nas quais não foi encontrado nenhum outro agente infeccioso pelo que os dados de co-infecção são ainda poucos. Há estudos nos quais não é observada[10], enquanto que noutros parece poder estar associado ao VSR, ao CMV, ao Adenovírus, ao Influenza A e ao Parainfluenza tipo 3 [5, 8, 11, 14, 18]. Num estudo efectuado no Japão, em doentes admitidos por SARS em 2003, o MPVh foi identificado em 25/48 doentes, havendo coinfeção com coronavírus em 6/48 doentes[12].

Sendo a sua incidência baixa e os sinais e sintomas que causa inespecíficos e indistinguíveis das outras infecções por outros vírus respiratórios, provavelmente o maior interesse da sua identificação, reside no isolamento dos doentes infectados já que pode ser uma infecção nosocomial[4, 9].

Bibliografia

1. Van den Hoogen BG, et al. A newly discovered human pneumovirus isolated from young children with respiratory tract disease. *Nat Med* 2001; 7: 719-24.
2. Boivin G, et al. Human metapneumovirus infections in hospitalized children. *Emerg Infect Dis* 2003; 6: 634-640.
3. Stockton J, et al. Human metapneumovirus as a cause of community-acquired respiratory illness. *Emerg Infect Dis* 2002; 8: 897-901.
4. Esper F, et al. Human metapneumovirus infection in the United States: clinical manifestations associated with a newly emerging respiratory infection in children. *Pediatrics* 2003; 111: 1407-10.
5. Viazov et al. High prevalence of human metapneumovirus infection in young children and genetic heterogeneity of the viral isolates. *J Clin Microbiol* 2003; vol 41, nº 7: 3043-3045.
6. Nissen MD, et al. Evidence of human metapneumovirus in Australian children. *Med J Aust* 2002; 176:188.
7. Mackay IM, et al. Molecular assays for detection of human metapneumovirus. *J Clin Microbiol* 2003; vol 41, nº1: 100-105.

- 8 Jartti T, et al. Metapneumovirus and acute wheezing. *Lancet* 2002; 360: 1393-4.
- 9 Freymouth F, et al. Presence of human metapneumovirus in French children. *Pediatr Infect Dis J* 2003; 22: 92-4.
- 10 Vicente D et al. Human metapneumovirus and community-acquired respiratory illness in children. *Emerg Infect Dis* 2003; vol 9: 602-3.
- 11 Maggi et al. Human metapneumovirus associated with respiratory tract infections in a 3-year study of nasal swabs from infants in Italy. *J Clin. Microbiol* 2003; vol 41, nº7: 2987-2991.
- 12 Chan et al. Human metapneumovirus detection in patients with severe acute respiratory syndrome. *Emerg Infect Dis* 2003; vol 9: 1058-1063.
- 13 Malik Peiris et al. Children with respiratory disease associated with metapneumovirus in Hong Kong. *Emerg Infect Dis* 2003; vol 9: 628-633.
- 14 Cuevas et al. Human metapneumovirus and syncytial virus , Brazil. *Emerg Infect Dis* 2003; vol 9: 1626-8.
- 15 Falsey AR, et al. Human metapneumovirus infections in young and elderly adults. *J Infect Dis* 2003; 187: 785-90.
- 16 Osterhaus A, Fouchier R. Human metapneumovirus in the community. *Lancet* 2003; 361: 890-1.
- 17 Pelletier et al. Respiratory tract reinfections by the new human metapneumovirus in an immunocompromised child. *Emerg Infect Dis* 2002; vol 8: 976-8.
- 18 Greensill J, et al. Human metapneumovirus in severe respiratory syncytial virus bronchiolitis. *Emerg Infect Dis* 2003; vol 9: 372-5.

A autora agradece à Prof. Doutora Emília Valadas, a revisão do artigo.

saúde infantil

A primeira viagem do recém-nascido – o que pensam os pais. Resultado de um inquérito

Fernando Tapadinhas¹, Marisol Anselmo¹, Elsa Rocha²

Resumo

Os acidentes de viação continuam a ser a primeira causa de morte e incapacidade temporária e definitiva nas crianças em Portugal sendo a maior parte das vítimas passageiros. O uso sistemático e correcto de dispositivos de retenção para crianças teria um grande impacto na diminuição da mortalidade neste grupo etário.

Objectivo: avaliar o grau de conhecimento e a sua intenção em relação ao transporte seguro do recém-nascido por parte dos pais e sensibilizar para a importância da segurança rodoviária.

Material e métodos: efectuou-se um inquérito às puérperas na maternidade do Hospital Distrital de Faro, entre Maio e Outubro de 2003.

Resultados: das puérperas entrevistadas 94% afirmaram conhecer as regras de segurança para o transporte do RN no automóvel, a intenção de protecção manifestada foi de 80.8%, sendo correcta apenas em 78.4% dos casos.

Conclusões: Consideramos preocupante a constatação de que em 21,6% dos casos o transporte do recém-nascido seria inadequado. É urgente implementar estratégias eficazes no sentido de promover a adopção de medidas de segurança no transporte automóvel de crianças.

Palavras-chave: recém-nascido, sistema de retenção no automóvel.

Summary

Road accidents still represent in Portugal the leading cause of mortality and morbidity in child, mainly as passengers. The systematic and correct use of children car restraint systems could have an important impact in reducing mortality.

Objectives: to evaluate the knowledge and intention of the parents regarding the safety of newborn car transportation, and to raise awareness on this issue.

Material and methods: an inquiry to post-parturition inpatients in the Obstetric service of Faro's Hospital, between May and October 2003.

Results: 94% of the inquired women refer to know safety rules about newborn car transportation, and 80.8% had protection intention, being correct in 78.4% of cases.

Conclusions: we consider worrying that in 21.6% of cases the newborn car transportation would be inadequate. Effective strategies to promote child road safety are needed.

Keywords: newborn, car safety devices.

¹ Interno/a do Internato Complementar de Pediatria Médica do Hospital Distrital de Faro, Sócio da APSI

² Assistente Hospitalar de Pediatria do Hospital Distrital de Faro, Responsável pelo Núcleo da APSI no Algarve.

Introdução

Os traumatismos, ferimentos e lesões (TFL) resultantes dos acidentes de viação, continuam a ser a primeira causa de morte e incapacidades temporárias e definitivas, nas crianças e jovens em Portugal e, consequentemente, um dos problemas com custos sócio-económicos mais elevados[1,2,3].

Portugal mantém-se como o país de União Europeia com maior taxa de mortalidade por acidentes de viação[2,3]. Embora o número de vítimas tenha vindo a diminuir no nosso país ao longo da última década, este decréscimo tem sido proporcionalmente inferior no grupo pediátrico[4]. A maioria dos acidentes mortais ocorrem dentro das localidades, associando-se a pequenas deslocações e a reduzida velocidade, sendo a maioria das vítimas passageiros[4].

A utilização sistemática e correcta de sistemas de retenção para crianças (SRC) teria um importante impacto na redução da mortalidade neste grupo etário, uma vez que a sua eficácia pode atingir os 95% quando é utilizado o SRC voltado para trás[2]. Embora se continue a verificar um aumento lento e regular da intenção de protecção, mais de 60% das crianças continuam a viajar sem protecção. Quando é utilizado SRC, em cerca de 50% dos casos existem erros graves de utilização, o que diminui o grau de protecção[2].

A legislação que obriga ao uso destes dispositivos, devidamente homologados e adaptados ao tamanho e peso da criança, encontra-se em vigor desde 1994, prevendo-se coimas para os infractores[5].

Objectivos

Considerando o potencial de protecção dos SRC e a situação actual em Portugal, realizou-se um estudo tendo por população alvo as puérperas internadas no Hospital Distrital de Faro, com o objectivo de avaliar a intenção de protecção do recém-nascido (RN) no automóvel e sensibilizar para a importância da segurança rodoviária.

Material e métodos

Efectuou-se um inquérito a 204 puérperas na Maternidade do Hospital Distrital de Faro, correspondendo esta amostra a 7% do total de internamentos neste Serviço em 2003. Os sujeitos da amostra foram entrevistados durante 12 dias aleatoriamente escolhidos no período de 1 de Maio a 31 de Outubro de 2003. Foram entrevistadas todas as puérperas internadas no dia do inquérito, não se registou qualquer recusa de participação (taxa de adesão de 100%). O inquérito, anónimo e de preenchimento voluntário, constava de 15 questões de opção única ou múltipla (quadro I). Algumas respostas foram aferidas para os diferentes grupos sócio-económicos dos pais, de acordo com a escala Registrar General's Social Classes, que utiliza a profissão como critério de classificação social[6]. As questões do inquérito eram colocadas por médicos, demorando o seu preenchimento cerca de 5 minutos. Seguidamente procedia-se ao ensinamento, reforçando-se ou corrigindo as atitudes expressas, sendo ainda prestada informação sobre a legislação em vigor.

Dados demográficos gerais: sexo da criança; idade e profissão dos pais.

Como pensa transportar o bebé à saída da maternidade?

1. Utilização de dispositivo de retenção? Se sim, qual? ☐
2. Banco da frente ou banco de trás? ☐

O seu carro tem *air-bag* no lugar do passageiro da frente? ☐

Já adquiriu cadeira para transportar o seu bebé no automóvel? ☐

1. Comprada (onde e quando) ou emprestada? Qual a marca?
2. Caso ainda não tenha adquirido, qual a razão?

Conhece a existência de regras para o transporte automóvel de crianças?
Como teve conhecimento?

Conhece algum caso de criança falecida ou com sequelas devido a acidente de viação?

Qual sua opinião sobre um sistema de aluguer de dispositivos de retenção?
Utilizaria?

Quadro I – Questões do Inquérito.

Definiu-se a intenção de utilização de um dispositivo de retenção para transporte do RN no automóvel como intenção de protecção. Considerou-se intenção de protecção correcta a futura utilização de uma cadeira do grupo 0+ (0-13 kg) ou 0+/1 (0-18 kg), sendo instalado no sentido invertido da marcha no banco de trás ou no banco da frente sem airbag activo. A designação intenção de transporte inadequado do RN inclui os casos de intenção de protecção incorrecta e os casos de puérperas sem qualquer intenção de protecção. Como critério de inclusão obrigatório considerou-se o facto de ter automóvel próprio.

Parâmetros avaliados: sexo da criança; idade dos pais e profissão; classe social das inquiridas; a intenção de utilização de um SRC; a aquisição prévia de dispositivo de retenção; o grau de informação em relação à segurança rodoviária infantil; o conhecimento prévio de algum acidente envolvendo crianças; aceitação e adesão a um SRC de aluguer.

Foi utilizado o teste do qui-quadrado para um grau de liberdade na análise de possíveis associações entre algumas das diferentes variáveis estudadas e a intenção de protecção correcta. Tanto aos inquiridos como aos responsáveis do serviço de Obstetrícia do Hospital Distrital de Faro foi explicado o objectivo do estudo, e obtido o seu consentimento.

Resultados

1. Características da amostra

Os dados demográficos relativos à população estudada são apresentados no quadro II:

Idade das puérperas (média):	28 anos e 5 meses; entre os 15 e 42 anos.
Idade dos pais (média):	30 anos e 9 meses; entre 18 e 56 anos
Sexo dos recém-nascidos:	Masculino: 53%
	Feminino: 47%
Classificação sócio-económica (segundo a escala de Registrar):	
	Grau I e II (classe mais elevada): 20% (n=41)
	Grau III (classe intermédia): 32% (n=65)
	Grau IV e V (classe mais baixa): 48% (n=98)

Quadro II: Dados da população inquirida.

2. Modo de transporte das crianças

Na figura 1 apresentam-se as respostas à questão: "Como pensa transportar o seu bebé à saída da maternidade?".

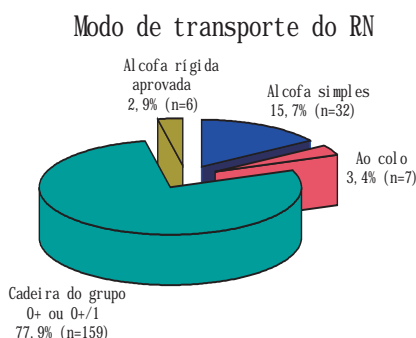


Figura 1. Modo de transporte do RN.

A maioria (77,9%) das mães tencionava transportar os filhos utilizando a cadeira do grupo 0+ ou 0+/1. A grande maioria (69,6%) pretendia instalá-la no banco de trás no sentido invertido da marcha. As restantes pretendiam transportar o recém-nascido no banco da frente, não obstante o facto de cinco (29,4% deste grupo) possuírem *airbag* activado no lugar do passageiro. Todas as puérperas que utilizariam alcofa rígida aprovada (2,9%) iriam instalá-la no banco de trás. Apenas se registou um caso de intenção de transportar o RN no banco da frente sem SRC (ao colo), os restantes 6 iriam ao colo no banco de trás. A intenção de protecção foi assim de 80,8%, sendo correcta em 78,4% dos casos. A intenção de transporte inadequado foi de 21,6% (19,2% sem qualquer intenção de protecção). A escolha do banco da frente ou de trás para a instalação do dispositivo de retenção não se relacionou com a intenção de protecção correcta ($p>0,05$).

A intenção de protecção correcta teve a seguinte distribuição de acordo com as diferentes classes sociais: grau I e II (classes sociais mais elevadas) – 90%; e grau III a V-75,4%, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0,04$).

3. Aquisição do sistema de retenção

A maior parte (83%) das puérperas já possuía uma cadeira de transporte, em 95% dos casos compradas nos seis meses anteriores ao parto. Cerca de 90% sabiam nomear as marcas, sendo todas homologadas-UN/ECE R44-03. As cadeiras emprestadas (5%) tinham sido adquiridas em média há 3 anos.

Das puérperas que já haviam adquirido previamente o dispositivo de retenção, 16 (9,4%) tinham intenção de transporte inadequado. Doze não utilizariam o SRC à saída da maternidade, e em quatro havia utilização incorrecta. Trinta e quatro puérperas não tinham adquirido cadeira de transporte do RN, apontando diferentes explicações (quadro III).

Preço excessivo	Desconhecimento	Por achar irrelevante	Comprará em breve	Outras*
12%	20%	15%	44%	9%

Quadro III: Razões da não aquisição de sistema de retenção.

* incluem-se nesta categoria argumentações variadas, como a ideia que os dispositivos de retenção só se destinam a crianças mais velhas, ou a utilização rara do automóvel pela família.

4. Conhecimento das regras de segurança

À questão “Conhece a existência de regras de segurança para o transporte de crianças no automóvel?” responderam afirmativamente 192 puérperas (94%). Foram consideradas como fontes de informação: comunicação social 48%; amigos e familiares, 39,5%; profissionais de saúde, 5,5%; outros 7%; podendo cada puérpera dar mais do que uma resposta. Das puérperas que já se consideravam informadas verificou-se intenção de transporte inadequado dos RN em 34 (17.7%), sendo este valor de 83.3% no grupo das que responderam desconhecer as regras de segurança, uma diferença significativa ($p<0,05$).

O conhecimento das regras de segurança distribuiu-se de acordo com as classes sociais do seguinte modo: I e II – 95.1%, III – 95.3% e IV e V-92.8%.

5. Conhecimento de acidente de trânsito envolvendo criança

Cinquenta e seis das 204 puérperas (27.5%) conheciam pelo menos um acidente de viação levando à morte ou sequelas em criança. Neste grupo verificou-se a intenção inadequada de transporte do RN em 19.6%, valor que não foi significativamente ($p=0,08$) inferior ao dos restantes 72.5% (que desconheciam acidentes de viação em crianças), com uma intenção inadequada de transporte do RN de 22.3%.

6. Grau de aceitação de um sistema de aluguer de dispositivos de retenção para transporte em automóvel de RN

Um sistema de aluguer de dispositivos de retenção para o transporte do RN, foi considerado uma “boa ideia” em 91%, e em 79% dos casos seria esse sistema utilizado caso existisse. No grupo que ainda não havia adquirido o dispositivo de retenção a concomitância destas resposta foi de 94%. A aceitação de um sistema de aluguer de dispositivos de retenção variou de acordo com a classe social, verificando-se uma percentagem de utilização de 87,6% na classe III (quadro IV). As puérperas que não utilizariam o sistema de aluguer (21%) entendiam ter possibilidade económica para a aquisição da cadeira de transporte,

reservando este sistema para pessoas com dificuldades económicas, ou então consideravam-no um objecto de uso pessoal (não partilhável).

	“Boa ideia”	Utilizaria
Classe I e II	82.9%	68.2%
Classe III	93.8%	87.6%
Classe IV e V	93.8%	79.5%

Quadro IV: Aceitação e aderência ao sistema de aluguer de dispositivos de retenção de acordo com a classe social.

Discussão e conclusões

O estudo descrito, avaliando através dum inquérito as intenções e motivações das puérperas relativamente ao transporte automóvel do recém-nascido, tem as suas limitações. Consideramos no entanto satisfatória a representatividade da amostra dada a taxa de adesão de 100%. Apesar da possibilidade de algum viés de selecção inerente à proximidade temporal do parto, situação de stress vital passível de aumentar a intenção de adesão a medidas preventivas, parece-nos pouco plausível que haja deste modo uma interferência importante nos resultados.

A prevalência da intenção de protecção correcta foi de $78\% \pm 5\%$ para um intervalo de confiança de 95%; em análise comparativa com outros estudos já publicados sobre outras regiões do nosso país, como Leiria (57%)[11] e Porto (41%)[12], em Faro é mais elevada, contudo ainda não a consideramos satisfatória.

Consideramos preocupante a constatação de que em 21,6% dos casos a intenção de transporte do RN no veículo automóvel era inadequada pela não utilização dos sistemas de retenção ou presumíveis erros na sua instalação. No entanto parece ter havido uma melhoria significativa nos últimos treze anos, comparando com o estudo de 1989 de Mário Cordeiro[7], o que possivelmente se relaciona com uma melhor informação da população, e também com o aparecimento de legislação específica e respectiva fiscalização.

A intenção de protecção relacionou-se com alguns factores como a classe sócio-económica, a aquisição prévia de SRC e o grau de informação relativo às regras de segurança no transporte automóvel de criança. Não obstante, 17,7% das puérperas, julgando-se informadas, manifestaram intenção de transportar inadequadamente o seu RN.

A aquisição do conhecimento e motivação que incentiva a escolha de comportamentos mais seguros ocorre sobretudo através das relações interpessoais e dos mass media. Os técnicos de saúde tiveram um papel proporcionalmente menos relevante -5,5%, valor inferior quando comparado aos estudos de Leiria (17%)[11] e Porto (27%)[12]. A prevenção dos acidentes de viação foi considerada uma primeira prioridade do Plano Nacional de Saúde para 2004-2010[13], constando já do Programa de Actuação da Saúde Infantil e Juvenil[8]. Sallientamos a necessidade urgente de formação específica dos técnicos de saúde, de modo a que a abordagem da segurança rodoviária tenha início na fase pré-natal, durante as con-

sultas de vigilância da gravidez, nas aulas de preparação para o parto e na maternidade. O conhecimento de um acidente de viação envolvendo criança das relações da puérpera não parece ter contribuído para a adopção de uma intenção de protecção correcta.

A maioria das inquiridas considerou “boa ideia” (referindo que utilizaria se existisse) um sistema de aluguer de cadeiras de transporte do RN, não tendo sido encontrada variação significativa entre diferentes grupos sócio-económicos. A aceitação foi maior no grupo de puérperas que ainda não tinham adquirido a cadeira de transporte. Podemos considerar que este sistema poderia ter uma boa aceitação na nossa comunidade.

A factura da compra de SRC deveria ser enquadrável no artigo 55, abatimentos, do código do Imposto sobre o Rendimento (IRS) de modo a incentivar a aquisição deste dispositivo. É urgente em Portugal alterar profundamente a forma como se encara a questão da segurança rodoviária. Sendo este um problema nacional de causalidade múltipla, a sua resolução passa necessariamente pelo desenvolvimento de parcerias interdisciplinares. Sendo imprescindíveis as leis e a fiscalização, não podemos passar sem a verdadeira consciencialização individual para uma atitude de segurança no quotidiano.

Uma referência e agradecimento especial para a APSI Associação para a Promoção da Segurança Infantil, que na última década lidera de forma concertada e estratégica, o combate ao problema de saúde mais grave das crianças e jovens em Portugal: os acidentes de viação e as suas consequências.

Agradecimento

Agradecemos ao Dr. Mariano Ayala, do Departamento de Saúde Pública do Centro de Saúde de Faro pelo contributo na análise estatística dos dados deste trabalho. Agradecemos ao Engº José Pedro Dias da APSI pela colaboração na revisão deste trabalho.

Bibliografia

1. Cordeiro M, Menezes HC. ABC da segurança na estrada. Ed. Pais e Filhos. Lisboa, 1999.
2. APSI. Segurança Rodoviária - o estado da nação. Mês a Mês - publicação da Associação para a Promoção da Segurança Infantil. 2001; 16: 2.
3. European Child Safety Alliance. Priorities for child safety in the European Union: agenda for action, November 2001.
4. Observatório da Segurança Rodoviária. Sinistralidade Rodoviária 2002-elementos estatísticos. Direcção – Geral de Viação, 2003.
5. Decreto de Lei nº 265 A/2001 e Portaria nº 849/94 de 22 de Setembro.
6. Rose D. Official Social Classifications in the U.K. (last edited for content: 1995). Internet: <http://www.soc.surrey.ac.uk/sru/SRU9.html>
7. Cordeiro M. Transporte da criança no automóvel - resultados de dois inquéritos e de um estudo de observação. Saúde Infantil 1990; XII : 213-221.
8. Portugal. Direcção Geral da Saúde. Divisão da Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. Saúde Infantil e Juvenil: Programa-Tipo de Actuação. Direcção-Geral de Saúde, 2002.
9. Cordeiro M. Prevenção de traumatismos, ferimentos e lesões acidentais em crianças e adolescentes. Quatro Margens Editora, 1996 (1ª edição).

10. American Academy of Pediatrics-Committee on Injury and Poison prevention. Selecting and using the most appropriate car safety seats for growing children: guidelines for counseling parents. *Pediatrics* 2002 March; 109 (3): 550-553.
11. Marujo A, Pascoal M, Faria D. Transporte de crianças em automóvel - O que fazem os nossos pais. *Saude Infantil* 2003; 25 (2): 25-37.
12. Guardiano M, Guedes MB, Mateus M, Centeno MJ, Guimarães H. Transporte no recém nascido na alta hospitalar. *Saúde Infantil* 2003; 25(2): 21-4.
13. Forum Nacional de Saúde, Lisboa 11 e 12 de Fevereiro de 2004.

Correspondência: Fernando Tapadinhas
Hospital Distrital de Faro
E-mail-ftapadinhas@hotmail.com

saúde infantil

Alopecia areata: descrição clínica de uma população pediátrica

Rui Almeida¹, Natividade Rocha², Manuela Selores³

Resumo

A Alopecia Areata ou "pelada" caracteriza-se por perda assintomática, não-cicatricial e recorrente de pêlos em qualquer área pilosa, com atingimento preferencial do couro cabeludo. É uma doença relativamente comum, afectando 2% da população e ocorrendo em cerca de 20% dos casos em crianças. Este estudo tem como objectivo fazer uma análise retrospectiva das características epidemiológicas, clínicas e de co-morbilidade de uma população pediátrica com Alopecia Areata observada na Consulta de Dermatologia Pediátrica do HGSA SA, entre 1998 e 2003. Discute-se a eficácia/necessidade do tratamento face à evolução habitualmente favorável desta afecção e a importância de antecipar e prevenir a repercussão psicológica negativa a ela associada (quer na criança quer na própria família).

Palavras-chave: Alopecia areata, crianças, clínica, tratamento.

Summary

Alopecia Areata (asymptomatic, recurrent and non scarring hair loss) is a common disorder, affecting 2% of the population, being 20% children. This study aims to characterize a population of portuguese children with Alopecia areata attending a Pediatric Dermatology clinic between 1998 and 2003 about clinical features, epidemiologic characteristics and co-morbidity. The need and efficacy of available treatments is discussed and the importance to anticipate and prevent negative psychological effects is underscored.

Keywords: Alopecia areata, children, clinical features, treatment.

¹ Interno complementar de Pediatria

² Interno complementar de Dermatologia

³ Director do Serviço de Dermatologia
Hospital Geral de Santo António, SA – Porto

Introdução

A Alopecia Areata (AA) ou "pelada" é uma doença relativamente comum, afectando 2% da população [1,2,3]. Cerca de 20% dos casos ocorrem em crianças [4] habitualmente após os 5 anos e em 2/3 dos adultos afectados inicia-se antes dos 20 anos [1,2].

Caracteriza-se por perda assintomática, não-cicatricial e recorrente de pêlos em qualquer área pilosa, com atingimento preferencial do couro cabeludo. Estas áreas são habitualmente bem circunscritas, redondas ou ovaladas (forma clássica) – Figuras 1, 2 – e é patente um couro cabeludo normal (i.e. sem alterações inflamatórias ou cicatriciais e sem descamação). São patognomónicos os pêlos em "ponto de exclamação" nas áreas fronteira, i.e. pêlos distróficos, curtos, mais largos na sua extremidade do que ao nível do couro cabeludo. Pode ocorrer também envolvimento ungueal, habitualmente na forma de ponteados ("pitting"), mas podendo surgir diversas alterações como espessamento ou adelgaçamento da unha (aspecto pseudomicótico), opacificação, traquioníquia (estriações longitudinais conferindo um aspecto de lixa), coiloníquia (unha de concavidade dorsal), lúnula vermelha entre outras. Os olhos poderão estar igualmente afectados (cataratas ou opacificação do cristalino).

Fig. 1 - Alopecia areata, forma clássica.



Fig. 2 - Alopecia em clareira.



Em termos patológicos resulta da evolução prematura dos folículos pilosos da fase anagénica para as fases catagénica-telogénica, com queda aguda ou subaguda dos pêlos.

Pensa-se que na sua origem estejam fenómenos autoimunes[5], embora se reconheçam outros factores importantes como a constituição genética (HLA-DR4, -DR5 e -DQ3)[3], o stress [6], infecções, alterações intrínsecas dos melanócitos/queratinócitos ou factores neurológicos [1,2,3]. Existe uma história familiar em 10-42% dos casos[2].

O diagnóstico diferencial inclui as tinhas do couro cabeludo, a tricotilomania (arrancamento compulsivo dos cabelos), a alopecia androgenética, o eflúvio telogénico e a alopecia sífilítica. Se a perda total ou parcial de cabelo se inicia no período neonatal ou nos primeiros meses de vida (habitualmente entre os 3-15 meses) devemos considerar também outras hipóteses diagnósticas como a atriquia com lesões papulares ou o raquitismo resistente à 1,25-dihidroxivitamina D, uma vez que a AA é extremamente rara abaixo dos 6 meses[7]. Está descrita a sua associação com patologia tiroideia (tiroidite de Hashimoto) e outras doenças como doença de Addison, anemia perniciosa, diabetes, LES, artrite reumatóide, polimialgia reumática, miastenia gravis, timoma, Síndrome autoimune poliglandular, colite ulcerosa, liquen plano e vitiligo. Ocorre também mais frequentemente em indivíduos com Síndrome de Down (5-10%).

Quanto ao tratamento, existem diversas modalidades terapêuticas que exercem o seu efeito de três maneiras diferentes: estimulação inespecífica do folículo piloso (minoxidil), imunossupressão (corticóides, ciclosporina) e imunomodulação (derivados antracénicos, sensibilizantes de contacto como a difenciprona ou o dinitroclorobenzeno, inosiplex, PUVA tópico) [1,2,8,9,10,11]. Assim, temos a considerar os tratamentos tópicos e os sistémicos, estando estes últimos reservados para as situações mais graves e refractárias à terapêutica tópica. É também de considerar o tratamento coadjuvante de outras situações que podem contribuir para o agravamento da situação como por exemplo as cáries dentárias[12].

A sua evolução é variável e imprevisível, mas na maioria dos casos tem um curso benigno com remissão completa das lesões em alguns meses (frequentemente inferior a 1 ano), ocorrendo uma evolução para formas crónicas severas em 7-10%[2]. Constituem factores de mau prognóstico: história pessoal de alergia, história familiar de AA, idade de início muito precoce ou duração muito prolongada da afecção e certas formas clínicas como a forma ofiásica (perda de cabelo em banda a partir da região occipital) – Figura 3, a alope-

Fig. 3 - Alopecia areata, forma ofiásica.



cia total (perda de todo o cabelo) – Figura 4 e a universal (perda de todos os pêlos corporais) [1,2,3].

Fig. 4 - Alopecia total.



Material e métodos

Estudo retrospectivo dos processos clínicos de crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos, seguidos na consulta de Dermatologia Pediátrica do HGSA SA, durante 6 anos (1998-2003), com o diagnóstico de AA.

O diagnóstico de todos os casos baseou-se exclusivamente em características clínicas. Foram recolhidos dados acerca das seguintes variáveis: sexo, idade na 1ª consulta, tempo de seguimento, antecedentes pessoais e familiares, data de início dos sintomas, tipo de AA (clássica, ofiásica, total ou universal), alterações ungueais, outras doenças cutâneas, evolução, duração dos sintomas, tratamentos efectuados e exames complementares. Do estudo analítico privilegiaram-se os dados referentes à patologia tiroideia (anticorpos antitiroi-deus, antimicrosossomial e antitiroglobulina pelo método ELISA; TSH e T4 livre ou total pelo método RIA).

Para a análise estatística utilizaram-se os testes de T-student e Chi-quadrado com o programa SPSS 9.0 (Statistical Package for the Social Sciences) para o Windows.

Resultados

Foram observados neste período 52 casos (26 do sexo masculino) com uma idade média na 1ª consulta de 8.98 anos (mínimo: 1 ano; máximo: 16 anos) e um tempo de seguimento médio de 1.5 anos.

A duração de sintomas antes da 1ª consulta foi inferior a 6 meses em 48% dos casos (média: 1.2 anos; desconhecido: 11 casos). 22 crianças tinham já efectuado algum tipo de tratamento, destacando-se os irritantes locais como o gel rubefaciente Ducray® ou os derivados antracénicos (n=12), antifúngicos tópicos/sistémicos (n=9) e corticóides tópicos (n=5).

Foi possível identificar antecedentes pessoais de doença atópica (asma, rinite alérgica ou eczema atópico) em 11 crianças; 2 crianças eram portadoras do Síndrome de Down; em 3 crianças ocorreu previamente uma doença infecciosa (meningite, brucelose e hepatite

aguda a VHA, respectivamente). Quanto a situações de stress estas estiveram presentes em 6 casos (divórcio dos pais: n=3, conflitos familiares: n=1, nascimento de um irmão: n=1 e mudança de escola: n=1) e 6 crianças foram descritas pelos pais como muito "ansiosas". Há ainda a salientar antecedentes de mastocitose (n=1) e incontinência pigmentar (n=1) e uma criança apresentava simultaneamente tricotilomania.

Nos antecedentes familiares há a referir história familiar (pais e irmãos) de doença atópica em 8 crianças e alopecia areata em 2. Em relação aos restantes familiares, havia história familiar de doença atópica em 7 crianças, alopecia areata em 5, diabetes mellitus em 2, vitiligo e patologia tiroideia numa criança.

Passando à apresentação clínica da AA, 34 (65.4%) apresentavam a forma clássica, 13 (25%) a variante ofiásica, 2 apresentavam uma alopecia total (3.8%) e 3 (5.8%) uma alopecia universal. As pestanas e as sobrancelhas estavam afectadas em 4 crianças (2 com a forma clássica e 2 com a forma ofiásica). Foram patentes alterações ungueais em 3 (5.8%) casos (ponteado).

Em termos de evolução, verificou-se uma remissão completa em 23 (44%) casos (num deles repovoamento com cabelos brancos) e parcial em 15 (28.8%); 11 (21.1%) casos progrediram para uma forma crónica (com evolução por surtos) tendo ocorrido agravamento em 4 destes. A duração média dos sintomas foi de 2.6 anos com um mínimo de 3 meses e um máximo de 13 anos.

Ao agrupar os dados referentes às formas mais graves (formas ofiásica, alopecia total e universal) e contrapondo com a forma de apresentação clássica verificou-se existirem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$) quanto ao tempo de duração média da doença e remissão parcial/evolução para a cronicidade. Apesar de a idade média de aparecimento ser inferior nas formas mais graves a diferença não foi estatisticamente significativa e não se verificaram diferenças quanto à distribuição por sexos nos dois grupos – Tabela 1.

Tabela 1 – Análise estatística dos dados.

Variável	Forma Clássica (n=34)	Ofiásica+Total+Universal (n=18)	p
Sexo masculino	16 (47%)	10 (55.6%)	0.56 ¹
Idade de aparecimento média em anos (mínimo/máximo)	8.79 (2/16)	6.85 (1/15)	0.221 ²
Tempo de duração média em anos (mínimo/máximo)	1.50 (0.25/6)	4.95 (0.5/13)	0.002 ²
Remissão parcial/cronicidade	10 (31.2%)	16 (94.1%)	0.001 ¹

¹ Chi-quadrado Pearson; ² T-student.

No que diz respeito ao tratamento (Tabela 2) a maioria foi tratada com um "irritante" local – gel rubefaciente Ducray®, (n=34; 65.4%) ou ditranol (n=28; 53.8%), ou com um corticoide tópico (n=28; 53.8%). Duas crianças não fizeram qualquer tipo de tratamento.

Da restante investigação há a salientar que foram pesquisados os anticorpos anti-tiroideus – anti-microsomal e anti-tiroglobulina em 17 crianças e foi avaliada a função tiroideia através da TSH e da T4 (livre ou total) em 21. Destas, uma tinha anticorpos anti-microsomal positivos (166 U/mL para um normal < 100 U/mL) com função tiroideia normal e outra tinha anticorpos anti-tiroglobulina positivos (611 U/mL para um normal < 100 U/mL) com um valor de T4 livre inferior ao normal (0.8 ng/dL para um normal entre 0.9 -1.8 ng/dL) e TSH normal. Ambas estavam assintomáticas e não apresentavam tiróide palpável; a forma clínica de AA era de padrão ofiásico e alopecia total respectivamente, tendo as duas evoluído para a cronicidade. Oito crianças apresentavam mau estado dentário (múltiplas cáries).

Tabela 2 – Tratamento utilizado.

Tratamento	N	%
Gel rubefaciente Ducray®	34	65.4
Ditranol	28	53.8
Corticóide tópico	28	53.8
Inosiplex	13	25
Corticóide intralesional	7	13.5
Minoxidil	3	5.8
PUVA	2	3.8
Corticóide sistémico	1	1.9

Discussão e conclusões

Este estudo confirmou, na generalidade, os dados epidemiológicos publicados e referentes a diversas populações (europeias, asiáticas, árabes e norte-americanas) [1,2,3,4,13]: igual prevalência em ambos os sexos; história familiar em 9.6%; rara antes dos 5 anos (11.5%); remissão (total ou parcial) frequente (73%); duração curta da doença nos que remitem totalmente (< 12 meses 57.1%; < 24 meses 80.9%); associação com alterações ungueais (5.7%).

Em relação aos factores de risco, salienta-se nesta amostra a associação com stress/ansiedade (23.1%), doenças atópicas (21.2%), cáries dentárias (15.4%) e Síndrome de Down (3.8%).

Também como seria de esperar verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre a forma de apresentação clássica e os casos mais graves no que diz respeito ao tempo de duração da doença e remissão parcial/ evolução para cronicidade. Não foi possível identificar a idade de aparecimento mais precoce como factor de mau prognóstico talvez porque nesta amostra apenas 6 casos ocorreram antes dos 5 anos. O tempo de duração será talvez um dos factores principais a condicionar o prognóstico desta doença, tendo-se verificado que nos casos de remissão completa a doença persistiu por mais de 2 anos em menos de 20%.

O caso de despigmentação persistente após recuperação do crescimento normal do cabelo embora rara foi também já descrita na literatura[14].

A importância de estar alerta para a existência de patologia concomitante nomeadamente da tiroide, foi sublinhada pela identificação de 2 casos (3.8%) de provável tiroidite subclínica. Assim, é fundamental uma anamnese e exame físico completos e direccionados para as patologias associadas, bem como poderá estar mesmo indicada uma avaliação da função tiroideia e doseamento dos anticorpos anti-tiroideus se sugerido pela anamnese/exame físico, na presença de história familiar de patologia tiroideia ou nos casos de atingimento grave e/ou persistente [15].

Em relação ao tratamento, a sua eficácia é difícil de avaliar dado existirem poucos estudos randomizados duplamente cegos e os resultados dos estudos não controlados serem questionáveis devido à resolução espontânea da maioria das situações[9,10].

A experiência do Serviço de Dermatologia do HGSA no tratamento da AA assenta na utilização de preparados tópicos, pouco agressivos e com reduzidos efeitos laterais na generalidade das situações. O recurso a formas mais invasivas (corticóides intralesionais) ou potencialmente mais deletérias (corticoterapia sistémica, PUVA) fica reservado para os casos mais graves baseando-se a decisão numa avaliação individualizada (tendo em conta sobretudo a idade do doente).

É lícito não tratar os casos mais ligeiros e em caso de se optar por um tratamento dever-se-á esperar no mínimo 3 meses para aferir da sua eficácia (a menos que ocorra um agravamento rápido e pronunciado onde se poderá equacionar a corticoterapia sistémica) [10,16]. Novas terapêuticas estão já a ser equacionadas como o tacrolimus ou o pimecrolimus tópicos dos quais se espera bons resultados no tratamento desta patologia.

Ao equacionar qualquer tipo de tratamento salienta-se a importância de ponderar os riscos e os benefícios do mesmo tendo em conta a esperada resolução espontânea da maioria dos casos e os potenciais efeitos laterais da medicação utilizada, sobretudo na criança.

A perda de cabelo é motivo das mais variadas preocupações podendo originar problemas psicológicos nos indivíduos afectados, resultado da alteração da imagem corporal. Torna-se importante desmistificar a origem desta doença explicando que não se trata de uma manifestação de doença sistémica (p. ex. neoplasia) nem de uma afecção contagiosa, estando na sua origem uma perturbação autoimune. Por outro lado, é importante tranquilizar os pais e a própria criança esclarecendo que na maioria dos casos o prognóstico é bom. O uso de uma prótese capilar (e mesmo tatuagens semi-permanentes na região das sobrancelhas) bem como o apoio psicológico parecem-nos fundamentais nos casos mais graves.

Bibliografia

1. Prost Y, Bedemer C. Alopecia Areata. In: Harper J, Orange A, Prose N, ed. Textbook of Pediatric Dermatology. Oxford: Blackwell Sciences, 2000; 1827-32.
2. Madani S, Shapiro J. Alopecia Areata update. J Am Acad Dermatol 2000;42:549-66.
3. Seghal VN, Jain S. Alopecia Areata: clinical perspective and an insight into pathogenesis. J Dermatol 2003;30:271-89.

4. Nanda A, Al-Fouzan AS, Al-Hasawi F. Alopecia Areata in children: a clinical profile. *Pediatr Dermatol* 2002; 19: 482-5.
5. Randal VA. Is Alopecia Areata an autoimmune disease? *Lancet* 2001; 358: 1922-3.
6. Garcia-Hernandez MJ, Ruiz-Doblado S, Rodriguez-Pichardo A, Camacho F. Alopecia Areata, stress and psychiatric disorders: a review. *J Dermatol* 1999; 26: 625-632.
7. Crowder JA, Frieden IJ, Price VH. Alopecia Areata in infants and newborns. *Pediatr Dermatol* 2002; 19: 155-8.
8. Price V. Treatment of hair loss. *N Engl J Med* 1999; 34(13): 964-73.
9. Assouly P. Actualités thérapeutiques dans la prise en charge des pelades. *Ann Dermatol Venereol* 2002; 129: 831-6.
10. Meidan VM, Touitou E. Treatments for androgenetic alopecia and alopecia areata. *Drugs* 2001; 61: 53-69.
11. Galbraith GMR, Thiers BH, Jensen J, Hoehler F. A randomized double-blind study of Inosiplex (isoprinosine) therapy in patients with alopecia areata. *J Am Acad Dermatol* 1987; 16: 977-83.
12. Montoya JA, Soriano AC, Prat MJ. Alopecia Areata de origen dental. *Medicina oral* 2002; 7: 303-8.
13. Tan E, Tay Y, Giam Y. A clinical study of childhood Alopecia Areata in Singapore. *Pediatr Dermatol* 2002; 19: 298-301.
14. Wade MS, Sinclair RD. Persistent depigmented regrowth after alopecia areata. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46: 619-20.
15. Nanda A, Alsaleh QA, Al-Hasawi F, Al-Muzairi I. Thyroid function, autoantibodies, and HLA tissue typing in children with Alopecia Areata. *Pediatr Dermatol* 2002; 19: 486-91.
16. Assouly P, Reygagne P, Jouanique C, Matard B, Marechal E, Reynert P et al. Traitment des pelades étendues par bolus de méthylprednisolone. *Ann Dermatol Venereol* 2003; 130: 326-30.

Correspondência: Rui Almeida

Alameda Dr Fernando Azeredo Antas nº47-7ºB
 4150-314 Porto
 telefone: 914023536
 e-mail: rui.mc.almeida@netcabo.pt

saúde infantil

Avaliação da qualidade dos registos na consulta de Saúde Infantil no primeiro ano de vida

Edite Costa¹, Teresa Ministro², Lino Ministro³

Resumo

O presente trabalho consiste numa avaliação da qualidade das consultas médicas realizadas até ao primeiro ano de vida, das crianças inscritas no Centro de Saúde Viseu III.

Procedeu-se à análise de todas as fichas clínicas das crianças que completaram um ano de idade no período decorrido entre 1 Abril de 2002 a 31 de Março de 2003. Todos os registos que foram observados, tiveram sempre como base as Normas de Direcção Geral de Cuidados de Saúde Primários.

Resultados: Foram consultados 163 processos clínicos, dos quais 87 crianças eram do sexo masculino. Foram analisados vários critérios: peso, estatura, perímetro cefálico, rastreio de diagnóstico precoce, desenvolvimento psicomotor, auscultação cardíaca, visão, audição, anca, aleitamento materno, vitaminas, flúor e vacinas. Quanto ao padrão de qualidade de cada registo e de acordo com o número de critérios cumpridos, foram considerados como BOM 60 processos (36,8%), SUFICIENTE 87 processos (53%) e INSUFICIENTE 16 processos (9,8%).

Conclusão: Esperamos que este estudo sirva como instrumento para avaliações futuras, garantindo uma melhoria progressiva da qualidade assistencial.

Palavras-chave: avaliação, qualidade, saúde infantil.

Summary

With this work the authors want to evaluate de quality of all the consultations that are made during the first year of life, of the children that belong to Centro de Saúde Viseu III.

We review the clinical records of the children within the first year of life, between 1 of April 2002 and 31 of March 2003. The observation of all the items analyzed, was always based on the rules of Direcção Geral de Saúde de Cuidados de Saúde Primários.

We observed a total of 163 clinical records 278. 87 children were males. The criterias analyzed were: weight, height, craneal perimeter, development, heart murmur, vision, audition, hip, breast milk, vitamins and vaccines. The quality of the clinical records were classified as good in 60 cases(36,8%), in 87 (53%) as sufficient and in 16 (9.8%) as insufficient.

In conclusion: we hope this study will work as an instrument for future evaluations, making sure that the clinical quality will improve.

Keywords: analysis, quality, child health.

¹ Interna do Internato Complementar de Pediatria – Hospital S. Teotónio – Viseu

² Assistente Graduada de Medicina Familiar – C. Saúde Viseu III

³ Chefe de Serviço de Medicina Familiar – C. Saúde Viseu III

Introdução

Os cuidados de saúde primários constituem um grupo de cuidados globais, integrados, continuados, planeados e susceptíveis de avaliação. A Direcção Geral de Saúde tem preconizadas orientações técnicas com o objectivo de uniformizar e melhorar o tipo de cuidados primários prestados, tornando-se importante a avaliação do cumprimento destas medidas. Os cuidados de saúde prestados às crianças no primeiro ano de vida são fundamentais, permitindo a detecção precoce de anomalias, de modo que seja possível a sua orientação atempada. Cabe aos profissionais de saúde um papel muito importante, velando por este bem-estar e desenvolvimento da criança.

Os estudos dirigidos à avaliação da qualidade permitem a identificação, avaliação e correcção de situações possíveis de melhorar nos cuidados de saúde prestados aos utentes. A assistência médica de qualidade é o tipo de assistência que se espera para otimizar o estado de bem estar do paciente, após se ter feito o balanço dos prós e dos contras que acompanham o processo assistencial em todos os seus componentes[1]. A anotação da informação clínica em Saúde Infantil, tal como no resto da Medicina Familiar, é fundamental para a qualidade e continuidade da prestação de cuidados, sobretudo se for feito de modo simples, completo e organizado. A ficha clínica é o documento fundamental de registos, constituindo a base de dados de toda a informação e a qualidade dos registos reflecte, de modo indirecto, a qualidade dos serviços prestados.

O presente trabalho pretendeu avaliar a qualidade da consulta de Saúde Infantil do Centro de Saúde Viseu III, avaliando-se internamente, de modo retrospectivo a qualidade técnico-científica da assistência médica e de enfermagem prestada.

Objectivo

Analisar os registos clínicos das consultas, identificando erros ou omissões, de modo a avaliar a qualidade da consulta de Saúde Infantil, uma vez que num estudo de avaliação de qualidade, se considera que o que não está registado não foi efectuado. Com o conhecimento desta informação podemos posteriormente corrigir actuações e contribuir para a melhoria desta consulta.

Metodologia

Procedeu-se à análise das fichas clínicas das crianças que completaram um ano de vida no período decorrido entre 01/04/2002 e 31/03/2003. Foram excluídas as crianças que foram seguidas em consultas privada/particular ou hospitalar de pediatria (no total 115 crianças). Tratou-se de uma avaliação retrospectiva, interna, ou seja efectuada por profissionais do Centro de Saúde Viseu-3. Os critérios utilizados foram baseados nas Orientações Técnicas da Direcção Geral de Cuidados de Saúde Primários: "Saúde Infantil e Juvenil: Programa-Tipo de Actuação", Lisboa 2002 e foram analisados nas consultas que são recomendadas, no esquema de vigilância em Saúde Infantil, pela Direcção Geral de Saúde: 1ª consulta antes 28 dias de vida, aos 2, 4, 6, 9 e 12 meses de idade.

Foram seleccionados o registo das seguintes variáveis: comprimentos, pesos, perímetro

craniano, diagnóstico precoce, desenvolvimento psico-motor, exame objectivo (auscultação cardíaca, visão, audição, anca), alimentação (leite materno, leite adaptado, leite de vaca), vitaminas, flúor e vacinas.

A caracterização de cada critério considerado, obedeceu às orientações e normas Direcção Geral de Saúde:

Critério 1 – Estatura

Definição: registo, na ficha clínica de SI (Saúde Infantil), da avaliação do comprimento da criança

Cumprimento: considerado cumprido quando havia registo da avaliação da estatura da criança em todas as consultas.

Critério 2 – Peso

Definição: registo, na ficha clínica de SI

Cumprimento: considerado cumprido quando existia registo da avaliação ponderal em todas as consultas e seu registo nas curvas de percentis.

Critério 3 – Perímetro Craniano

Definição: registo da avaliação do perímetro craniano na ficha clínica de SI

Cumprimento: considerado cumprido quando havia registo da avaliação do perímetro craniano na ficha clínica de SI em todas as consultas.

Critério 4 – Diagnóstico precoce

Definição: registo, na ficha clínica de SI, da sua realização

Cumprimento: considerado cumprido quando havia registo da sua realização e da data em que foi efectuado.

Critério 5 – Desenvolvimento psicomotor

Definição: registo em tabela ou através de anotação na ficha clínica de SI, das etapas do desenvolvimento da criança.

Cumprimento: considerado cumprido quando havia registos da avaliação do desenvolvimento da criança em todas as consultas.

Critério 6 – Auscultação cardíaca

Definição: registo da avaliação da auscultação cardíaca na ficha clínica de SI

Cumprimento: cumprido quando havia registo da auscultação cardíaca em três consultas: antes dos 28 dias, ao 2º e 4º mês, ou mais consultas.

Critério 7 – Visão

Definição: registo da avaliação da visão na ficha clínica de SI

Cumprimento: considerado cumprido quando havia registo da visão em cinco ou mais consultas.

Critério 8 – Audição

Definição: registo da avaliação da audição na ficha clínica de SI

Cumprimento: considerado cumprido quando havia registo da audição em cinco ou mais consultas.

Critério 9 – Anca

Definição: registo da avaliação da anca na ficha clínica de SI

Cumprimento: considerado cumprido quando havia registo da avaliação da anca em quatro ou mais consultas.

Critério 10 – Aleitamento materno

Definição: registo, na ficha clínica de SI, do aleitamento materno.

Cumprimento: considerado cumprido quando havia registo da data (mês de vida) de suspensão do aleitamento materno.

Critério 11 – Vitaminas

Definição: registo, na ficha clínica de SI, da prescrição de vitaminas.

Cumprimento: considerado cumprido quando havia registo de prescrições de vitaminas e idade da introdução.

Critério 12 – Flúor

Definição: registo da prescrição de flúor na ficha clínica de SI.

Cumprimento: considerado cumprido quando havia registo da prescrição de flúor e idade da sua introdução.

Critério 13 – Vacinas

Definição: registo das vacinas do PNV até ao ano de vida na ficha clínica de SI. Cumprimento:

- Completo – quando estavam registadas todas as datas da realização das vacinas do PNV até ao ano de vida.
- Incompleto – quando falhava o registo de uma das vacinas.
- Sem registo – não constava qualquer registo vacinal.
- Definição do padrão de qualidade – cada registo foi avaliado consoante o número de critérios cumpridos em:
 - BOM – se cumpriam 10 ou mais critérios
 - SUFICIENTE – se cumpriam entre 7 a 9 critérios
 - INSUFICIENTE – se cumpriam menos de 7 critérios

Resultados

Durante o período estabelecido, foram observados os registos de 163 crianças, orientadas em Consulta de Saúde Infantil. Oitenta e sete crianças eram do sexo masculino.

Os registos de comprimento, perímetro craniano e peso estavam correctamente preenchidos em todas as consultas de vigilância. Em relação ao registo nas curvas de percentis das fichas clínicas, constatámos que na maioria dos casos não havia qualquer anotação ou os registos estavam incompletos.

Relativamente ao diagnóstico precoce, 155 fichas (97%) tinham o seu registo feito correctamente. Em apenas 8 casos (3%) não havia registo.

No que se refere ao desenvolvimento psico-motor, 31 processos (19%) tinham registo efectuados em todas as consultas, mas 107 processos (65%) tinham registo apenas duas consultas. Os restantes processos (n=25) tinham registos com valores intermédios.

Em relação ao exame objectivo foram avaliados vários critérios, que considerámos como essenciais:

- Auscultação cardíaca; em 95 casos (58%) foi um critério avaliado em todas as consultas, 26 em quatro consultas, 16 em três consultas. Todos estes casos (84%) tinham registos efectuados nas três primeiras consultas. Realçamos que em 26 casos (16%), havia menos de 2 registos.
- Visão: 71 processos (44%) tinham registo de avaliação da visão em todas as consultas recomendadas e em 92 (56%) crianças havia menos registos.
- Audição: 60 crianças (37%) com avaliação em todas as consultas recomendadas contrapondo com 103 com registos inferiores e destes 45% tinham menos de dois registos.
- Anca: critério com menos registos efectuados; em 50 processos (31%) havia o registo em todas as consultas recomendadas ou até excedendo este número, mas 49 casos tinham três e 64 processos (39%) menos de dois registos

Relativamente ao registo da alimentação, optou-se por focar apenas o aleitamento. Dos 163 processos observados, 75 crianças (46%) mantiveram o leite materno durante os três primeiros meses de vida, 47 crianças (28,8%) até aos primeiros seis meses de vida e 28 crianças (17,2%) para além do ano de vida. Em 13 processos (8%) não havia dados anotados. O motivo pelo qual foi suspenso o aleitamento materno constava em apenas 33 processos clínicos. Quando existia este registo, na maioria dos casos o motivo foi noção de hipogalactia, fim da licença de maternidade e suspensão do aleitamento materno por iniciativa própria. A introdução do leite adaptado estava registada em apenas 88 fichas clínicas (54%). A idade de introdução do leite de vaca, não constava como informação na grande maioria dos casos (153 fichas clínicas).

No que concerne às vitaminas, 122 casos (74,8%) tinham registos da sua administração e a idade de introdução. Todos com início no 1º mês de vida e a prescrição em 99 casos foi de vitamina C e D e em 23 casos polivitamínicos. Em cerca de 25% (41 casos) não havia quaisquer registos.

Em relação ao flúor, em 110 (67,5%) casos havia indicação da sua administração e idade da sua introdução: em 60% foi introduzida aos 2 meses de idade e os restantes aos 4 e 6 meses. Em 33% (53 casos) não havia registos.

Vacinas: o cumprimento deste critério foi considerado completo em 107 casos (65,6%), incompleto em 41 casos (25,2%) e sem registo em 15 casos (9,2%).

Quanto ao padrão de qualidade de cada registo e de acordo com o número de critérios cumpridos, foram considerados:

BOM – 60 processos (36,8%)

SUFICIENTE – 87 processos (53%)

INSUFICIENTE – 16 processos (9,8%)

Discussão

A avaliação da competência técnico-profissional, através da avaliação dos registos efectuados, nem sempre é um indicador fiável pois muitas vezes o que não é registado não é sinónimo de não realizado. A saúde infantil é uma área onde proliferam uma grande quantidade de modelos para registos (Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, Boletim Individual de Saúde (vacinas), folhas de registo do processo clínico, dos exames globais de saúde,...) tornando estas tarefas repetitivas e, por tal, facilmente descuidadas.

Os critérios analisados neste estudo permitem-nos tirar algumas conclusões de modo a formular actuações para o futuro.

Em relação aos dados antropométricos foram efectuados registos em todas as fichas clínicas, demonstrando a importância deste critério como avaliador da saúde das crianças pelos profissionais de saúde. Para uma adequada interpretação torna-se essencial a comparação dos valores registados com os padrões de referência, internacionalmente recomendados, e uma das formas é utilizar o registo nas curvas de percentis, possibilitando, assim, uma melhor tradução de possíveis desvios. Através deste estudo constatámos que o registo nas curvas de percentis das fichas clínicas falhou na maioria dos processos, mas acreditamos que não por esquecimento, mas para evitar repetição de informação, uma vez estes dados são registados no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil.

A avaliação do desenvolvimento psicomotor é essencial e deverá ser efectuado em idades-chave. Apenas em 19% dos casos existiam registos seriados o que poderá revelar uma menor sensibilização dos profissionais para a importância desta avaliação.

Em relação à auscultação cardíaca existiam registos nas três primeiras consultas em 84% dos processos clínicos. Considera-se obrigatório a avaliação neste intervalo sendo essencial para o despiste de cardiopatias congénitas. Em 74% dos casos ultrapassou este número, o que julgamos não ser incorrecto traduzindo uma preocupação dos profissionais no diagnóstico de possíveis intercorrências.

A audição e a visão tinham valores de avaliação inferiores a 50% o que pode ser sinónimo de um menor cuidado na execução do exame físico.

Os registos da observação da anca, nas consultas estabelecidas, foram bastante reduzidos, o que preocupa, pois o que não está registado assumimos como não tendo sido feito, e neste estudo, em 69% dos processos existiam registos muito inferiores aos recomendados. Relembramos que com uma simples manobra pode-se fazer o diagnóstico de uma situação, que caso passe despercebida, pode ter consequências muito graves.

O tipo de aleitamento, a idade de introdução dos novos alimentos são informações essenciais e quando estas se perdem, muitas vezes, determinadas patologias podem ter um diagnóstico mais tardio. Nos registos analisados a maioria continha informação em relação a este critério, sinal de que a alimentação e o seu valor é sobejamente conhecida pelos profissionais. A justificação da suspensão do aleitamento materno seria uma informação valiosa caso constasse nos processos clínicos, podendo posteriormente avaliar-se se seriam razões justificáveis ou não.

As vacinas, a administração de vitaminas e do flúor são vitais para a prevenção primária e em relação às primeiras, 66% dos processos estavam correctamente preenchidos, segundo o Calendário Nacional de Vacinação, realçando que em apenas 15 processos não havia qualquer referência. O registo da data de administração das vacinas, para além da sua anota-

ção no Boletim Individual de Saúde, no Centro de Saúde Viseu III, são também informatizadas, mas nunca deveria ser descurado o seu registo nos processos clínicos, possibilitando um melhor controlo. É grande a importância das novas vacinas extra-calendário vacinal, e ao concluir este estudo, apesar de não ser um critério avaliado, constatou-se que já são muitas as crianças vacinadas, traduzindo uma preocupação crescente com a prevenção.

As vitaminas e o flúor foram prescritos a um grande número de crianças o que representa, como atrás já foi referido, uma elevado interesse dos Cuidados de Saúde na prevenção primária, mas contudo temos que ter medo do supérfluo[7]. A vitamina C, D foram as mais administradas e nalguns casos polivitamínicos. À luz dos conhecimentos actuais recomenda-se apenas por rotina a suplementação com vitamina D (400 a 600 UI/dia em RN Termo; 1000 a 1200 UI/dia em Prematuros) e vitamina K, nas primeiras horas de vida (peso < 1500 gr: 0,5 mg; peso>1500gr: 1mg, I.M.), sendo muito questionável o uso de vitamina C, uma vez que o leite materno e leites artificiais são enriquecidos com esta vitamina.[8] O registo das doses prescritas deveria ser sempre efectuado, para que em futuras avaliações se verifique se existiram ou não administrações injustificadas ou sobredosagens.

Da avaliação qualitativa dos registos, de acordo com as variáveis estabelecidas, na globalidade, foi considerado suficiente tendo ficado aquém das expectativas dos profissionais envolvidos. Atendendo que este é o local de registo acessível a todos os profissionais, existe a necessidade de tornar mais exaustivos os registos feitos, não se tirando, com isto, o valor do preenchimento cuidadoso do Boletim de Saúde infantil e Juvenil.

Em reunião efectuada com todos os profissionais foram apresentados estes resultados tendo sido analisados e objecto de reflexão.

Como corolário podemos referir que foi considerado essencial melhorar os registos nos processos clínicos de saúde infantil. Ficou agendada uma acção de formação versando o tema "Avaliação do Desenvolvimento Psicomotor" a fim de sensibilizar os profissionais para este parâmetro de avaliação da criança. Foi solicitada a colaboração dos profissionais de enfermagem para o registo da vacinação na ficha clínica de saúde infantil.

Esperamos que este estudo sirva como instrumento para avaliações futuras, garantindo uma melhoria progressiva da qualidade assistencial. Os profissionais de saúde têm tido uma preocupação, cada vez crescente com a realização de estudos de controlo de qualidade, com o objectivo final de melhorar o seu desempenho.[2]

Bibliografia

1. Luís Pisco, António Rodrigues. Melhoria clínica da qualidade. Curso monográfico, 1996.
2. Maria da Graça C. Aparício. Avaliação da qualidade da 1ª consulta na vida da criança. Trabalho de investigação, 8º objectivo do plano de actividades para o exercício orientado.
3. Carlos Salazar, Ernesto Martins. Avaliação da qualidade de registo em saúde maternal e saúde infantil. Revista Portuguesa de Clínica Geral, Janeiro 1993, vol.10, nº, Pag 15-19.
4. Maria Remédios Calderón, André Biscaia, Ana Ferrão. Avaliação da qualidade do seguimento das crianças do Centro de Saúde Cascais, desde o nascimento até aos 6 anos de idade. Rev. Port Clin Geral 2003;19: 11-25.
5. Helena Baia, Maria da Luz Martins, Teresa Lopes, Rui Vieira. Avaliação da qualidade dos registos em saúde infantil, 1º ano de vida. Saúde Infantil 1995,18: 33-39.

6. Cristina Baptista, Lurdes Ribeiro, Marques Neves. Vigilância de saúde infantil no concelho de Viseu. Saúde Infantil 2001, 23: 1:53-60.
7. H.Carmona da Mota. O risco do supérfluo. Saúde Infantil, Abril 2002, 24, 1: 3-4.
8. Paula Gonçalves, Manuel Salgado, Luís Moura. Suplementos. Vitaminas e minerais. Saúde Infantil, Abril 2001,23:1:5-15.

saúde infantil

Avaliação da qualidade dos registos em Saúde Infantil Exame global de saúde dos 5/6 anos

Elisabete Santos¹, Lurdes Nery², Lino Ministro³

Resumo

É consensual que a anotação da informação clínica em Saúde Infantil é fundamental para a qualidade e continuidade da prestação de cuidados.

Cientes desta realidade, foi objectivo deste trabalho avaliar a existência de correctos registos nas fichas relativas ao exame global de saúde dos 5/6 anos, realizado às crianças da área de influência do Centro de Saúde Viseu 3, nascidas em 1996.

Das 328 fichas, 30 (9%) foram consideradas como tendo um padrão de qualidade óptimo, 244 (74%) bom, 48 (15%) suficiente e 6 fichas (2%) insuficiente.

Tal constatação foi bastante enobrecedora. No entanto, verificou-se a necessidade de melhorar as anotações relativas a alguns critérios, nomeadamente aos percentis de peso e estatura, tensão arterial, cáries dentárias e administração de flúor.

Por este motivo, foi proposta uma avaliação periódica, comparativa com o presente trabalho. Palavras-chave: Saúde Infantil, registos, qualidade.

Summary

It is consensual that the record of the clinical information in Child Healthcare is essential for the quality and continuity of the cares' administration.

Aware of this reality, it was this work's goal to appraise the existence of correct records in the files related to the global health examination in 5/6 year old children from the influence area of "Centro de Saúde de Viseu 3", born in 1996.

From the 328 files, 30 (9%) were considered as having a great pattern of quality, 244 (74%) good, 48 (15%) satisfactory and 6 files (2%) unsatisfactory.

Such evidence was quite ennobler. Although, the need of improving the notes related to some criteria was verified, namely the percentiles of weight and height, blood pressure, tooth decay and fluorine application.

For this reason, a periodical evaluation was suggested, comparative with the current work. Keywords: Child Healthcare, records, quality.

1. Interna Complementar de Pediatria – Hospital S. Teotónio – Viseu

2. Assistente Graduada de Clínica Geral e Medicina Familiar – Centro de Saúde Viseu III

3. Chefe de Serviço de Clínica Geral e Medicina Familiar – Centro de Saúde Viseu III

Introdução

A Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários definiu marcos chave para a avaliação da criança. Um destes é a realização do exame Global de Saúde antes do início da escolaridade, por ser esta uma etapa muito importante para a detecção de problemas, nomeadamente, os que se referem ao desenvolvimento psicomotor, à visão, à audição e à linguagem que, se não forem adequadamente encaminhados antes da entrada na escolaridade, poderão comprometer o sucesso educativo e a integração da criança na escola[1]. Por outro lado, é sabido que o registo da informação clínica em Saúde Infantil, tal como na globalidade da Clínica Geral/Medicina Familiar, é fundamental para a qualidade e continuidade da prestação de cuidados[2], reflectindo indirectamente a qualidade dos serviços prestados[3].

Cientes desta realidade, foi objectivo deste trabalho avaliar a qualidade dos registos efectuados durante o exame global de saúde relativo a este período etário, realizado às crianças da área de influência do Centro de Saúde Viseu 3. Assim, teve-se como meta a identificação de eventuais falhas a este nível, permitindo desta forma reflectir e melhorar a qualidade assistencial, promovendo assim a saúde da população.

Paralelamente foi feita a anotação dos problemas encontrados, de forma a avaliar a frequência das diferentes patologias que mereceram uma orientação adequada.

Material e métodos

Foi feita uma análise retrospectiva das fichas de ligação Médico de Família/Saúde Escolar (modelo 27.237 – Figura 1) das crianças da área de influência do Centro de Saúde Viseu 3 nascidas em 1996 e que realizaram o exame global de saúde referente aos 5/ 6 anos.

EXAME MÉDICO		Data do Exame: _____		5/6 anos - 1º ano de escolaridade	
Peso				Percentil	
Altura				Percentil	
Pressão arterial					
DTP V					
VAP IV					
Vacinas	Mantoux / BCG				
	VASPR				
	TÉTANO				
Desenvolvimento estado - ponderal					
Desenvolvimento psico - motor					
Nutrição (equilíbrio / repartição)					
Acuidade auditiva					
Acuidade visual					
Número de dentes		S C P Q			
Administração de flúor		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
Alterações posturais					
Alterações ortostáticas					
Higiene geral e do vestuário					
Parasitoses cutâneas					
Doenças crónicas					
Desenvolvimento pubertário / Maturação sexual					
Actividade sexual					
Sucesso escolar					
Problemas actuais em vigilância					
Referência para : (encaminhamento)					
OBSERVAÇÕES :					
Médico de Família _____					

Nesta análise foi avaliada a existência de registos referentes às seguintes variáveis:

1. Peso;
2. Estatura;
3. Percentil do peso;
4. Percentil da estatura;
5. Tensão arterial;
6. Vacinação;
7. Desenvolvimento estatoponderal;
8. Desenvolvimento psico-motor;
9. Nutrição;
10. Acuidade auditiva;
11. Acuidade visual;
12. Estado dos dentes;
13. Administração de flúor;
14. Alterações posturais;
15. Alterações ortostáticas;
16. Higiene geral e do vestuário;
17. Parasitoses cutâneas;
18. Existência de doenças crónicas;
19. Problemas actuais em vigilância;
20. Referenciação para outros locais de saúde.

Figura 1 – Ficha de ligação Médico de Família/ Saúde Escolar.

De notar que ao parâmetro nutrição corresponde o registo da existência ou não de uma alimentação equilibrada quanto à diversidade e quantidade. A avaliação da acuidade visual foi efectuada com o auxílio de uma escala de optótipos para longe (Escala do E de Snellen) e a avaliação da audição através do questionário efectuado durante a consulta. O estado dos dentes foi anotado através da enumeração dos dentes são (S), cariados (C), perdidos (P) e obturados (O).

De seguida foi analisado o padrão de qualidade em cada ficha, considerando-se:

- Ótimo: se 20 registos correctamente efectuados.
- Bom: se 17 a 19 registos correctamente efectuados.
- Suficiente: se 13 a 16 registos correctamente efectuados.
- Insuficiente: se menos de 13 registos efectuados.

Resultados

Constatou-se a existência de 361 fichas clínicas preenchidas, 33 das quais em pediatria particular. Só as 328 restantes foram analisadas.

Nestas, 170 crianças (51,8%) pertenciam ao sexo masculino.

O registo do peso e estatura foi efectuado em 97,6% (320) das fichas, apesar de os percentis só o terem sido em 70,4% (231) e 69,5% (228) respectivamente.

Quanto ao registo da tensão arterial, este foi efectuado em 38,4% (126) dos casos.

Existia referência à actualização do Plano Nacional de Vacinação em 286 (87,2%) fichas.

Destas, apenas três crianças tinham as vacinas em atraso.

Relativamente ao desenvolvimento estatoponderal, este foi registado em 319 (97,3%) crianças, sendo constatada obesidade em cinco, baixo peso em uma e baixa estatura familiar noutra.

Igualmente, a adequação do desenvolvimento psicomotor constava das fichas em 97,3% dos casos, registando-se um caso de atraso da linguagem e outro de personalidade reservada.

Em 96,3% (316) das situações existiam registos relativos à nutrição.

Foi assinalada a acuidade auditiva em 305 (93%) das crianças. Destas, existia uma com diminuição da audição e duas em que tal capacidade foi considerada duvidosa.

Foi assinalada a acuidade visual na totalidade das crianças, apesar de oito não terem colaborado. Catorze destas já apresentavam correcção, 48 diminuição desta capacidade que em 30 foi duvidosa. Verificou-se um caso de estrabismo.

Em relação ao estado dos dentes, existiam registos em 173 (52,7%) crianças, constatando-se a existência de cáries em 77 (23,5%).

Quanto à variável “administração de flúor”, estavam preenchidas 259 (79%) fichas, não sendo este administrado a 53 destas crianças (20% dos registos).

A existência ou não de alterações posturais e ortoestáticas foi descriminada em 325 casos (99%), constatando-se um caso de cifose.

Cerca de 91,9 % (325) das crianças tinham avaliada a sua higiene geral e do vestuário e 98,5% (323) a existência de parasitoses cutâneas.

Relativamente ao item existência de doenças crónicas, este foi registado em 98,5% (323) dos casos, sendo feita referência a um caso de hipoacusia e três de alergias.

Àcerca da existência de problemas actuais em vigilância, o registo foi efectuado em cerca de 97% (318) das fichas. Foram registados um total de 104 casos de eventuais patologias, salientando-se pela sua frequência a suspeita de diminuição da acuidade visual em 31 crianças e as cáries dentárias em 28 (Gráfico 1).

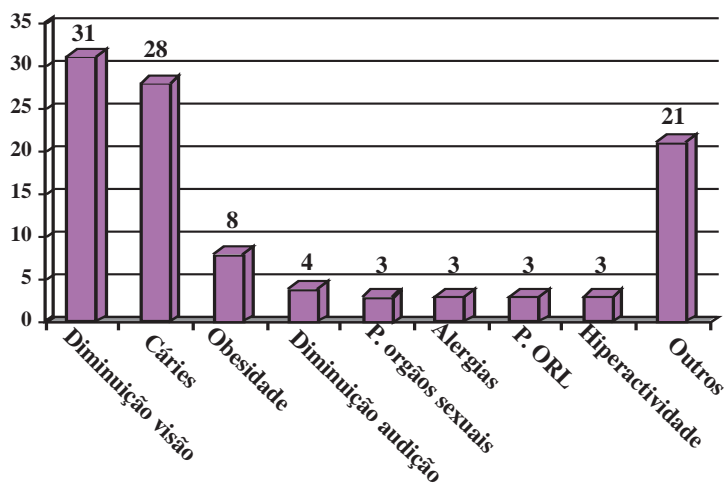


Gráfico 1 – Problemas actuais em vigilância.

Quanto ao registo da necessidade ou não de encaminhamento para outras áreas, este foi efectuado em 99,4% dos casos. Foram orientados para outro especialista um total de 76 casos, predominando a referenciação para a oftalmologia (30) e a medicina dentária (27) (Gráfico 2). A uma criança foi pedido um ecocardiograma e a outra um audiograma. A outros dois casos foi aconselhada reavaliação posterior quanto à acuidade visual.

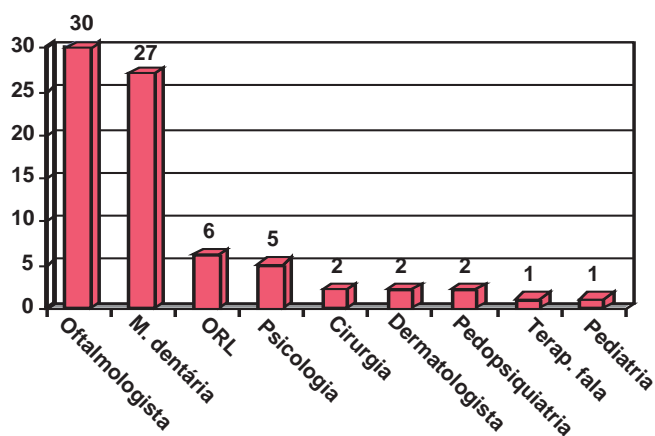


Gráfico 2 – Referenciação.

Tabela I – Registos.

Parâmetro	% de registos
Peso e estatura	97,6
Percentil peso	70,4
Percentil estatura	69,5
Tensão arterial	38,4
Vacinação	87,2
Desenvolvimento estatoponderal	97,3
Desenvolvimento psicomotor	97,3
Nutrição	96,3
Acuidade auditiva	93
Acuidade visual	100
Estado dos dentes	52,7
Administração de flúor	79
Alterações posturais e ortostáticas	99
Higiene geral e do vestuário	91,9
Parasitoses cutâneas	98,5
Doenças crónicas	98,5
Problemas actuais em vigilância	97
Referenciação	99,4

Por fim, o resultado do confronto do cumprimento dos registos nas fichas clínicas com o padrão de qualidade previamente definido foi o seguinte:

- 30 fichas (9%) consideradas ótimas.
- 244 fichas (74%) consideradas boas.
- 48 fichas (15%) consideradas suficientes.
- 6 fichas (2%) consideradas insuficientes.

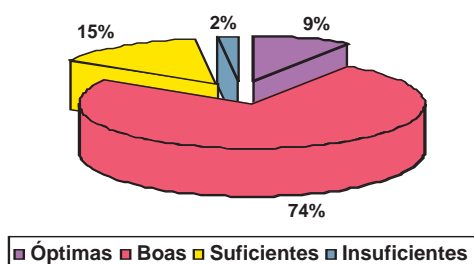


Gráfico 3 – Avaliação qualitativa dos registos.

Discussão

Da análise dos dados anteriormente apresentados, algumas reflexões poderão ser apontadas:

- Embora o registo do peso e estatura tenha sido efectuado na maioria das fichas (97,6%), relativamente aos correspondentes percentis, tal só se verificou em 70,4 e 69,5 res-

- pectivamente. Este facto pode, em parte, ser explicado por estes valores serem geralmente anotados no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil. Por outro lado, é de notar que nas fichas em causa não consta o desenho das referidas curvas. De salientar igualmente a inexistência de um local apropriado para o registo do Índice de Massa Corporal (IMC).
- O programa-tipo de actuação em Saúde Infantil e Juvenil da Direcção Geral da Saúde prevê a determinação por rotina da tensão arterial a todas as crianças a partir dos 4 anos. De acrescentar que os valores encontrados deverão simultaneamente ser interpretados de acordo com tabelas de percentis, tendo em conta a idade e sexo[4]. Relativamente a este parâmetro, verificou-se que apenas 38,4% das crianças tinham anotado os seus valores e nunca os respectivos percentis, facto este merecedor de profunda reflexão.
 - As vacinas permitem salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico. Nos anos seguintes à entrada em vigor do Plano Nacional de Vacinação (PNV), em 1965, verificou-se uma notável redução da morbilidade e da mortalidade pelas doenças infecciosas alvo de vacinação[5]. No nosso estudo verificou-se que a quase totalidade dos registos (87,2%) faziam referência à actualização do PNV, verificando-se apenas a presença de três casos de incumprimento, que, como habitual, foram referenciados para a sala contígua, onde foram administradas de imediato as vacinas em falta. De notar a inexistência de um local adequado para o registo de vacinas extra PNV eventualmente administradas.
 - O desenvolvimento estatoponderal é um elemento chave para a avaliação da saúde da criança[6]. Relativamente a este parâmetro, constatou-se a existência de registos em 97,3% dos casos, assim como relativamente ao desenvolvimento psicomotor, o que parece reflectir a preocupação inerente a estes factores. Igualmente a nutrição da criança foi avaliada numa elevada percentagem de casos (96,3%).
 - Uma acuidade auditiva e visual adequadas são fundamentais para o sucesso educativo, sendo por este motivo essencial rastrear eventuais anomalias antes do início da escolaridade obrigatória. Tal parece não ter sido descuidado nas fichas avaliadas, dado que a acuidade visual foi anotada em todas as crianças, ainda que só existissem registos da auditiva em 93% dos casos.
 - A saúde oral é parte integrante da saúde em geral e mantê-la é uma prioridade. Por este motivo, a Direcção Geral da Saúde tem vindo a desenvolver um Programa de saúde oral, dirigido à população infantil e juvenil, com o intuito de prevenir a cárie dentária neste grupo etário[7]. Deste programa, normalizado através da Circular Normativa nº 6/DSE de 20/05/99, constam estratégias que englobam a educação alimentar, a higiene oral, a administração de flúor e a aplicação de selantes de fissuras. A administração de flúor, preconizada por esta instituição, está conforme as orientações da Organização Mundial de Saúde para países cuja taxa de prevalência de cárie dentária é semelhante à de Portugal e com baixo ou inexistente teor de flúor nas águas de abastecimento público. É assim recomendada a administração de flúor a crianças a partir dos 6 meses[8], devendo a sua manutenção ser feita até aos 16 anos[9]. Quanto ao registo do estado dos dentes, este foi efectuado apenas em cerca de metade das crianças o que merece uma reflexão, pois

afinal só o que está registado pode ser considerado como realizado[6]. O mesmo se aplica à administração de flúor, que apenas consta em 79% das fichas, não sendo este administrado a 20% destas crianças.

- A avaliação de alterações posturais e ortoestáticas, da higiene geral e do vestuário, assim como da existência de parasitoses cutâneas foi registada na grande maioria das fichas.
- É essencial abordar a criança como um todo, daí ser essencial conhecer e anotar patologias pré-existentes, que com certeza condicionam a avaliação actual, mas igualmente estratégias futuras. Tal foi conseguido em 98,5% dos casos.
- Relativamente aos problemas actuais em vigilância e ao encaminhamento para outras áreas, ainda que a percentagem de registos seja dignificadora (97 e 99,4% respectivamente), verificou-se uma discrepância relativamente aos registos prévios. De facto, ainda que no parâmetro acuidade visual se tenham encontrado 48 crianças com diminuição e 30 em que permaneceram dúvidas, nos problemas actuais em vigilância este problema só foi registado em 31 crianças, sendo referenciadas para oftalmologia 30. Tal pode ser explicado quer pela falha nos registos, quer pelo facto de ser relativamente comum a reavaliação deste problema em vindas posteriores ao Centro de Saúde, com o intuito de excluir eventuais erros na avaliação inicial desta capacidade, não sendo tal anotado nas fichas.

O mesmo se constatou relativamente às cáries dentárias: inicialmente foi feito o registo de 77 casos, enquanto que nos problemas actuais em vigilância apenas 28 foram anotados, sendo encaminhadas 27 crianças para a medicina dentária. Mais uma vez pensamos que tal se explica pela falha de registos, associada à frustração da inexistência de uma resposta adequada a esta questão, que não passe pelo recurso à medicina privada.

Conclusões

Poder-se-á concluir que, na globalidade, a percentagem de anotações relativas ao exame global de saúde referente aos 5/6 anos de idade foi bastante enobrecedora, dado que 83% das fichas foram consideradas como tendo qualidade de registos boa ou mesmo óptima. No entanto, há que melhorar as anotações relativas a alguns critérios, nomeadamente os referentes aos percentis de peso e estatura, tensão arterial, cáries dentárias e administração de flúor. Deve ainda ser dada especial atenção à discrepância de anotações relativamente à acuidade visual e cáries dentárias, ainda mais constituindo estas as patologias mais frequentemente encontradas nas crianças avaliadas.

Por este motivo, propõe-se uma avaliação periódica, comparativa com o presente trabalho, com o intuito de melhorar a qualidade dos nossos serviços, não só neste grupo etário mas, igualmente, nos restantes. Igualmente se propõe a eventual revisão da ficha de ligação Médico de Família/Saúde Escolar, dada a inexistência, como já referido, de locais apropriados para o registo do IMC, percentis da tensão arterial e vacinas extra PNV, de forma a alcançar não só a qualidade dos registos, mas igualmente a qualidade dos itens englobados na ficha em causa.

Não gostaríamos de terminar, sem chamar a atenção para o elevado número de crianças com problemas do foro da saúde oral. Por este motivo, esperamos que as normas anteriormente referidas sobre este tema passem a não ser esquecidas, assim como desejamos que no futuro a resposta a este problema se torne mais disponível, gratuita e célere.

Bibliografia

1. Calderón MR, Biscaia A, Ferrão A. Avaliação da qualidade do seguimento das crianças do C. S. de Cascais, desde o nascimento até aos 6 anos de idade. Rev Port Clin Geral 2003; 19:11-25.
2. Aparício MG. Avaliação da qualidade da 1ª consulta na vida da criança.
3. Imperatori E. Avaliação de Centros de Saúde: aspectos conceptuais. Lisboa: Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, 1985.
4. Direcção Geral da Saúde. Saúde Infantil e Juvenil – Programa Tipo de Actuação. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 2002.
5. Direcção Geral da Saúde. Programa Nacional de Vacinação. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 2000.
6. Baía H, Martins ML, Lopes T, Vieira R. Avaliação da qualidade dos registos em Saúde infantil. Primeiro ano de vida. Saúde Infantil 1995; 18: 33-39.
7. Direcção Geral da Saúde. Manual de boas práticas em saúde oral. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, divisão de saúde escolar, 2002.
8. Direcção Geral da Saúde. Saúde oral: administração de flúor. Circular informativa nº 41/DSE de 26/09/02. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 2002.
9. Gonçalves P, Salgado M, Moura L. Suplementos. Vitaminas e minerais. Saúde Infantil 2001; 23 1: 5-15.



Resumo

A piomiosite é uma infecção bacteriana do músculo esquelético, pouco frequente em regiões temperadas, constituindo um verdadeiro desafio diagnóstico. Os autores apresentam o caso clínico de um adolescente, internado no Departamento de Pediatria, com quadro de dor referida à região coxo-femural, claudicação da marcha, febre, anorexia e vômitos. A hipótese de diagnóstico inicial foi de artrite séptica. A radiografia da articulação não revelou alterações e a ecografia demonstrou pequeno derrame articular. Analiticamente, verificou-se um valor elevado da Proteína C Reactiva, sem leucocitose. No quinto dia de internamento evidenciaram-se sinais inflamatórios na coxa esquerda com dor muscular localizada. A Ressonância Magnética revelou abscessos intramusculares. As hemoculturas foram positivas para *Staphylococcus aureus*. Foi efectuada antibioticoterapia e drenagem cirúrgica com evolução clínica favorável.

Os autores realçam o papel da ressonância magnética para o diagnóstico definitivo e a importância de ponderar esta entidade clínica numa criança com queixas músculo-esqueléticas, febre e atingimento do estado geral.

Palavras-chave: piomiosite, *Staphylococcus aureus*, ressonância magnética.

Summary

Pyomyositis is a bacterial infection of skeletal muscle. It is infrequent in temperate zones and diagnosis can be a true challenge. The authors present the case report of an adolescent admitted in Pediatric Department with localized muscle pain, fever, anorexia, vomits and a progressively worsening limp. Septic arthritis was the first diagnosis. X-ray of the joint was normal but ultrasonography showed reactive effusion. Analytically a high Reactive C Protein was verified without leukocytosis. In day five he presented local signs of inflammation of the thigh muscles and localized pain. The magnetic resonance imaging revealed muscles abscesses. Blood cultures were positive for *Staphylococcus aureus*. Antibiotic therapy and surgical drainage were performed. Clinical evolution was favorable, with no sequels.

The authors enhance the importance of the magnetic resonance scan for the definitive diagnosis.

Pyomyositis should be considered in the differential diagnosis in a child with muscle pain, fever and systemic disease.

Keywords: pyomyositis, *Staphylococcus aureus*, magnetic resonance scan.

1. Interna Complementar de Pediatria – Departamento de Pediatria, Hospital de S. João

2. Assistente Hospitalar – Departamento de Pediatria, Hospital de S. João

3. Assistente Hospitalar Graduada – Serviço de Reumatologia, Hospital de S. João

Introdução

A piomiosite é uma infecção bacteriana do músculo esquelético, com formação de abscessos intramusculares [1,2]. Apesar de comum em climas tropicais, é pouco frequente em regiões temperadas, constituindo um verdadeiro desafio diagnóstico [1,3,4].

A apresentação clínica pode ser confundida com outras situações mais comuns como a artrite séptica ou a trombose venosa profunda [5,6]. Os sintomas iniciais são geralmente inespecíficos conduzindo ao atraso no diagnóstico [7].

A piomiosite deve ser colocada como hipótese de diagnóstico sempre que se encontra um quadro clínico de febre, atingimento muscular focalizado e leucocitose [8,9,10,11].

O agente etiológico mais frequentemente envolvido é o *Staphylococcus aureus* [12].

A ressonância magnética (RM) constitui um precioso meio auxiliar de diagnóstico documentando critérios imagiológicos de piomiosite e excluindo outras patologias, nomeadamente artrite séptica, osteomielite, hematoma, celulite e sarcoma [6,8,13,14,15,16].

A drenagem cirúrgica e a terapêutica antibiótica atempadas permitem geralmente a erradicação da infecção e a resolução do quadro clínico [7,11,17].

Caso clínico

AJCL, adolescente de 12 anos, sexo masculino, sem antecedentes patológicos de relevo. Enviado pelo seu médico assistente ao Serviço de Urgência do nosso Hospital, por apresentar dor localizada à região coxo-femural esquerda com 5 dias de evolução, claudicação da marcha, febre, anorexia e vômitos pelo que foi medicado com amoxicilina/ ácido clavulânico em ambulatório (4 dias de terapêutica) sem resposta clínica favorável. Sem antecedentes de patologia traumática recente.

Na admissão, apresentava-se muito queixoso, com palidez cutânea acentuada e temperatura subfebril. Constatava-se dor intensa à mobilização do membro inferior esquerdo, sendo a mobilização da anca discretamente dolorosa, nos últimos graus de abdução e rotação externa. Não se objectivavam sinais inflamatórios locais. O restante exame não revelou alterações. O estudo analítico inicial mostrava normal contagem de leucócitos ($6,62 \times 10^9/L$) com neutrofilia relativa (67%), proteína C reactiva aumentada ($144,5 \text{ mg/L}$), velocidade de sedimentação = 86mm. O exame radiológico da articulação não revelou alterações. O exame ecográfico foi sugestivo de discreto espessamento sinovial e derrame articular.

Foi internado na Unidade de OBS – Cuidados Intermédios e iniciou tracção do membro inferior. O valor da PCR apresentou diminuição nas primeiras 24 horas (76 mg/L) mantendo normal contagem de leucócitos. Foi considerada improvável a hipótese de artrite séptica da anca sendo o doente internado no Serviço de Pediatria, por “provável artrite inflamatória”, medicado com indometacina.

O exame físico revelou, desde a admissão, dor nos últimos graus de rotação externa e abdução da anca, com limitação muito ligeira. As queixas álgicas eram no entanto intensas motivando o recurso a vários analgésicos de acção periférica e central, com resposta apenas parcial.

O estudo complementar diagnóstico pedido incluiu enzimas musculares, serologias víricas, estudo imunológico humoral e das populações linfocitárias, factor reumatóide, anticorpos anti-nucleares, tipagem HLA B27, marcadores tumorais, prova de Mantoux, tele-radiografia pulmonar e dorso-lombar e ecografia abdomino-pélvica que não permitiram o esclarecimento da situação clínica (Quadro 1).

Quadro 1: Exames complementares de diagnóstico

Serologias para VCM, VEB e *Mycoplasma pneumoniae* cujo resultado negou evidência de infecção recente

Serologias para VIH 1 e 2 – negativas

Doseamentos de imunoglobulinas e factores do complemento – normais

Subpopulações linfocitárias- sem alterações

Anticorpos anti-nucleares, factor reumatóide – negativos

HLA B27 – negativo

Alfa-fetoproteína, antígeno carcino-embrionário – valores normais

FA / DHL / CK – 200 U/L / 163 U/L / 33 U/L (valores normais)

Prova de Mantoux – negativa

Tele-radiografia de tórax e dorso-lombar – sem evidência de alterações

Ecografia abdomino-pélvica-normal

VCM- vírus citomegálico; VEB – vírus de Epstein Barr; VIH – vírus da imunodeficiência humana; FA – fosfatase alcalina; CK – creatinaquinase; DHL – desidrogenase láctica

Por apresentar febre, no segundo dia de internamento, foram efectuadas hemoculturas e iniciada antibioticoterapia empírica com ceftriaxone.

No quinto dia de internamento tornou-se visível um edema da coxa esquerda com calor e dor à palpação local (perímetro cinco centímetros superior ao da coxa contralateral). O doente mantinha imobilização no leito, ar “doente” e dor intensa à mobilização.

A hemocultura foi positiva para *Staphylococcus aureus*. Apesar da susceptibilidade a todos os antibióticos testados incluindo o ceftriaxone, atendendo à clínica, foi associada vancomicina à terapêutica.

Foi realizada RM da articulação coxo-femural e coxa esquerdas que revelou: “pequena lâmina de líquido intra-articular; sem outras alterações ósseas ou sinoviais ao nível da articulação; exten-

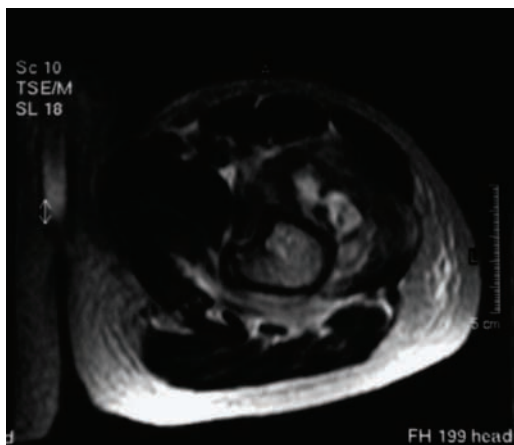


Figura 1 – RM da coxa esquerda demonstrando abcessos intramusculares (músculos vasto intermédio e lateral) associados a celulite da gordura subcutânea.



Figura 2 – RM da coxa esquerda permitindo excluir lesões ósseas.

as alterações de tipo inflamatório, aparentemente centradas nos músculos vasto intermédio e lateral com abscessos de até 3 cm, associados a celulite da gordura subcutânea de toda a coxa.” (Figura 1) Foi excluída a presença de lesões ósseas (Figura 2).

Na sequência da RM, foi submetido a drenagem cirúrgica, pela equipa de Ortopedia.

A evolução foi favorável, assistindo-se a uma melhoria clínica e laboratorial progressiva, tendo alta após três semanas de internamento. Actualmente, com seis meses de

seguimento em ambulatório, mantém-se clinicamente bem e sem sequelas.

Comentários

A etiologia da piomiosite permanece controversa parecendo resultar de disseminação bacteriana hematogénica, a partir de um foco oculto [16]. Formas secundárias são geralmente consequência da extensão directa a partir de um processo infeccioso mais frequentemente na doença de Crohn, colite infecciosa, apendicite e neoplasia [16].

O caso clínico apresentado vem alertar para a dificuldade de diagnóstico em situações de piomiosite, dada a inespecificidade dos sintomas e a possibilidade de confusão com outras entidades mais frequentes, como a artrite séptica ou inflamatória [10].

Geralmente há história de traumatismo prévio que causa agressão ou lesão muscular [17,18], o que foi negado neste caso.

A hipótese de diagnóstico inicial foi de artrite séptica que não foi fundamentada pelos estudos analíticos e imagiológicos realizados. Os estudos laboratoriais na piomiosite não são específicos mas, geralmente, revelam leucocitose moderada, com desvio da fórmula para a esquerda, aumento da velocidade de sedimentação e níveis normais de enzimas musculares. De realçar, neste caso, a ausência de leucocitose, em estudos seriados.

Neste caso, como na maioria dos casos de piomiosite descritos, o *Staphylococcus aureus* foi o agente etiológico encontrado [11,16,19].

A história clássica de piomiosite consiste em três fases clínicas: a fase invasiva do agente microbiano no tecido muscular, caracterizada por dor, mas sem sinais inflamatórios evidentes; a fase supurativa, traduzida por febre, dor muscular mais localizada, sinais inflamatórios locais e formação de abscessos profundos; a fase tardia em que pode ocorrer choque séptico e, eventualmente, morte [16,18]. O intervalo de tempo mediado entre as pri-

meiras queixas álgicas e o desenvolvimento de sinais inflamatórios locais dificulta ainda mais o diagnóstico, numa fase inicial [10]. Neste caso, a exuberância das queixas álgicas e o ar “doente” do adolescente motivaram internamento, para vigilância, o que permitiu assistir à evolução do processo infeccioso e actuar atempadamente.

Dada a inespecificidade dos resultados laboratoriais, a elevada suspeita clínica e a avaliação radiológica precoce são a chave para o diagnóstico. A RM é o método imagiológico mais sensível (superior à ecografia e à tomografia computadorizada) proporcionando uma avaliação detalhada dos tecidos moles e uma melhor caracterização das lesões, na piomiosite [16,18,19]. O reconhecimento do diagnóstico, numa fase precoce, permite a instituição imediata de terapêutica antibiótica e a rápida resolução da infecção, nalguns casos sem necessidade de drenagem cirúrgica [18,19].

Apesar da antibioticoterapia instituída, a evolução clínica não foi favorável, mantendo-se o doente queixoso, com incapacidade funcional relevante.

A identificação de abscessos musculares, através da RM, e a exclusão de outras alterações, fundamentou a decisão de drenagem cirúrgica após a qual apresentou resposta francamente positiva.

Apesar de constituir uma doença rara e pouco conhecida, fora das áreas tropicais, a piomiosite deve ser sempre incluída nos diagnósticos diferenciais de qualquer criança com febre e queixas álgicas musculares e articulares [14,16,18]. A hipótese de uma imunodeficiência subjacente deve ser investigada, em todos os casos [16,18].

É de realçar a importância do diagnóstico precoce, de forma a instituir a terapêutica adequada e evitar complicações graves como destruição de grupos musculares, infecção metastática, osteomielite crónica ou, em casos extremos, a morte [16,18].

A escassa familiaridade com esta patologia constitui o principal obstáculo à sua orientação apropriada [20].

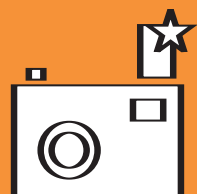
Bibliografia

1. Das I, Jayatunga AP, Symonds JM. Pyomyositis: an unusual infection due to *Staphylococcus aureus*. J R Coll Surg Edinb 1996; 41(3): 182-183.
2. Bennedback FN, Vinding K, Yderstraede KB. Pyomyositis. Ugeskr Laeger 1992; 154(3): 143-144.
3. Muscat I, Anthony PP, Cruickshank JG. Non-tropical pyomyositis. J Clin Pathol 1986; 39 (10): 1116-1118.
4. Kang N, Antonopoulos D, Khanna A. A case of streptococcal myositis (misdiagnosed as hamstring injury). J Accid Emerg Med 1998; 15: 425-426.
5. Peckett WR, Butler-Manuel A, Aphorpe LA. Pyomyositis of the iliacus muscle in a child. J Bone Joint Surg Br 2001; 83(1): 103-105.
6. Tang WM, Wong JWK, Wong LLS, Leong JCY. Streptococcal necrotizing myositis: the role of magnetic resonance imaging. J Bone and Joint Surg 2001; 83: 1723-1726.
7. Hall RL, Callaghan JJ, Moloney E, Martinez S, Harrelson JM. Pyomyositis in a temperate climate. Presentation, diagnosis and treatment. J Bone Joint Surg Am 1990; 72(8): 1240-1244.
8. Dunlay J. Pyomyositis. Am Fam Physician 1986; 34(3): 91-94.
9. Brown JD, Wheeler B. Pyomyositis. Report of 18 cases in Hawaii. Arch Intern Med 1984;144(9): 1749-1751.

10. Wolf RF, Sprenger HG, Konings JG, Weits J. Pyomyositis, not an exclusively tropical disease. *Ned Tijdschr Geneesk* 1992; 136(13): 642-644.
11. Fan HC, Lo WT, Chu ML, Wang CC. Clinical characteristics of *Staphylococcus pyomyositis*. *J Microbiol Immunol Infect* 2002; 35(2): 121-124.
12. Meena AK, Rajashekar S, Reddy JJ, Kaul S, Murthy JM. Pyomyositis - clinical and MRI characteristics report of three cases. *Neurol India* 1999; 47(4): 324-326.
13. Renwick SE, Ritterbusch JF. Pyomyositis in children. *J Pediatr Orthop* 1993; 13(6): 769-772.
14. Gordon BA, Martinez S, Collins AJ. Pyomyositis: characteristics at CT and MR imaging. *Radiology* 1995; 197: 279-286.
15. McGill PE. Bacterial infections: pyomyositis. *Baillieres Clin Rheumatol* 1995; 9(1): 193-200.
16. Romeo S, Sunshine S. Pyomyositis in a 5-Year-Old Child. *Arch Fam Medicine*, July 2000, vol9, nº7: 653-656.
17. Cardoso M, Fernandes RM, Marques L, Morais L, Resende C, Senra V. Piomiosite – 3 casos clínicos. *Separata da Rev Portuguesa de Doenças Infecciosas* 2001; 24(1-4): 71-75.
18. Borges AC, Morais L, Almeida E, Senra V. Piomiosite – a propósito de um caso clínico. *Nascer e Crescer* 2003; vol12, nº2: 101-104.
19. Meena AK, Rajashekar S, Reddy JJ, Kaul S, Murthy JM. Pyomyositis- Clinical and MRI characteristics report of 3 cases. *Neur India*, 1999, 47: 1190-1194.
20. Schlech WF 3rd, Moulton P, Kaiser AB. Pyomyositis: tropical disease in a temperate climate. *Am J Med* 1981; 71(5): 900-902.

Um caso inesquecível

As "aparências" iludem...



Era uma vez um jovem chamado Carlos... Como tantos, tinha sido enviado à nossa consulta de adolescência pelo seu médico assistente. Neste caso, o motivo que preocupava este profissional era o insucesso escolar, que parecia ter na sua origem um síndrome depressivo. O Carlos entrou... Com um sorriso fui tentando conhecer as suas vivências. Até aos 14 anos tinha permanecido com a sua família na Suíça, de onde tinha regressado há um ano. Até então, os únicos factores que tinham interferido no seu estado de saúde tinham sido uma alergia às proteínas do leite de vaca e uma cirurgia testicular pós-traumatismo. Nada, afinal, que o preocupasse excessivamente até que, quando regressou a Portugal, começou a sentir um mal-estar geral. Tudo lhe doía: a cabeça, os braços, as pernas... Sentia falta de ar e as dificuldades em dormir foram-se acumulando, o que veio agravar ainda mais o cansaço exagerado que não compreendia. Como se tudo isto não bastasse, sentia-se cada vez mais distante dos colegas. Namorada, isso nem pensar! Possivelmente como reflexo de tudo isto, de aluno razoável, passou a ter sete negativas.

Nesta altura parei para pensar. Tratar-se-ia realmente de uma depressão? Revivendo mentalmente o que este angustiado adolescente me relatou e procurando na minha mente aquilo que os livros me tinham ensinado acerca da patologia psiquiátrica, constatei que até preenchia, segundo o DSM-IV, os critérios que o permitiam classificar como estando a vivenciar um episódio depressivo major: diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as actividades, durante a maior parte do dia, quase todos os dias; insónia; fadiga e perda de interesse; sentimentos de desvalorização e diminuição da capacidade de pensamento ou concentração.

No entanto, algo faltava. Impunha-se continuar a avaliação deste que tão encarecidamente me pedia ajuda. Tinha um olhar triste... Mas, associado a este olhar, uma respiração predominantemente bucal, consequência de uma obstrução nasal marcada e um nariz intensamente vermelho e edemaciado, acabaram por me chamar a atenção.

Acabei por o confrontar com estes factos, ainda que de uma forma subtil. Foi nesta altura que o Carlos, de olhar cabisbaixo, acabou por me confessar de uma forma angustiada que na escola era conhecido por "narigudo" e "pencudo". "Sim, sim" – disse a mãe; "e tudo isto piora quando me ajuda a limpar a casa".

Meu Deus, pensei! Seria uma rinite alérgica a etiologia de tão profunda angústia?

Decidimos investigar. Os antidepressivos ficaram na prateleira. Os eosinófilos no sangue periférico estavam elevadíssimos e os testes de alergia para o "pó" eram positivos; a radiografia dos seios perinasais que lhe pedi demonstrou uma sinusite. Havia que trabalhar: conselhos, evicção, medidas farmacológicas, tudo foi instituído.

E o Carlos voltou... No seu olhar logo consegui vislumbrar alegria. As festas com os amigos já abundavam, o cansaço parecia já estar esquecido e na escola tudo parecia estar a melhorar. É, então, que ele, olhando-me fixamente, diz – "...obrigado por me ter composto o nariz... ensinou-me a ver a vida de outra maneira... eu olhava para baixo e só conseguia ver o meu nariz".

Nesse dia saí do meu gabinete tranquila, com o reforço daquilo que já conhecia. É fundamental sabermos escutar e observar o adolescente de forma a identificarmos as suas verdadeiras preocupações, prestando-lhe assim o imprescindível e merecido auxílio. Afinal, nem tudo o que parece é.

Elisabete Santos
Alzira Silveira
Carlos Figueiredo
Paulo Santos
Hospital de São Teotónio de Viseu, SA

O TASO (título de anti-estreptolisina O)



O que é o TASO?

A palavra TASO resulta da junção das iniciais das palavras inglesas *Titer*, *Anti*, *Streptolisine* e da letra O. Por título (*Titer*) entende-se a maior diluição em que uma determinada análise é positiva. Quanto maior a concentração no sangue dum determinado anticorpo, tanto maior será a diluição em que essa reacção será ainda positiva.

O que é a anti-estreptolisina O?

É um anticorpo (uma proteína de defesa) contra um dos antígenos do *Estreptococo* β -hemolítico do grupo A (E β HGA). O E β HGA produz várias substâncias estranhas ao organismo humano (antígenos). Como resposta à presença destes, os mecanismos de defesa humanos produzem anticorpos específicos contra cada um desses antígenos. O mais conhecido desses antígenos é a *estreptolisina O* que desencadeia a produção da *anti-estreptolisina O* (ASO). A determinação da concentração da ASO circulante é avaliada por diluições ("títulos"). Daí o TASO.

O que é o *Estreptococo* β -hemolítico do grupo A?

É uma bactéria que provoca variados tipos de infecções, em especial amigdalite e a escarlatina. Nalguns doentes, cerca de 2 a 4 semanas após uma destas infecções, poderá ocorrer febre reumática (FR) – febre, artrite que salta de articulação para articulação, sopro cardíaco, etc. – ou glomerulonefrite aguda (GNA): a urina adquire uma cor semelhante à do vinho do Porto e na análise de urina constata-se sangue e/ ou proteínas. Estas doenças resultam duma incorrecta e imprevisível reacção dos mecanismos de defesa humanos à infecção pelo E β HGA, que ocorrem em raros indivíduos susceptíveis.

Como é que se diagnostica com alguma certeza uma amigdalite ou escarlatina provocada por E β HGA?

Apenas 20% a 30% das amigdalites agudas das crianças são provocadas por E β HGA. As restantes são virais pelo que não necessitam de tratamento antibiótico. Para se ter certezas, poderá recorrer-se à colheita de secreções na garganta para cultura (o resultado demora entre 48 a 72 horas) ou para testes rápidos específicos para o E β HGA (com resultado em poucos minutos).

Após os primeiros dias duma amigdalite, tanto a zaragatoa como os testes rápidos são frequentemente negativos: os E β HGA já morreram ou foram eliminados pelas defesas naturais ou por um antibiótico.

Nesta fase só o doseamento de anticorpos (o TASO) poderá eventualmente ajudar a afirmar se ocorreu infecção prévia mais ou menos recente por E β HGA.

Esta informação retrospectiva assemelha-se, na imprecisão, às obtidas nos diagnósticos de rubéola ou de toxoplasmose por serologia (por doseamento de anticorpos).

Quando é que o TASO se torna “positivo”?

Sete a 10 dias após uma faringite ou amigdalite aguda pelo EβHGA ocorre a elevação significativa do TASO, que atinge o pico entre a 2ª e a 6ª semanas. O TASO vai manter-se elevado durante 3 a 6 meses, e depois volta aos níveis iniciais 4 a 12 meses após a amigdalite.

Vai ficar um título residual, “normal”, de valor muito variável, mas que é mais elevado e mais duradouro nos doentes com amigdalites frequentes por EβHGA.

Existem valores normais do TASO?

Os diferentes laboratórios apresentam valores de referência (“normais”), que indicam o valor habitual numa dada população saudável em que o TASO foi estudado. Em regra estes estudos não são nacionais.

Mas 15% ou mais das crianças saudáveis de idade escolar têm valores acima do valor de referência. Este facto questiona a “normalidade” desses valores de referência, pois no conceito de “anormal”, a percentagem máxima dos valores “anormais” em indivíduos saudáveis deveria ser só até 5%.

Há exagero na interpretação do TASO?

Tanto a FR como a GNA são doenças potencialmente graves. Mas estas doenças têm sintomas bem evidentes que se iniciam 2 a 4 semanas após uma infecção pelo EβHGA. Como já foi referido atrás, nesta fase as culturas e o teste rápido são em regra negativos. Recorre-se então ao doseamento de anticorpos, doseando-se o TASO. Mas o problema é que qualquer amigdalite provocada pelo EβHGA, por mais benigna que seja, eleva o TASO. E muitas crianças têm uma ou mais amigdalites por ano. Logo terão também TASO aumentados durante anos.

A febre reumática (FR) é frequente em Portugal?

Não, é rara. Com base no número de FR ocorridas na região Centro de Portugal de 1999 a 2004, foi calculado que a FR tem uma incidência (novos casos por ano) de cerca de 1 caso por 100.000 crianças com menos de 16 anos de idade. Que é igual ao verificado noutros países. E destas 100.000 crianças, cerca de 5.000 terão um inocente TASO aumentado.

Então qual o interesse dum TASO elevado numa criança assintomática?

Se a criança não tiver qualquer clínica sugestiva de febre reumática (febre, dores nas articulações, etc.) ou de GNA (urina cor de vinho do Porto, análise de urina alterada) o TASO não serve para nada. Será para ignorar.

Um TASO muito elevado aumenta o risco de se desenvolver febre reumática ou GNA?

Não. Não existe qualquer relação entre um título muito elevado e risco acrescido de se desenvolver febre reumática ou GNA.

Justifica-se controlar um TASO elevado?

Não. Esse é outro erro frequente. O TASO como elemento isolado será para ignorar, independentemente do seu valor.

Nos poucos casos em que o TASO é útil – crianças com clínica óbvia de FR ou de GNA – a sua utilidade acaba no momento do diagnóstico. Nem nestes doentes se justifica controlar, excepto se o diagnóstico se mantiver incerto.

Existem crianças medicadas profilacticamente com Penicilina intramuscular para prevenir recidivas de FR com base unicamente em valores de TASO elevado?

Infelizmente sim. Médicos esclarecidos sobre esta temática deparam-se amiúde com crianças incorrectamente medicadas por outros colegas. Ao iniciarem (incorrectamente) a profilaxia de FR com base unicamente em TASO elevados, estes colegas arranjam (desnecessariamente) pelo menos três tipos de problemas: criam ansiedade na criança (e nos pais), colocam o doente em risco de desenvolver alergia à penicilina e provocam-lhe, em vão, dores musculares cada 3-3 semanas.

Manuel Salgado

Consulta de Reumatologia Pediátrica, Hospital Pediátrico de Coimbra

Bibliografia

1. Salgado M. O Título de Anti-Estreptolisina O (TASO). *Saúde Infantil* 2000;22(1):77-9.
2. Salgado M. Casuística da Consulta de Reumatologia Pediátrica do Hospital Pediátrico de Coimbra, 1999-2004.
3. Censos 2001, Instituto Nacional de Estatística (INE).





Surto de varicela em população escolar com altas taxas de vacinação

No decurso de um surto de varicela que ocorreu numa escola básica de um estado norte americano em 2001, foram estudados na respectiva população escolar, vários parâmetros, nomeadamente: a situação vacinal em relação à varicela, idade da vacinação e história anterior de varicela.

Dos 422 alunos, 52% não tinham tido previamente a doença e destes 97% tinham sido vacinados antes do surto. Na escola ocorreram 21 casos.

De entre as crianças vacinadas 12% tiveram varicela e verificou-se que aquelas em que a imunização tinha ocorrido há mais de 5 anos tinham mais probabilidade de contraírem a doença.

A efectividade da vacina contra a varicela foi neste estudo de 72% mas num outro foi de 44%. Está em aberto a possibilidade de vir a ser necessária uma segunda dose de reforço da vacina.

As re-estimativas de custo-benefício desta imunização seguem dentro de momentos...

Tugwell BD, Lee LE, Gilette H et al. Chickenpox outbreak in a highly. Vaccinated school population. Pediatrics 2004; 113: 455-459.

Há terapêutica eficaz para a tosse nocturna que acompanha as infecções respiratórias altas?! Se há, ninguém conseguiu provar!

A um grupo de 100 crianças com infecções respiratórias altas e tosse nocturna foram administrados alternativamente um fármaco antitussígeno, considerado potencialmente como o mais eficaz e com menos efeitos secundários (dextrometorfano), um anti-histamínico (difenhidramina) por ser tradicionalmente muito vendido para calmar a tosse, nos EUA e um placebo.

Do ponto de vista metodológico foi também analisada a qualidade do sono das crianças e dos pais.

Os autores concluíram que, no que dizia respeito à eficácia sobre a tosse e sobre a melhoria da qualidade do sono, nenhum dos dois fármacos foi superior ao placebo.

As infecções respiratórias altas são situações auto-limitadas, já sabemos! No que diz respeito à tosse que as acompanha... o melhor é não nos iludirmos, pouco há a fazer.

Nota: os "remédios" caseiros tradicionais, utilizados para este efeito, são provavelmente tão eficazes como os fármacos precedentes mas mais baratos e sem efeitos secundários.

Paul IM, Yoder KE, Crowell KR et al. Effect of dextrometorphan, diphenhydramine, and placebo on nocturnal cough and sleep quality for coughing children and their parents. Pediatrics 2004; 114: e 85-90.

O declínio das infecções pneumocócicas graves como consequência da utilização da vacina conjugada hepta-valente.

Três artigos recentes resumem bem os benefícios da introdução da vacina conjugada contra o *S. pneumoniae* bem como algumas questões em aberto relacionadas com a mesma.

1. Num primeiro trabalho foi feita uma monitorização prospectiva, durante 9 anos, em 8 hospitais pediátricos americanos, das infecções pneumocócicas invasivas. A vacina foi introduzida em 2000 e em 2001 verificou-se uma diminuição de 58% de casos de doença invasiva em crianças com idade <24 meses e essa quebra foi de 66% em 2002 (por comparação com os dados do período pré-vacinal).

A diminuição foi ainda maior para os casos devidos a serogrupos contidos na vacina hepta-valente (respectivamente 63 e 77%).

O número de *S. pneumoniae* isolados de serogrupos não vacinais aumentou percentualmente de 28% (2001) para 66% (2002).

A proporção de todos os isolados resistentes à Penicilina aumentou regularmente de 1994 até 2000, atingiu um *plateau* em 2002 e diminuiu pela primeira vez em 2003.

2. No segundo artigo foca-se a experiência pré e pós-vacinal com a vacina hepta-valente introduzida numa zona seleccionada da Califórnia. Até Março de 2003 só 24% das 155.471 crianças tinham recebido as 4 doses da vacina.

No ano de 2003 nenhum caso de doença invasiva devida aos serogrupos incluídos na vacina foi diagnosticado em crianças com <1 ano (comparado com 16-34 casos ano, antes da vacinação). Resultados semelhantes foram observados em crianças <5 anos.

As resistências de elevado nível à Penicilina passaram de 15% em 2000 para 5% em 2003.

3. Finalmente, num comentário editorial, são discutidos os diversos aspectos relacionados com a evolução do conhecimento que os diversos estudos vão proporcionando.

Kaplan SL, Masson EO, Wald ER et al. Decrease of invasive pneumococcal infections in children among 8 children's hospitals in the United States after the introduction of the 7-valent pneumococcal conjugate vaccine. *Pediatrics* 2004; 113: 443-9.

Black SB, Shinefield H, Baxter R et al. Postlicensure surveillance for pneumococcal invasive disease after use of heptavalent pneumococcal conjugate vaccine in Northern California Kaiser Permanente. *Ped Infect Dis J* 2004; 23: 485-9.

Pelton SI. The decline in invasive pneumococcal disease. *Pediatrics* 2004; 113: 617-8.



Próximos congressos ASIC 2004/05

I CURSO AVANÇADO DE ORTOPEDIA INFANTIL

Data: 29 e 30 de Setembro de 2004

Local: Anfiteatro do Hospital Pediátrico de Coimbra

I CURSO DE CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA PARA ENFERMEIROS

Data: 3 de Dezembro de 2004

Local: Anfiteatro do Hospital Pediátrico de Coimbra

14º ENCONTRO DE PEDIATRIA DO HOSPITAL PEDIÁTRICO NOVOS CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS

Data: 17 e 18 de Fevereiro de 2005

Local: Grande Hotel de Luso

XI SEMINÁRIO DE DESENVOLVIMENTO

– DISLEXIA, LEITURA E LINGUAGEM

Data: 10 e 11 de Março de 2005

Local: Auditório da Reitoria da Universidade de Coimbra

9º ENCONTRO DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

Data: 5 e 6 de Maio de 2005

Local a designar

XXI CURSO DE PEDIATRIA AMBULATORIA

Data: 3 e 4 de Junho de 2005

Local: Auditório da Reitoria da Universidade de Coimbra

XXI CURSO DE PEDIATRIA AMBULATORIA

A 18 e 19 de Junho de 2004 realizou-se no Auditório da Reitoria da Universidade de Coimbra o XXI Curso de Pediatria Ambulatória (CPA), organizada pela Associação de Saúde Infantil de Coimbra (ASIC), sob a Direcção dos médicos Drs. Luís Lemos, Luís Januário, Fernanda Rodrigues e Manuel Salgado do Hospital Pediátrico (HP).

O programa incluiu os temas referidos no Quadro 1:

Quadro 1: Programa do XXI Curso de Pediatria Ambulatória

- Dermatite perineal – Dr.^a Fernanda Rodrigues (HP)
- Cefaleias e TAC. Perspectiva do pediatra – Dr.^a Mónica Vasconcelos, Dr.^a Sónia Lemos (HP)
- Risco de doenças cardiovasculares em crianças e adolescentes – Dr. Luís Santiago (C. Geral)
- Atitudes e comportamentos em idade pré-escolar – Painel – Coordenação pelo Dr. Luís Januário (HP)
- Os 30 primeiros dias de vida. Um desafio ao médico - Dr. José Luís Fonseca (H. Sr^a da Oliveira, Guimarães)
- Aspectos geográficos e sócio-culturais em saúde infantil – Prof. Dr.^a Paula Remoaldo e Dr.^a Elódia Canteiro – (Universidade do Minho)
- Casos clínicos – Serviço Urgência – Dr. Luís Lemos (HP)
- A promoção do crescimento e do desenvolvimento na criança – Prof. Enf.^o Jorge Apóstolo (ESEAF)
- E os familiares da criança com doença genética? – Dr.^a Lina Ramos (HP)
- Compreender melhor a tosse – Dr. Manuel Salgado (HP)
- Pneumonias víricas – Dr.^a Fernanda Rodrigues (HP)

À semelhança do ano anterior, das 11 prelecções, 7 foram proferidas por médicos do HP e 4 por convidados de outras instituições.

Inscreveram-se neste Curso 143 pessoas: 107 médicos (32 pediatras, 37 internos de pediatria, 37 clínicos gerais e/ ou internos de clínica geral e 1 interno geral), 30 enfermeiros, 1 aluno de enfermagem e 5 outros profissionais.

Comparativamente ao ano de 2003 houve menos 10 inscrições. Dos 143 assistentes, 119 (83%) eram do sexo feminino, com uma relação F:M de 5:1.

Como tem sido habitual nos anteriores CPA, foi solicitado aos presentes que dessem opiniões, fizessem críticas e sugestões para os próximos cursos.

Responderam ao inquérito 67 participantes (47 %): 57 médicos (53% dos médicos), 7 enfermeiros (23% dos enfermeiros) e 3 de outras categorias profissionais.

Sobre a questão "Opinião Geral sobre o Curso":

1. Muito boa; 2. Boa; 3. Razoável; 4. Má
responderam 66 dos 67, tendo sublinhado Muito boa 28 (42%), Boa 36 (55%) e Razoável 2 (3%): 97% tiveram opinião Muito boa ou Boa.

Pedia-se também que sublinhassem as prelecções que foram mais do agrado de cada um. O Curso decorreu durante o campeonato europeu de futebol – EURO 2004. No momento em que é feita esta apreciação decorrem os Jogos Olímpicos, Atenas 2004. Numa linguagem "olímpica" sobre as prelecções mais vezes sublinhadas, por ordem decrescente, foram atribuídas as "medalhas": ouro – Compreender melhor a tosse (84%); prata – Cefaleias e TAC (61%); bronze – Pneumonias víricas; 4º Dermatite perineal (52%); 5º Os 30 primeiros dias (51%) (Gráfico).

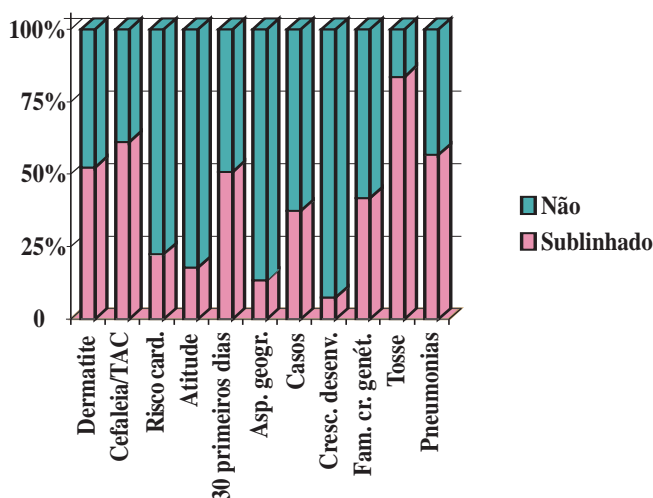


Gráfico 1: Amostragem global das preferências.

A participação de jovens médicos nestas reuniões tem sido um êxito. As comunicações que apresentaram nos últimos 4 anos obtiveram boas cotações:

- 2001: 4º lugar (Aerocolia)
- 2002: 1º lugar (Aleitamento materno); 3º lugar (Reacções cutâneas a antibióticos)
- 2003: 1º lugar (Recém-nascido: cuidados básicos no domicílio); 4º lugar (Gengivoes-tomatite herpética)
- 2004: 2º lugar (Cefaleias e TAC)

A boa apreciação ao desempenho dos jovens médicos são um estímulo para estes mas também uma aposta ganha pela Direcção dos CPA: “dar oportunidades aos mais novos”.

Em relação aos Comentários e Críticas ao Curso, apenas 22 (33%) dos 67 responderam. A opinião geral foi muito favorável, com apenas 6 críticas: 2 referentes ao funcionamento do bar (demora, filas); 1 em relação ao preço para alunos (sugerindo a necessidade de aplicar preços mais baixos para estes); 3 em relação ao Painei (não resposta às perguntas existentes no livro de resumos; menos boa estruturação do painei/ mesa aberta). As opiniões favoráveis foram emitidas por 19 dos 67 (alguns com mais do que uma opinião) que foram divididas em:

- a) Organização: “cumprimento do horário” (6); “boa organização” (4); informal (1); existência livro de resumos (1).
- b) Aspecto científico: “bom curso” (10); “boa escolha dos temas” (5); “clareza / boas prelecções” (4); “curso prático” (3); boa discussão (1).

Foi igualmente pedido que sugerissem temas para os próximos cursos. Apenas 22 dos assistentes responderam a esta solicitação. Os 12 temas mais pretendidos para os próximos cursos estão referidos no Quadro 2 que, para termo de comparação, também inclui os mais solicitados no XX CPA em 2003.

XXI CPA – 2004	XX CPA – 2003
nº participantes c/ resposta = 22	nº participantes c/ resposta = 44
Asma / dispneia expiratória (8)	Desenvolvimento (temas comuns) (7)
Atrasos de crescimentos (7)	Atrasos de crescimento (6)
Exantemas (7)	Infecção urinária (6)
Ortopedia – temas comuns (7)	Alimentação (5)
Alimentação (sobretudo 1º ano vida) (7)	Cefaleias (5)
Desenvolvimento (temas comuns) (6)	Asma/ dispneia expiratória (4)
Dermatologia pediátrica comum (6)	Ortopedia – temas comuns (4)
Comportamentos/ manter PAINEL (6)	Patologia urológica/ diag pré-natal (4)
Infecção urinária (4)	Parasitoses intestinais (4)
Dor abdominal (4)	Patologia oral (3)
Diabetes mellitus (4)	Obesidade (3)
Cirurgia pediátrica comum (3)	Educação sexual (3)

Quadro 2 – Temas mais solicitados para futuros cursos.

Os temas de desenvolvimento, crescimento, alimentação, ortopedia, asma/ dispneia expiratória, infecção urinária são os cronicamente solicitados. A ter em conta em futuros cursos.



PROGRAMA CIENTÍFICO

MESA REDONDA

Moderador: Dr. António Capelo (a confirmar)

09H00 Dr^a Lúcia Ribeiro

Anatomia, e Fisiologia Cardíaca na criança

10H00 Dr. Eduardo Castela

Doença cardíaca na criança.

11H15 Intervalo

MESA REDONDA

Moderador: Dr. Mendes António

11H30 Dr^a Sílvia Alvarez

Exames complementares de diagnóstico

12H30 Almoço

14H30 - 16H00 MESA REDONDA

Moderadora: Enf^a Chefe Cândida Carreira

Necessidades Especiais da Criança com Doença Cardíaca

- Como informar os pais/família acerca da malformação congénita ou doença cardíaca.

Prof^a Maria do Céu Barbieri Figueiredo - Prof.^a Coordenadora da ESE Cidade do Porto

- Repercussões da doença cardíaca na criança e família.

Enf^a Directora Eugénia Morais - CHC

- Cuidados de enfermagem ao recém nascido com cardiopatia congénita.

Enf^a Helena Tavares - UCI/HP

16H30 Intervalo

16H45 MESA REDONDA

Moderadora: Dr^a Cristina Viana

Estratégia para diminuir erros de administração terapêutica

- Uma abordagem multiprofissional

Farmacêutica: Dr^a Alda Couceiro – HUC

Médico: Dr^a Sílvia Alvarez – H. M^a Pia

Enfermeira: Enf^a Susana Ramos – H. St^a Marta

MESA REDONDA

Moderadora: Enf^a Chefe Clarisse Fontoura

Organização de uma unidade de cuidados de Cardiologia Pediátrica

Enf^a Cristina Melano – Hospital Gregório Maraño

Oferta: números antigos da Saúde Infantil

Até ao final do mês de Dezembro/04, podem solicitar, a título gratuito, junto da ASIC exemplares da revista **Saúde Infantil** até ao volume 22 (ano de 2000).

Para envios por correio serão cobrados os portes respectivos.

visite-nos em:
www.asic.pt

