

**nº 29/2 Setembro 2007**

Director Interino  
José Eduardo Boavida

Editor Interino  
Manuel Salgado

Redacção  
Fernanda Rodrigues

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  
Avenida Bissaya Barreto  
3000-076 Coimbra  
Fax: 239 482 918  
Tel.: 239 484 464  
N.I.F.: 501 433 678  
E-mail: saudeinfantil@asic.pt  
www.asic.pt

Assinaturas 2007  
Anual — € 30,00  
Sócios da ASIC — € 25,00  
Estrangeiro — € 31,00  
PALOPs — € 25,00

Execução gráfica e paginação electrónica  
Pé de Página Lda  
Tel. | Fax: 239 832 064  
Tel. | Fax: 239 836 112  
E-mail: pgracio@pedepagina.pt

Montagem e impressão  
Rainho & Neves, Lda  
Apartado 103  
4524-909 Santa Maria da Feira



Tiragem: 800  
Depósito Legal nº 242/82  
ICS nº 110691

**Hospital Pediátrico de Coimbra****Editorial**

Os primeiros tempos do Hospital Pediátrico de  
Coimbra ————— 3

H. Carmona da Mota

A perturbação de hiperactividade e défice de  
atenção ————— 9

Núria Madureira, Ana Lopes, Alexandra Paul, José Boavida

Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção  
na Infância e Adolescência: problemas associados — 19

Ana Lopes, Alexandra Paul, Núria Madureira, José Boavida Fernandes

Transferências Inter-Hospitalares Pediátricas do  
Hospital Distrital da Figueira da Foz ————— 29

Ana Vaz, Agostinho Fernandes, Nuno Figueiredo

Obesidade infantil e excesso de peso — realidade  
de um Centro de Saúde de Coimbra ————— 37

Ana Isabel, Cordeiro, Zita Veiga, Zélia Cerqueira

Análise dos internamentos na unidade de interna-  
mento de curta duração (UICD) do Serviço de  
Pediatria do Hospital distrital de Faro ————— 43

Andreia Gomes Pereira, Guida Gama, Cláudia Calado, José Maio

Como dormem as nossas crianças? Hábitos de tele-  
visão e perturbações de sono na idade escolar — 53

Frederico Duque, Teresa Rezende, Bilhota Xavier

**Casos clínicos**

Orquite na Púrpura de Henoch-Schönlein ————— 61

Trombose venosa profunda recorrente como  
manifestação inicial de doença de Behçet.

Caso clínico e revisão bibliográfica ————— 67

**Um caso inesquecível**

Também há vida nos SAP's abertos  
Decidir em segundos por uma vida ————— 77

**Texto para os Pais**

«Dores de crescimento» ————— 85

Informações ————— 89

### 1. Indicações gerais

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.

### 2. Tipos de artigos

A Revista "Saúde Infantil" prevê a publicação de artigos de investigação original, casuísticas, casos clínicos e artigos de opinião. Os artigos a publicar deverão, debater problemas de interesse eminentemente prático, cujo objectivo seja a promoção da qualidade dos serviços a prestar.

As opiniões expressas nos artigos são da completa e exclusiva responsabilidade dos autores.

### 3. Submissão dos manuscritos.

Os manuscritos devem ser submetidos ao Editor da "Saúde Infantil" através do e-mail [saudeinfantil@asic.pt](mailto:saudeinfantil@asic.pt), ou por correio para Revista Saúde Infantil — ASIC — Hospital Pediátrico — Av Bissaya Barreto — 3000-076 Coimbra. A carta de apresentação deve incluir: título do manuscrito, nome dos autores, especificação do tipo de artigo e declaração de transferência dos direitos de autor, assinada por todos: «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.

Os trabalhos propostos serão submetidos à Redacção da Revista, que poderá aceitá-los, solicitar correcções ou rejeitá-los.

### 4. Formatação dos manuscritos.

O manuscrito deve ser redigido em coluna única, a dois espaços, com letra de dimensão 11. Aconselha-se a utilização dos formatos de letra Times New Roman ou Arial. As quatro margens devem ser de 2.5cm. Todas as páginas devem ser numeradas incluindo a página do título. Devem ser inseridas quebra de página entre cada secção do manuscrito.

O número de autores deve ser restrito aos que verdadeiramente participaram na concepção, execução e escrita do manuscrito.

**Secções do manuscrito** – O manuscrito deve ser apresentado na seguinte ordem:

– **Título** (em Português e Inglês), autores, instituições, endereço para correspondência.

– **Resumo e Palavras-chave** (até 5) (em Português e Inglês). O Resumo: não deve exceder 150 palavras. Inclui introdução e objectivos do trabalho, material e métodos, resultados e principais conclusões. Nos casos clínicos e séries de casos, deve ser estruturado em introdução, relato do(s) caso(s), discussão (incluindo a conclusão); a conclusão deve destacar os aspectos que justificam a publicação do caso ou série de casos.

– **Texto.** Os artigos devem ser divididos em 4 secções: a) Introdução com definição dos objectivos do trabalho. b) Material e Métodos (critérios de selecção dos casos, identificação das técnicas utilizadas). c) Resultados (apresentados na sequência lógica do texto, das figuras e dos quadros). Não usar ilustrações supérfluas ou repetir no texto dados dos quadros. d) Discussão e conclusões (implicações e limitações dos resultados, sua importância). As conclusões devem estar relacionadas com os objectivos enunciados inicialmente.

– **Referências.** Devem ser mencionadas por ordem de entrada no texto da seguinte forma:

• **Artigo de revista** – Listar todos os autores até 6. Se houver mais indicar et al. Ex: Kusel MMH, Klerk NH, Holt PG, Kebabdzé T, Johnston SL. Role of respiratory virus in acute and lower respiratory tract illness in the first year of life. *Ped Infect Dis J* 2006;25:680-686

• **Capítulo de livro** – Grose C. Bacterial myositis and pyomyositis. In: Feigin RD, Cherry JD, eds. *Textbook of Pediatric Infectious Diseases*, 4th ed. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins;1998:704-708

• **Livro** – Nelson JD, Bradley JS. *Nelson's Pocket Book of Pediatric Antimicrobial Therapy*. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000

• **Página web** – Gostin LO. Drug use and HIV/AIDS (JAMA HIV/AIDS web site). June 1, 1996. Available at: <http://www.ama-assn.org/special/hiv/ethics>. Accessed June 26; 2004

• **Comunicações em congressos/jornadas** – Harigan PR, Don W, Weber AE, Blair B, Town C, George T et al. Mutated RT and protease. (Abstract I – 115). In: 38th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, San Diego, Califórnia, September 24 to 27, 1998. Washington, DC: American Society for Microbiology; 1998

### 5. Legendas

#### 6. Quadros e Figuras

Cada Quadro ou Figura deve ser apresentados em páginas separadas, juntamente com os respectivos título e notas explicativas.

As Figuras, incluindo gráficos, mapas, ilustrações, fotografias ou outros materiais, devem ser formatadas em computador ou digitalizadas.

As ilustrações que incluam fotografias que permitam identificação de doentes, deverão ser acompanhadas pela autorização do doente, ou seu responsável legal, permitindo a sua publicação, devendo ter os olhos tapados ou desfocados digitalmente, de modo a impedir a sua identificação.

Apenas serão publicadas citações, tabelas ou ilustrações cuja origem esteja sujeita a direitos de autor, com citação completa da fonte e/ ou com autorização do detentor dos direitos de autor.

# Editorial

## Os primeiros tempos do Hospital Pediátrico de Coimbra

Foi há 30 anos, quando tudo era possível; quando tudo foi possível. Eram dias quentes, o tempo das cerejas. Talhávamos o mundo como em Tordesilhas; estávamos na crista da onda. O entusiasmo, a generosidade, a liberdade e a fraternidade eram vividos. À noite víamos Gabriela.

O actual edifício do Hospital Pediátrico (HP) de Coimbra estava quase pronto; viemos inaugurá-lo.

O edifício fora adaptado pelo Dr. Santos Bessa e Prof. Bissaya Barreto para Hospital Pediátrico. O Dr. Bessa tinha sido convidado pela Faculdade para reger a Cadeira de Pediatria. Era o chefe local da UN, deputado e pediatra respeitado, amigo de muitos Professores da Universidade e braço direito do Prof. Bissaya, crítico severo da Faculdade de Medicina, onde fora professor. O Dr. Bessa foi «saneado» no 26 de Abril, estava eu em Londres. Desde muito antes me convidava a acompanhá-lo a visitar as obras do HP. Estava orgulhoso da sua obra que esperava viéssemos a usufruir; eu estava encantado mas preocupava-me a falta de gente: *A anatomia precede a fisiologia*, respondia. A adaptação era excelente e ao gosto do tempo; o que é agora o gabinete da Direcção Clínica estava destinada ao Prof. Bissaya.

O edifício tinha sido sanatório de mulheres e crianças (a actual ala cirúrgica) que o BCG (que o Dr. Bessa dirigia) teria tornado supérfluo (dizia).

Antes fora o dormitório Novo (Sec XVI) das monjas do Mosteiro de Celas de Vimaranes, extinto em 1836 por Joaquim António de Aguiar, o «Mata Frades», um ministro coimbrão.

E aqui temos como um edifício mandado construir pelo clero (pelo poderoso Bispo de Coimbra a insistência da Madre Abadessa de então, D. Maria de Távora), profanado pelos liberais, recuperado para sanatório pela Junta distrital de Coimbra, presidida por Bissaya Barreto, maçã, republicano e íntimo de Salazar e adaptado a HP por ele e por Santos Bessa, chefe da UN, viria a ser inaugurado pelos «vermelhos» depois da revolução de 74. Com a revolução, regressou da Guiné o Mestre Nicolau da Fonseca e da Europa muitos estrangeirados. O mesmo acontecera em 1537, na reforma da Universidade de D. João

André de Gouveia regressou de Paris onde dirigia um reputado Colégio Universitário (admirado por Montaigne) para dirigir o Colégio das Artes. Da Suíça veio o Torrado da Silva e depois o Luís Lemos.

Assim se reforçou o pequeníssimo grupo inicial — o Lopes da Cunha, o Biscaia, o Rocha Lima e o Nicolau da Fonseca.

Isto ainda nas acanhadíssimas instalações do S. Pediatria do HUC — agora uma sala de aulas de Arquitectura. O espaço era tão exíguo que no actual espaço de uma prancha cabiam então dois berços encostados.

As crianças ficavam sem mães, entregues aos cuidados das enfermeiras. Às mais obviamente carenciadas, o Emídio Sancho prescrevia «carinhos 3 i.d.». O contágio era fatal — a diarreia não perdoava que os «colis saltavam dois metros». Os rotavírus ainda não tinham sido inventados mas já sabíamos que o pico da epidemia de diarreia era em Outubro; todo o lactente internado no Outono teria uma intercorrência diarreica. Sobravam baratas e formigas, apesar das fumigações periódicas mas o rigor dos registos, o cuidado e a brancura dos lençóis eram exemplares.

E foi ali que começou a primeira geração de ouro de internos — o Jorge Humberto, o Mendes António, a Lurdes Chieira, o Jorge Oliveira, só para citar alguns. Foi ali que foi assistente de Pediatria o Carlos Pereira da Silva, um cirurgião regressado de um ano de Cirurgia Pediátrica em Inglaterra.

Se a hospitalização de uma criança era um risco, a cirurgia era uma odisseia; antes do Pereira da Silva batíamos palmas quando a cirurgia de uma estenose hipertrófica corria bem; depois esperávamos que não adoecesse com diarreia, o que acontecia ao terceiro dia a muitos lactentes internados.

Foi ali que recebemos o Torrado, vindo de Lausanne, a meu convite; não o conhecia mas sabia do seu prestígio. Passados minutos acompanhou-nos na visita absorto pelos problemas dos pequenitos, indiferente ao ambiente. «*Temos homem*»; nessa tarde visitámos a Clínica de St<sup>a</sup> Teresa, que a Universidade havia adquirido e que iríamos ocupar em breve. Poucos dias depois escreveu-me a aceitar o convite.

Como tudo era possível, foi contratado como Professor da Faculdade, sem problemas e sem delongas, tal como depois aconteceu com o Luís Lemos.

É curioso que, anos antes, o Dr. Bessa tinha reunido em Coimbra um grupo de pediatras francófonos; entre eles veio o Professor Prodhome de Lausanne. Mais tarde, num jantar em casa de Prodhome, S. Bessa conheceu o Torrado e... convidou-o a vir para Coimbra. Isto antes de 1974.

Em 1975 os S. de Pediatria e o de Obstetrícia foram transferidos para St<sup>a</sup> Teresa (actual Clínica Dr. Daniel de Matos). Iniciámos a UICD — onde as mães podiam ficar com os filhos; o objectivo primordial não era tanto a humanização mas, sobretudo, evitar a diarreia nosocomial. Conseguimos ambas.

O Nicolau chefiava a Consulta e a Urgência (associadas); o Torrado chefiava a Neonatologia e iniciava os Cuidados Intensivos neonatais para os prematuros que tinham probabilidade; havia que escolher.

O Serviço florescia e atraía excelentes internos. Tínhamos conseguido uma educadora de infância e uma professora.

Dois anos depois transferimo-nos para o HP; e assim, em dois anos, deixámos de ser o S. Pediatria português mais mal para ser o mais bem instalado.

A transferência significou não só a passagem de doentes e pessoal para um novo edifício como a passagem de uma instituição para outra cuja administração estava muito longe e

nem tudo estava preparado... Por exemplo, não havia quadro ou mapa específico. As enfermeiras do nosso Serviço (dos HUC) que queriam continuar em Pediatria foram aos Covões para se transferirem para o HP (um hospital do CHC); os Serviços administrativos informaram que ninguém lhes podia garantir que iriam para o HP — o CHC tinha só um quadro. Pouco mudou.

A transferência significou sobretudo a fusão de pessoal oriundo de dois hospitais não só diferentes como tidos como antagónicos; com os médicos não houve problemas — só a Maria Amélia Aguilar se nos juntou (o Biscaia já era assistente havia anos). Com as enfermeiras oriundas do CHC também não houve atritos; o mais difícil foi convencê-las da necessidade da presença das mães quando nenhuma tinha experiência disso, muitas tinham receio e não havia lei que o suportasse. Tudo se resolveu. Do CHC veio um magnífico Serviço Social.

Entretanto havia que sair do HP e apoiar os Clínicos Gerais que, simultaneamente, tinham povoado os Centros de Saúde. A primeira geração de policlínicos pós 25 de Abril ofereceu-se para estágios voluntários nos Centros de Saúde; e lá foram eles, a geração do Silva Pinto, do Aires, do Mano Soares, do Brandão, ... da Jeni, do Januário. Era preciso apoiá-los e foi dessa tarefa que o Luís Lemos se encarregou — todas as semanas ia a um Centro para palestras e resolver problemas.

A Ilda Cabaça era a Enf<sup>a</sup> chefe do Serviço de Medicina que tinha vindo connosco do HUC; a Enf<sup>a</sup> Laura, mais tarde enfermeira do HP, fazia então parte da administração do CHC.

A Piedade Silva, a mais utópica de nós todos, foi a primeira Enfermeira Geral do HP.

O laboratório era inicialmente uma pequeníssima antena do dos Covões; o Torrado e o Ferreira — primeiro responsável — procuravam equipá-lo com o estritamente indispensável; entre o equipamento inicial figurava um hematócrito (para poupar o hemograma) e um refractómetro para avaliar a densidade urinária numa gota de urina.

Entretanto chegou de Londres o Sá e Melo com o que começou a Cardiologia pediátrica, com o beneplácito do Professor Ramos Lopes e para alívio de ambos os Serviços; pouco depois cooptou a Lúcia Ribeiro e a Berta Pimentel.

Também de Londres regressou o Luís Borges que em 1980 criou o Centro de Desenvolvimento (era Administrador o Santos Cardoso), uma unidade autónoma de apoio integral a criança com problemas de desenvolvimento — neurológicos ou outros.

Eram unidades de Serviços comuns, com chefia própria, a Neurocirurgia (Bento Soares, regressado da Alemanha), a Anestesia (Carlos Couceiro) e a Radiologia (Aragão Machado, após um estágio em Madrid). Em 1978 — teve lugar o Primeiro dos excelentes Curso de Radiologia Pediátrica\* (A. Machado).

Em 1979 saiu o primeiro número da revista «Saúde Infantil»\* (Torrado da Silva, A. Machado, Luís Moura). Discutiu-se se faria sentido uma segunda revista de Pediatria em Portugal; como não foi possível assegurar alguns números da Revista Portuguesa de Pediatria dedicados à Pediatria ambulatória, avançou-se com a «Saúde Infantil».

Em 1980 inaugurou-se a UCI polivalente — crianças e RN; médica e cirúrgica\* pela iniciativa do Torrado da Silva (Enf<sup>a</sup> Eugénia Oliveira, depois Enf<sup>a</sup> Supervisora).

Depois foi a evolução natural — o crescimento e o desenvolvimento; os concursos onde

houve o cuidado de deixar sempre vagas para as novas gerações (com a saída de jovens Pediatras que foram colonizar os excelentes S. de Pediatria distritais que hoje temos), o prestígio e a confiança da população que inundaram o S. de Urgência (relutantes em aceitar a expectativa armada — era o «Hospital do Ben-U-Ron») — aberto ao exterior, um erro que lamentei, sempre na expectativa de uma correcta organização dos Cuidados de Saúde Primários que nunca aconteceu.

A articulação com bons Serviços do H. Covões e HUC que não justificava replicar — Dermatologia, Transplante, Cirurgia Cardíaca, Laboratório, Patologia e, inicialmente, a Ortopedia. A Alergologia foi iniciativa de Lourdes Chieira, a Gastroenterologia, de Mendes António, a Oncologia, de Rui Batista; a Pneumologia, de Lopes da Cunha e Ângelo Barroso; a Nefrologia, de Torrado da Silva e Jorge Oliveira; a Endocrinologia, de Luís Moura; a Hematologia, de Gabriel Tamagnini (também regressado do Reino Unido e que revolucionou a Hematologia em Coimbra); a Reumatologia, de Nicolau da Fonseca; a Ecografia transfontanelar\* e a C. de «ALTEs»\*, de Luís Januário; a C. de Metabólicas, de Jeni Canha; a Genética, de Heloísa Santos e Jorge Saraiva.

A Psiquiatria no HP começou com o apoio generoso da Helena Azevedo, Professora da Faculdade de Medicina, recém regressada de alguns anos em Londres; tempos depois teve que abandonar por impedimento burocrático. Anos mais tarde esta tarefa foi assegurada pela Beatriz Pena, durante anos a única pedopsiquiatra no HP, onde se integrou de forma exemplar.

De entre as múltiplas consultas do CDC, foram originais a da avaliação prospectiva dos RN de alto risco tratados na UCI\* (Mano Soares); espinha bífida\* (Olavo Gonçalves); doenças neuro-musculares\* (Isabel Fineza) e autismo\* (Guiomar Oliveira). O Projecto Integrado de Intervenção Precoce (PIIP)\* (José Boavida) para apoio, na família e na comunidade, a crianças de risco ou problemas de desenvolvimento.

1981 — Iniciou-se a Consulta de Estomatologia (Maria de Lourdes Almeida) e a de Fisioterapia (Corte Real) e da Terapia ocupacional (Henriqueta Araújo)

Constituiu-se o Núcleo de Formação contínua do HP (Enfermeiros Isilda Martins, Rogério Vieira, Rui Terra)

1982 — Iniciou-se a Cirurgia de Ambulatório (Hospital de Dia) (Matos Coimbra, que entretanto tinha vindo ocupar a vaga deixada pelo Pereira da Silva)

1983 — Equipa de Hematologia no HP (Lourdes Maricato, Manuela Benedito, Letícia Ribeiro)

1984 — Constituiu-se a Associação Saúde Infantil de Coimbra\* (ASIC) (Torrado da Silva), ocorreu o 1º Curso anual de Pediatria Ambulatória\* (N. Fonseca e L. Lemos) e iniciaram-se os Encontros de Enfermagem Pediátrica (Secção de Enfermagem ASIC)

1985 — 1º Curso Básico de Ortopedia Infantil (J. Seabra, já então líder da Ortopedia no HP) Depois, conseguidos e estabilizados os cuidados pediátricos fundamentais, procurou-se ir mais longe: o programa de racionalização de cuidados à grávida e ao RN (Torrado da Silva, Albino Aroso) que permitiu alcançar os resultados que nos orgulham.

O apoio contínuo do S. de Pediatria de Lausanne, donde tinham vindo o Torrado, o Lemos (e o Octávio Cunha) e onde estagiaram o Januário, o António Jorge Correia e o Mano Soares, nos deu, o J-P Guignard e tantos outros peritos prestigiados e o entusiasmo quase excessivo do Prof. Emile Gautier, o director.

\* Pioneiro em Portugal

Mas, de entre todos os múltiplos elogios que me chegaram destaque dois — o do Dr. Bessa e o do Dr. Horácio Menano. O Dr Menano foi um dos mais brilhantes pediatras da sua geração, discípulo de Salazar de Sousa e de Guido Fanconi (um Papa da Pediatria a quem teve a ousadia de apontar três erros no seu *Lehrbuch der Pädiatrie*, uma bíblia com nove edições e nove traduções — ousadia que provou, com o que conquistou a admiração do mestre — e que, regressado a Portugal, optou por se dedicar á biologia, tendo dirigido o Instituto Gulbenkian de Ciência) que, depois de visitar o HP a convite do Torrado disse: *Este é o Hospital que eu gostaria de ter feito.*

Esta é a responsabilidade que tem quem trabalha no HP; neste ou no novo que há-de vir.

**H. Carmona da Mota**

# saúde infantil

## A perturbação de hiperactividade e défice de atenção

Núria Madureira<sup>1</sup>, Ana Lopes<sup>2</sup>, Alexandra Paul<sup>1</sup>, José Boavida<sup>1</sup>

### Resumo

A Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção é um distúrbio neurocomportamental frequente em idade escolar constituindo uma das doenças crónicas mais prevalentes nesta faixa etária. O diagnóstico é clínico, com base em critérios comportamentais. A abordagem terapêutica passa pela utilização de psicoestimulantes, como o metilfenidato, e por estratégias comportamentais e educacionais. Cerca de 60 a 85% das crianças mantêm critérios de Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção na adolescência, podendo um número significativo ter sintomas na idade adulta. Os autores fazem uma revisão teórica dos principais aspectos relativos à etiologia, manifestações clínicas, diagnóstico, terapêutica e prognóstico desta perturbação.

**Palavras-chave:** Perturbação de hiperactividade e défice de atenção, metilfenidato.

### Attention-deficit / Hyperactivity disorder

#### Summary

Attention-deficit/hyperactivity disorder is the most common neurobehavioral disorder in childhood and also one of the most prevalent chronic health conditions in this age group. The diagnosis is based on behavioral criteria. The treatment plan includes stimulant medication, like methylphenidate, behavioral and educational strategies. A very large majority (60-85%) of the children will continue to meet criteria for the disorder during adolescence, and a considerable number will have symptoms in adulthood. The authors review the main characteristics of the pathogenesis, clinical picture, diagnosis, treatment and prognosis of this disorder.

**Keywords:** Attention-deficit Hyperactivity disorder, methylphenidate.

<sup>1</sup> Hospital Pediátrico de Coimbra

<sup>2</sup> Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho



## Introdução

A Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA) é a alteração neurocomportamental mais comum na infância, sendo também uma das doenças crónicas mais prevalentes neste escalão etário. Tendo em conta uma revisão recente de vários estudos epidemiológicos, tem uma prevalência estimada em 8 a 10% das crianças em idade escolar [1]. Caracteriza-se pela presença de sintomas de inatenção, hiperactividade e/ou impulsividade que condicionam uma perturbação significativa no funcionamento da criança. Apesar do seu diagnóstico ser mais frequente em idade escolar, o que se relaciona com as maiores exigências académicas e sociais, pode manifestar-se em idades mais precoces. Nessas idades comportamentos como irrequietude motora excessiva para a idade, jogo pobre, atraso de desenvolvimento, comportamentos de oposição e fraca interacção social podem ser os primeiros sintomas de PHDA. É 3 a 4 vezes mais frequente no sexo masculino, sendo que na adolescência este predomínio é menos acentuado [1,2]. Nas raparigas os sintomas de hiperactividade e impulsividade apesar de presentes, surgem com menor intensidade [3]. Apresentam uma probabilidade cerca de 2.2 vezes maior de preencherem critérios do subtipo inatento da PHDA[3]. Podem por isso passar despercebidas, fazendo com que o número de casos de PHDA por diagnosticar em raparigas, possa ser significativo.

## Etiopatogenia

Nas crianças com PHDA parece existir um défice entre o processamento da informação recebida e a resposta produzida ou uma incapacidade em inibir apropriadamente a resposta até que toda a informação seja processada. Estudos neuropsicológicos têm confirmado que a maioria destas crianças apresenta défices nas funções executivas, ou seja, nos processos neurocognitivos que permitem a resolução de um problema com vista a alcançar determinado objectivo [4]. A fisiopatologia subjacente a estas alterações não está ainda totalmente esclarecida.

Estudos com imagiologia estrutural e funcional, electrofisiologia e estimulação magnética transcraniana mostraram várias alterações cerebrais nas crianças com PHDA. Atingem o córtex frontal, temporal e parietal, os gânglios basais, áreas do corpo caloso e o cerebelo [5,6]. Parecem existir diferenças na activação do lobo frontal, núcleo caudado e cíngula anterior quando é necessário desempenhar tarefas que impliquem controlo inibitório [2,4]. Existem evidências crescentes duma base genética para esta perturbação, com uma hereditabilidade estimada em 65 a 90% [2,5]. Estes números não devem ser confundidos com determinismo genético, já que as evidências também são claras no papel dos factores não genéticos na determinação do fenótipo. Ainda assim, sabe-se que os pais de uma criança com PHDA têm 2 a 8 vezes maior probabilidade de preencherem os critérios para o distúrbio e que o risco para os irmãos é 3 a 5 vezes superior ao da população [2].

Estudos de genética molecular identificaram vários genes, envolvidos na regulação da libertação dos neurotransmissores ao nível cerebral, que podem estar relacionados com PHDA: genes dos receptores 2, 4 e 5, do transportador e da beta-hidroxilase da dopamina; genes do receptor 1B e do transportador da serotonina, e gene SNAP-25 [4,5]. A apoiar esta teoria está a eficácia dos fármacos com actividade dopaminérgica e serotoninérgica utilizados na PHDA.

Os factores não genéticos associados à PHDA incluem a exposição pré-natal a tóxicos como a nicotina, benzodiazepinas e álcool; as complicações pré e perinatais; o baixo peso ao nascer; as doenças ou traumatismos do SNC; a privação social severa e exposição a níveis tóxicos de chumbo [2,4,5,6]. Relativamente ao ambiente familiar e às competências parentais não são a causa primária deste distúrbio, podendo no entanto, constituir factores de manutenção ou de protecção [5].

## Manifestações clínicas

Os três comportamentos nucleares na PHDA são a inatenção, a impulsividade e a hiperactividade, que surgem com uma intensidade que é mais frequente e mais grave que o observado em crianças com um nível semelhante de desenvolvimento. A inatenção está sempre presente, embora nem sempre seja óbvia [7]. As crianças não conseguem manter a atenção até ao final de uma tarefa, distraíndo-se facilmente. Podem não dar atenção suficiente a pormenores, ter dificuldade em seleccionar informação e cometer erros por descuido. Não conseguem seguir instruções, têm dificuldade em prestar atenção a dois estímulos em simultâneo (como ouvir o professor e estar atento ao quadro). Evitam as tarefas que exijam esforço mental mantido, como os trabalhos escolares mas mesmo nas actividades de lazer podem fazer mudanças frequentes, sem as completar. São desorganizados, esquecem-se das actividades quotidianas e perdem o material escolar ou os brinquedos. Frequentemente parecem não escutar quando se fala com elas, como se estivessem a pensar noutra coisa. A hiperactividade reflecte-se numa actividade quase permanente e incontrolada que se torna mais evidente em situações que requerem maior tranquilidade. A impulsividade leva estas crianças a agirem antes de pensar e a terem dificuldade em prever as consequências das suas acções. Associadas, a hiperactividade e a impulsividade podem tornar o comportamento destas crianças «explosivo» [7]. Têm dificuldade em envolver-se em actividades de forma calma, em manter-se sentadas (estando inquietas e movendo-se frequentemente), levantam-se constantemente, correm ou saltam excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo. São impacientes, têm dificuldade em esperar pela sua vez e interrompem frequentemente os colegas. Falam excessivamente e respondem às perguntas ainda antes de serem completadas. A impulsividade pode levar a acidentes e ao envolvimento em actividades potencialmente perigosas sem preocupação com as consequências. As dificuldades no sono são também frequentes nestas crianças, com uma prevalência que pode atingir os 50% e não sendo a sua natureza relacionada apenas com eventuais efeitos secundários da medicação [8].

Os sintomas normalmente pioram em situações em que é necessário manter a atenção ou em situações não apelativas ou sem carácter de novidade (como por exemplo ouvir o professor durante a aula). Podem, pelo contrário ser mínimos, em actividades que a criança considera interessantes, quando há perspectivas de recompensa se o comportamento for adequado ou numa situação face a face (como por exemplo numa consulta médica).

A maioria das crianças com PHDA sofre com a sua incapacidade em controlar a actividade e prestar atenção, apresentam dificuldades escolares, são culpabilizados pelos pais e professores e rejeitados pelos pares. Tudo isto contribui para a baixa auto-estima e a tendência para o isolamento social.

## Diagnóstico

O diagnóstico desta perturbação é clínico, não existindo nenhum teste ou marcador específico. A ocorrência dos sintomas que a caracterizam num espectro contínuo na população e a existência frequente de distúrbios neurodesenvolvimentais e psiquiátricos associados dificultam-no ainda mais. De acordo com as recomendações actuais, deve basear-se nos critérios comportamentais definidos no *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* da Academia Americana de Psiquiatria (DSM-IV TR) [9] (Quadro 1). Para estabelecer o diagnóstico, a criança deve cumprir pelo menos 6 critérios numa das categoriais e todos os critérios adicionais. Definem-se 3 subtipos de PHDA: inatento, hiperactivo/impulsivo ou combinado em função dos critérios presentes.

Não está indicado nenhum exame auxiliar de diagnóstico, laboratorial ou imagiológico, para estabelecer o diagnóstico de PHDA.

SINTOMAS DE FALTA DE ATENÇÃO	SINTOMAS DE HIPERACTIVIDADE E IMPULSIVIDADE
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou noutras actividades</li> <li>2. Com frequência tem dificuldade em manter a atenção durante tarefas ou actividades</li> <li>3. Com frequência parece não ouvir quando se lhe fala directamente</li> <li>4. Com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares (sem ser por comportamentos de oposição ou por incompreensão das instruções)</li> <li>5. Com frequência tem dificuldade em organizar tarefas e actividades</li> <li>6. Com frequência evita ou está relutante em envolver-se em actividades que requeiram um esforço mental mantido (como trabalhos escolares)</li> <li>7. Com frequência perde objectos necessários a tarefas ou actividades (p.e. brinquedos, lápis, livros)</li> <li>8. Com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes</li> <li>9. Esquece-se com frequência das actividades quotidianas</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Com frequência movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado</li> <li>2. Com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado</li> <li>3. Com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo</li> <li>4. Com frequência tem dificuldades em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de ócio</li> <li>5. Com frequência «anda» ou só actua como se estivesse «ligado a um motor»</li> <li>6. Com frequência fala em excesso</li> <li>7. Com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado</li> <li>8. Com frequência tem dificuldade em esperar pela sua vez</li> <li>9. Com frequência interrompe ou interfere nas actividades dos outros (p.e. intromete-se nas conversas ou jogos)</li> </ol>
Pelo menos 6 dos 9 da categoria I (PHDA tipo inatento) ou categoria II (PHDA tipo hiperactivo/impulsivo) ou ambos (PHDA tipo combinado)	
<b>CrITÉRIOS adicionais</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sintomas que persistem pelo menos durante 6 meses</li> <li>2. Sintomas com intensidade que é desadaptativa e inconsistente com o nível de desenvolvimento</li> <li>3. Alguns sintomas que causam défices surgem antes dos 7 anos</li> <li>4. Alguns défices provocados pelos sintomas estão presentes em dois ou mais contextos</li> <li>5. Devem existir provas claras de um défice clinicamente significativo do funcionamento social ou académico</li> <li>6. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante uma Perturbação Global do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outra Perturbação psicótica e não são melhor explicados por outra perturbação mental ( Perturbação do humor, Perturbação de ansiedade, Perturbação dissociativa ou Perturbação da personalidade).</li> </ol>	

**Quadro 1** — Critérios diagnósticos de PHDA de acordo com a DSM-IV-TR.

## Avaliação

Os motivos de referência destas crianças são variados: comportamento hiperactivo, dificuldades escolares, comportamento disruptivo na sala de aula, inatenção, baixa auto-estima e/ou problemas no relacionamento com os pais, professores ou colegas. Perante a suspeita de PHDA deve ser efectuada uma avaliação abrangente com história clínica, avaliação comportamental e exame objectivo, sempre indicados, e eventualmente avaliação cognitiva e académica.

Na história clínica devem ser indagados os critérios diagnósticos de acordo com a classificação, o seu início, duração, severidade, frequência e repercussão do comportamento em casa, na escola e na comunidade. A baixa auto-estima, o humor depressivo, os comportamentos de oposição, a agressividade ou outros sintomas que sugiram outros diagnósticos ou a presença de co-morbilidades devem também ser pesquisados. Nos antecedentes pessoais devem procurar-se informações acerca do neurodesenvolvimento da criança e de eventuais factores de risco orgânico para PHDA (a exposição pré-natal a tóxicos, complicações pré e perinatais, o baixo peso ao nascer, as doenças ou traumatismos do SNC e a privação social severa). Completam a história clínica os antecedentes familiares (PHDA e/ou distúrbios psiquiátricos), a avaliação do ambiente familiar, métodos de disciplina, expectativas dos pais e das características sociais da família.

Durante a consulta nem sempre é fácil obter estas informações acerca do comportamento da criança, e mesmo a observação directa pode ser pouco esclarecedora, já que o comportamento em ambiente de consulta pode não ser exemplificativo do habitual.

Os questionários de Conners são questionários comportamentais específicos para PHDA que auxiliam no diagnóstico. São preenchidos por pais e professores permitindo recolher informação sobre o comportamento da criança em termos de atenção, hiperactividade, tarefas sociais e comportamentos de oposição. Apesar de terem uma sensibilidade e especificidade elevadas (em torno dos 94% [1]) devem apenas ser interpretados no contexto de uma avaliação completa da criança. Existem frequentemente discrepâncias entre os questionários de professores e pais, o que não exclui o diagnóstico devendo procurar-se informação adicional para melhor esclarecimento.

Finalmente a avaliação cognitiva e académica tem como objectivo o estabelecimento de um perfil psicométrico e de desempenho académico. Estas avaliações não são mandatárias para o diagnóstico, devendo ser efectuadas perante a suspeita de défice cognitivo ou dificuldades específicas de aprendizagem [4]. Permitem, portanto, evidenciar aspectos particulares das capacidades atencionais, de aprendizagem e de inteligência a serem valorizados na intervenção.

## Patologias associadas

A Perturbação de Hiperactividade e Déficit de Atenção apresenta-se frequentemente associada a outros problemas médicos, psicológicos ou de desenvolvimento. Cerca de um terço destas crianças tem uma ou mais comorbilidades associadas [1]. As mais comuns são as Perturbações de Oposição e Conduta, seguidas de perto pelas Perturbações do Humor e de Ansiedade. A associação da PHDA com a Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação Motora tem sido também demonstrada, tendo surgido a nomenclatura de *DAMP* (*Deficits in*

A perturbação de hiperactividade e  
défice de atenção

*Attention, Motor Control and Perception*) em alguns grupos de trabalho nórdicos, para designar as situações em que as duas situações se sobrepõem. A maioria destas crianças tem dificuldades escolares, determinadas não só pela perturbação propriamente dita, mas também pela ocorrência simultânea de dificuldades específicas da aprendizagem, como a dislexia ou a discalculia, mais prevalentes neste grupo do que na população em geral.

## Tratamento

O tratamento tem como objectivo controlar os sintomas de inatenção, hiperactividade e impulsividade de forma a permitir um melhor desempenho escolar e social, e indirectamente a melhoria na auto-estima. Propõe-se uma intervenção que englobe informação sobre a doença à criança, pais e professores; estratégias comportamentais e educacionais; suporte social quando necessário e terapêutica farmacológica (quadro II).

Intervenção na escola	
<input type="checkbox"/>	Atmosfera tranquila, com atenção individualizada e turma reduzida
<input type="checkbox"/>	Sentar junto à professora evitando fontes de distração
<input type="checkbox"/>	Estabelecimento de regras de funcionamento na sala de aulas, recordadas com regularidade
<input type="checkbox"/>	Estabelecimento de planos diários de actividades
<input type="checkbox"/>	Tarefas curtas ou tempo extra para as realizar
<input type="checkbox"/>	Associar tarefas que impliquem alguma actividade motora
<input type="checkbox"/>	Utilização de estímulos visuais sempre que possível
<input type="checkbox"/>	Instruções curtas e frequentemente repetidas avaliando a sua compreensão
<input type="checkbox"/>	Auxílio na organização do pensamento
<input type="checkbox"/>	Reforço positivo com elogio e reconhecimento público das aquisições
<input type="checkbox"/>	Evita expor a criança a situações em que terá dificuldade em controlar-se (p.e filas de espera)
<input type="checkbox"/>	Plano de trabalhos para casa organizado, contando sempre que possível, com o auxílio dos pais
<input type="checkbox"/>	Evitar a crítica frequente ou confrontação

**Quadro 2** - Estratégias educacionais para crianças com PHDA.

O primeiro passo da intervenção consiste na explicação sobre os comportamentos típicos da PHDA aos pais e professores, para uma melhor compreensão e aceitação. Devem ser aconselhadas estratégias comportamentais e educacionais de forma a criar uma estrutura adequada à criança, evitar o confronto e reduzir o stress, promover o reforço positivo e melhorar a auto-estima. Para além das alterações que podem ser feitas na escola, algumas crianças têm necessidade de apoio educativo individualizado ou, eventualmente, de apoio educativo especial.

Os psicoestimulantes são a terapêutica farmacológica de primeira linha. São fármacos simpaticomiméticos que actuam corrigindo alterações bioquímicas que interagem com a atenção e o controlo do impulso. São usados com regularidade há mais de 50 anos e têm demonstrado de forma consistente a sua eficácia, com resposta em 70 a 80% das crianças [6,8]. Melhoram os sintomas de inatenção, hiperactividade e impulsividade, bem como o comportamento de oposição, a agressividade, as interacções sociais e o desempenho escolar. Habitualmente os psicoestimulantes são utilizados apenas em crianças com idade igual ou superior a 6 anos.

Não estabelecem qualquer habituação, dependência ou tolerância. Aliás as evidências sugerem que, o tratamento a longo prazo com psicoestimulantes pode ser um factor de protecção para o abuso de substâncias na adolescência e idade adulta [4].

São bem tolerados e os efeitos secundários mais frequentes são perda de apetite com eventual perda ponderal, insónia, cefaleias, náuseas e dor abdominal. São habitualmente transitórios, podendo ser ultrapassados com pequenas alterações na dieta e/ou horário da medicação. Podem surgir tics que são também ligeiros e transitórios e que, geralmente, não obrigam a parar o tratamento. Mais raramente descrevem-se ansiedade, irritabilidade, baixa do limiar convulsivo, perda de cabelo, febre, artralgias, vertigem e erupções cutâneas [2,6].

Um estudo recente não demonstrou efeitos a longo prazo, clinicamente relevantes, na tensão arterial, frequência cardíaca, função hematológica ou hepática [2]. O efeito no crescimento também tem sido alvo de preocupação ao longo dos anos, havendo resultados discordantes na literatura. Dados recentes apontam para uma redução na velocidade de crescimento esperada, pelo menos nos primeiros anos de terapêutica. No entanto este abrandamento não se traduziu em estaturas abaixo da média para a idade e não parece haver diferenças significativas relativamente a controlos na idade adulta. Num estudo, também recente, em que não se evidenciou efeito significativo na velocidade de crescimento, todas as crianças fizeram uma pausa na terapêutica durante as férias escolares, o que pode ter contribuído para os resultados [4].

O psicoestimulante disponível e utilizado em Portugal é o metilfenidato (Quadro 3). A dose inicial é de 0.3 mg/kg/dia devendo subir-se de forma gradual até uma dose média diária de 1 mg/kg ou 60 mg. O esquema terapêutico depende do quadro clínico. Perante uma criança em que a perturbação do comportamento afecta essencialmente o rendimento escolar pode utilizar-se um esquema com pausas ao fim-de-semana e durante as férias. Noutros casos, em que a situação é mais grave com comportamentos altamente perturbadores em casa, pode ser necessário um esquema contínuo.

	<b>Fármacos</b>	<b>Dosagens</b>	<b>Dose inicial</b>	<b>Dose máxima</b>	<b>Início de acção</b>	<b>Duração de acção</b>
Acção curta	Rubifen®	10 mg	10 mg	60 mg	20 – 60 min	3 a 6 horas
Acção intermédia	Ritalina LA®	20, 30, 40 mg	20 mg	60 mg	30 min – 2h	6 a 8 horas
Acção longa	Concerta®	18, 36 mg	18 mg	72 mg	30 min - 2 h	10 a 12 horas

**Quadro 3** - Psicoestimulantes comercializados em Portugal.

A escolha da preparação farmacêutica deve ser ajustada em função das actividades da criança. Deve procurar-se o fármaco que tenha uma duração de acção que cubra todo o período escolar preferindo-se, pelo menos em crianças mais velhas, os fármacos de acção intermédia e de acção prolongada, que evitam tomas na escola. As vantagens são eviden-

A perturbação de hiperactividade e  
défice de atenção

tes: maior aderência já que implicam uma única toma diária e melhor controlo dos sintomas durante um maior período de tempo. Os fármacos de curta duração são usados como primeira linha em crianças com menos de 16 kg, ou de forma a obter uma dose mais eficaz em crianças mais velhas, administrando-se 2 a 3 vezes ao dia. Têm a vantagem de permitir, nalguns casos, um ajuste mais individualizado às actividades diárias.

A FDA aprovou em 2002 a utilização da atomoxetina na terapêutica da PHDA (ainda não disponível em Portugal). Trata-se de um fármaco não estimulante, inibidor da recaptação da noradrenalina que provou ser eficaz e seguro. Tem uma duração de acção em torno das 24h e tem sido utilizado com alternativa ao metilfenidato quando co-existem ansiedade ou tics. A utilização de fármacos de segunda linha como anti-depressivos tricíclicos, risperidona, clonidina, guafancina e bupropion, fica reservada para situações em que os psicoestimulantes são ineficazes ou existem co-morbilidades devendo o seu uso ser da responsabilidade de profissionais experientes.

## Seguimento

As crianças devem ser observadas um mês após o início da terapêutica farmacológica para testar eficácia, efeitos secundários e ajustar a dose. Uma vez estabelecido tratamento eficaz, o seguimento deve ser, pelo menos, de 6 em 6 meses. Os objectivos da avaliação são semelhantes, devendo novamente ser procurados sintomas ou comportamentos que possam evocar co-morbilidades. Deve também ser aproveitado o momento da consulta para reforçar toda a informação sobre a doença.

Uma pausa na medicação durante as férias escolares pode ser útil para reavaliar o comportamento e necessidade terapêutica.

## Prognóstico

A percepção inicial de que os sintomas se atenuam à medida que a idade avança tem sido contrariada por estudos longitudinais que constataram que a grande maioria destas crianças (60-85%) mantém critérios de PHDA na adolescência [8]. A PHDA não se resolve com a chegada da puberdade, assumindo os sintomas de inatenção e impulsividade maior relevância que a hiperactividade. Nesta fase, as dificuldades escolares e os problemas de relacionamento com os pares podem tornar-se mais evidentes e pode surgir uma agressividade excessiva e comportamento anti-social. A história familiar de PHDA, a cognição baixa, a presença de co-morbilidades psiquiátricas e de famílias disfuncionais parecem ser factores preditivos para um pior prognóstico [6].

Entre 30 a 60% dos indivíduos afectados pode manter sintomas significativos na idade adulta [11]. Estima-se uma prevalência de PHDA em adultos de 4.4%, encontrando-se valores muito díspares na literatura em função dos instrumentos e critérios diagnósticos utilizados [4]. De qualquer forma, adultos não tratados têm taxas mais elevadas de perturbação da conduta, depressão, comportamentos anti-sociais e criminais, acidentes, dificuldades no emprego, dificuldades conjugais e abuso de álcool e drogas.

Apesar desta tendência, a intervenção realizada junto das crianças com PHDA no sentido de melhorar a aprendizagem e rendimento escolar, adquirir competências sociais e mecanismos compensatórios, pode influenciar positivamente o prognóstico.

## Bibliografia

1. Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Evaluation of the Child with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics* 2000; 105: 1158-1170.
2. Kutcher S, Aman M, Brooks SJ, Buitelaar J, Daalen E, Fegert J et al. International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behavior disorders (DBDs): clinical implications and treatment practice suggestions. *European Neuropsychopharmacology* 2004; 14:11-28.
3. Staller J, Faraone S V. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in girls. *CNS Drugs* 2006; 20 (2): 107-123.
4. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2007; 46(7): 894-921.
5. Taylor E, Dopfner M, Sergeant J, Asherson P, Banaschewski T, Buitelaar J et al. European clinical guidelines for Hyperkinetic disorder – first upgrade. *European Childhood and Adolescent Psychiatry* 2004; 13 (1): 7-29.
6. Fernandes A. Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção. *Acta Pediátrica* 2001; 32 (2),: 91-98.
7. Boavida J, Porfírio H, Nogueira S, Borges L. A criança hiperactiva. *Saúde Infantil* 1998; 20:21-30.
8. Steer C R. Managing attention deficit/hyperactivity disorder: unmet needs and future directions. *Archives of Diseases in Childhood* 2005; 90 (1): 19-25.
9. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR, Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 4ª edição Texto revisto. Climepsi Editores; 2002: 85-93.
10. Kadesjö B, Gillberg C. The comorbidity of ADHD in general population of Swedish school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2001; 42:487-492.
11. Harpin V A. The effect of ADHD on the life of an individual, their family and community from preschool to adult life. *Archives of Diseases in Childhood* 2005; 90 (1): 2-7.
12. Boavida J. Hiperactividade ou "má educação"? *Saúde Infantil* 2006;28 (2):3-5.

**Correspondência:** Núria Madureira | E-mail: [nuriamadureira@sapo.pt](mailto:nuriamadureira@sapo.pt)  
Hospital Pediátrico de Coimbra  
Av. Bissaya Barreto  
3000-075 Coimbra



## Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção na Infância e Adolescência: problemas associados

Ana Lopes<sup>1</sup>, Alexandra Paúl<sup>2</sup>, Núria Madureira<sup>2</sup>, José Boavida Fernandes<sup>3</sup>

### Resumo

Nos últimos anos, os estudos publicados sobre a Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA) mostram que a maioria das crianças e adolescentes com esta perturbação apresenta pelo menos um outro problema associado, com uma prevalência que varia entre 50 a 87% dos casos. É, portanto, hoje bastante consensual que a co-morbilidade é a regra e não a excepção.

As condições associadas à PHDA podem ser do foro psiquiátrico ou do desenvolvimento, ou outra patologia médica, sendo as mais comuns a Perturbação de Oposição, Perturbação da Conduta, Perturbação de Ansiedade, Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação Motora e as Dificuldades Específicas da Aprendizagem.

Os autores fazem uma revisão sobre as suas manifestações, ilustrada por breves casos clínicos, e discutem as suas implicações na abordagem e prognóstico destas crianças.

**Palavras-chave:** Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA), co-morbilidades.

????????????? ?????????????????????

### Summary

In recent years, published studies about ADHD show that the majority of children and teenagers with this disorder present at least one other associated condition, in a percentage that ranges from 50 to 87%. It thus became fairly consensual that comorbidity is the rule and not the exception.

The conditions frequently associated with ADHD may be of psychiatric or developmental nature, or another medical disease. The most common are Oppositional Defiant Disorder, Conduct Disorder, Anxiety Disorder, Developmental Coordination Disorder and Learning Disorders.

The authors review their features, illustrated by short case reports, and discuss their implications in the approach and prognosis of these children.

**Keywords:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder, comorbidity.

1 Interna de Pediatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho 2 Interna de Pediatria do Hospital Pediátrico de Coimbra 3 Assistente Graduado de Pediatria do Hospital Pediátrico de Coimbra

## Introdução

Nos últimos anos, tem-se assistido a um acumular de evidência científica constatando que a maioria das crianças e adolescentes com PHDA apresenta pelo menos um outro problema associado, com uma prevalência que se estima entre 50 a 87% dos casos [1]. É, portanto hoje bastante consensual que a co-morbilidade é a REGRA e não a excepção.

Este facto acarreta várias implicações na forma como olhamos para esta patologia. Em primeiro lugar, a maioria dos grandes estudos realizados excluiu as crianças com co-morbilidades evidentes, sendo os seus resultados não totalmente representativos da realidade. Por outro lado, sabe-se que a co-morbilidade influencia grandemente a resposta à terapêutica e o prognóstico da doença. Finalmente, as perturbações associadas requerem muitas vezes intervenções farmacológicas e comportamentais paralelas, fundamentais para o controlo da própria patologia de base [2].

Na avaliação dos problemas associados à PHDA, há a considerar:

Os sintomas que fazem parte da PHDA.

As condições verdadeiramente co-mórbidas, ou seja, aquelas que cumprem critérios suficientes para se fazer um segundo diagnóstico.

Os sintomas que representam relações causais (por exemplo, as consequências da PHDA no desempenho escolar, podem levar a humor depressivo)

As patologias que têm mecanismos fisiopatológicos comuns (por exemplo, os factores genéticos ou lesão cerebral que podem estar na origem tanto da PHDA como da Deficiência Mental (DM) [3]

As condições associadas à PHDA podem dividir-se em perturbações psicológicas/psiquiátricas, perturbações do desenvolvimento e patologias médicas cujo fenótipo comportamental inclui frequentemente sintomas de hiperactividade e défice de atenção. (Quadro 1).

<b>PERTURBAÇÕES PSICOLÓGICAS</b>	<b>PERTURBAÇÕES DO DESENVOLVIMENTO</b>	<b>PATOLOGIA MÉDICA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perturbação de Oposição / Perturbação da Conduta</li> <li>- Perturbação do Humor</li> <li>- Perturbação de Ansiedade</li> <li>- Tiques</li> <li>- Abuso de Substâncias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perturbação do desenvolvimento da Coordenação Motora</li> <li>- Dificuldades Específicas da Aprendizagem</li> <li>- Perturbação Específica da Linguagem</li> <li>- Deficiência Mental</li> <li>- Perturbação do Espectro do Autismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Síndrome de X Frágil</li> <li>- Síndrome alcoólico fetal</li> <li>- Défices sensoriais (surdez, défice visual)</li> <li>- Epilepsia</li> <li>- Lesão cerebral pós-TCE</li> </ul>

**Quadro 1. Condições associadas à PHDA**

As co-morbilidades da PHDA podem-se classificar, relativamente à sua frequência, em:

- 1) Muito frequentes (ocorrem numa percentagem igual ou superior 50% dos casos), nomeadamente a Perturbação de Oposição e a Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação Motora. [1,4]

- 2) Frequentes (até 50% dos casos), de que são exemplos as Dificuldades Específicas da Aprendizagem, a Perturbação de Ansiedade e a Perturbação do Humor [2,4]  
4) Pouco frequentes, como as Perturbações do Espectro do Autismo [5].

### Perturbação de oposição e perturbação da conduta

A Perturbação de Oposição associa-se à PHDA em 54-84% dos casos, existindo também uma Perturbação da Conduta em 14% dos mesmos [4].

Nas crianças, a existência de Perturbação da Conduta implica quase sempre a existência de uma PHDA concomitante. O mesmo não se passa na adolescência, altura em que a Perturbação da Conduta isolada é mais frequente [2].

As manifestações características destas patologias estão sumariadas no quadro 2.

PERTURBAÇÃO DE OPOSIÇÃO	PERTURBAÇÃO DA CONDUTA
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comportamento persistentemente negativista, desafiante, desobediente e até mesmo hostil para com as figuras de autoridade.</li> <li>- Incapacidade de lidar com a frustração, mesmo quando resultante de uma pequena contrariedade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Padrão de comportamento em que os direitos básicos dos outros são persistentemente violados, existindo um desrespeito pelas principais normas ou regras da sociedade</li> <li>- Envolvimento frequente em conflitos com agressão física, actos de crueldade para com animais, roubos, invasão de propriedade alheia, actos de vandalismo, e mentiras persistentes.</li> </ul>

**Quadro 2:** Manifestações clínicas da Perturbação de Oposição e da Perturbação da Conduta

As crianças com PHDA e Perturbação da Conduta provêm geralmente de níveis sócio-económicos mais desfavorecidos, frequentemente com história familiar de comportamento anti-social, existindo muitas vezes um factor precipitante ambiental para o início dos sintomas [2].

Estas crianças não diferem das outras com PHDA isolada em termos de nível cognitivo, mas apresentam muito pior rendimento escolar e percentagens mais altas de dificuldades específicas de aprendizagem, sobretudo dislexia. Por outro lado, apresentam mais frequentemente sintomas depressivos e de ansiedade [2].

Em termos de prognóstico, a existência de uma Perturbação da Conduta associada à PHDA implica um pior prognóstico futuro, em grande parte devido à maior probabilidade de evolução para delinquência e comportamentos anti-sociais na adolescência, bem como Perturbação da Personalidade Anti-Social na idade adulta [2].

Pelo contrário, a Perturbação de Oposição por si só não implica à partida, um prognóstico futuro tão negativo. Verifica-se, contudo, que algumas crianças e adolescentes em quem estes sintomas persistem ao longo do tempo, vêm a desenvolver sintomas suficientemente graves para cumprir critérios para Perturbação da Conduta [6].

Esta situação implica sempre uma intervenção multidisciplinar. A nível farmacológico, verificou-se que os psicoestimulantes (ex. metilfenidato) têm efeitos favoráveis na redução dos

comportamentos agressivos físicos e verbais e das interacções sociais negativas, e numa melhoria dos comportamentos anti-sociais. Os antipsicóticos, nomeadamente a risperidona podem ser usados nas situações de Perturbação da Conduta graves. Paralelamente, são recomendadas intervenções comportamentais (terapia individual, terapia familiar e apoio aos intervenientes no contexto escolar) [3].

### **Perturbação de ansiedade**

Relativamente aos sintomas de ansiedade, há a distinguir primeiramente aqueles que constituem fenómenos normais na infância, e que devem ser valorizados considerando a sua intensidade e a idade da criança. Alguns exemplos são a ansiedade de separação e reacção ao estranho, que fazem parte do desenvolvimento psico-afectivo normal, o aparecimento de alguns comportamentos ritualistas (quando transitórios e não perturbadores do normal funcionamento da criança), as fobias específicas (por exemplo ao escuro, cães, insectos, ruídos, médicos) ou a timidez e ansiedade social que surgem numa elevada percentagem de crianças em alguma altura da sua vida [3].

Na esfera do que é patológico, apesar da classificação da Academia Americana de Psiquiatria, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM IV) [7] só admitir como diagnósticos na infância a Perturbação de Ansiedade de Separação e o Mutismo Electivo, sabe-se que muitas outras patologias têm as suas primeiras manifestações ainda na idade pediátrica. É o caso da Perturbação de Ansiedade Fóbica, Perturbação de Ansiedade Social, Perturbação de Ansiedade Generalizada, Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Perturbação de Stress Pós-traumático [3].

Estima-se que os sintomas de ansiedade patológica tenham uma prevalência de 3-4% na população pediátrica geral, que sobe para cerca de 25% nas crianças com PHDA [3,6].

Os sintomas de ansiedade manifestam-se tanto no domínio cognitivo através de um nível de vigilância aumentado com apreensão, pensamentos catastróficos, antecipação de momentos de grande embaraço ou de risco para a vida, como no domínio comportamental. A este nível, traduzem-se por períodos de agitação, birras, procura constante de atenção ou dependência exacerbada e rituais. Muitos destes sintomas podem ser desvalorizados, uma vez que se sobrepõem aos da PHDA [6].

A coexistência de PHDA e Perturbação de Ansiedade agrava substancialmente o prognóstico nestas crianças, uma vez que implica grande dificuldade a nível do funcionamento psicossocial nos âmbitos escolar, cognitivo, social e familiar [6].

As estratégias terapêuticas utilizadas nestas situações incluem as intervenções cognitivo-comportamentais e, se necessário a associação de um inibidor selectivo da recaptação da serotonina (SRRI), como por exemplo a sertralina, à terapêutica com metilfenidato [3,6].

### **Perturbações do humor**

As Perturbações do Humor coexistem com a PHDA em 15-75% dos casos [6], enquanto que na população pediátrica geral atingem 0,5 a 1% das crianças e 4-5% dos adolescen-

tes. Nas crianças não existe predomínio de sexos, mas no escalão dos adolescentes, estas perturbações atingem maioritariamente o sexo feminino, numa proporção de 3 para 1 [3].

### Síndrome Depressivo Major

Manifesta-se nas crianças por sentimentos frequentes de tristeza, perda de interesse ou prazer persistente nas actividades preferidas, tendência ao isolamento, sentimentos de auto-desvalorização ou de culpa infundada. Em algumas situações, as manifestações de tristeza podem ser mascaradas por um estado de irritabilidade persistente. Existem frequentemente alterações nos padrões do sono e do apetite e queixas de fadiga persistente. A recusa escolar e os comportamentos agressivos e anti-sociais podem ser outros dos problemas.

É de salientar a alta incidência de episódios “mania-like” que ocorrem nas Perturbações do Humor na idade pediátrica (entre 20 a 50% dos casos) [3]. Estes caracterizam-se sobretudo por irritabilidade extrema, humor “explosivo”, diminuição da necessidade de sono, verborreia com fuga de pensamento e ideias de grandiosidade, aumento do nível de actividade (social, escolar ou sexual) ou procura de actividades excitantes e eventualmente perigosas [3]. Existe frequentemente uma história familiar de Perturbação Bipolar nestes casos. Contudo, estes sintomas na criança, quando associados a PHDA, não são preditores de Perturbação Bipolar na adolescência [3].

Em termos de terapêutica, aconselha-se a intervenção psico-social e, eventualmente, a associação de um SSRI ao psicoestimulante. No caso de existir uma Perturbação Bipolar como co-morbilidade, a decisão de iniciar em primeiro lugar psicoestimulantes ou estabilizadores do humor pode ser complexa e deverá ser reservada a um profissional especializado nesta área [2,3].

### Tiques

Associam-se à PHDA em 20% dos casos e a sua presença não contribui para um prognóstico mais desfavorável nestas crianças.

Na grande maioria das situações, os tiques remitem ao longo do tempo, quando é instituída terapêutica específica para a PHDA. Contudo, existem situações em que podem ser agravados ou até mesmo despoletados pelos psico-estimulantes. Nestes casos, pode ser necessário associar outro fármaco para o seu controlo, nomeadamente a risperidona ou a clonidina [3,4].

### Abuso de substâncias

Os adolescentes com PHDA têm um risco superior ao da população em geral para o consumo de tabaco, álcool ou drogas ilícitas e tendem a manter a sua dependência durante períodos mais longos [6]. Sabe-se ainda que, quando a PHDA está associada a Perturbação da Conduta ou Perturbação Bipolar, o risco é ainda maior.

Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção  
na Infância e Adolescência: problemas associados

Por outro lado, a preocupação de que a terapêutica com psico-estimulante, acarretasse um risco aumentado para o consumo de outros estimulantes demonstrou-se infundada, tendo-se verificado mesmo um efeito protector. Os factores psicológicos que levam ao abuso de substâncias são atenuados por um bom controlo dos sintomas de PHDA e das suas co-morbilidades [4].

## Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação Motora (PDCM)

A PDCM é a perturbação do desenvolvimento mais frequente nas crianças com PHDA, estando presente em cerca de 50% dos casos. Por outro lado, cerca de metade dos casos de PDCM cumpre critérios para PHDA [8].

A PDCM define-se por um desempenho inferior ao esperado para a idade nas actividades que requerem coordenação motora, nomeadamente um atraso marcado nas aquisições motoras (ex. sentar, gatinhar, andar), deixar cair objectos frequentemente, "clumsiness", mau desempenho nos desportos ou má caligrafia. Esta perturbação deverá interferir significativamente com o desempenho escolar ou com as actividades da vida diária, e não se deverá poder atribuir a qualquer outra patologia médica ou psiquiátrica [8].

Nos anos 70, Gillberg e colegas desenvolveram, na Escandinávia, o conceito de DAMP (défice de atenção, controlo motor e percepção). Esta entidade representa as situações em que existe défice de atenção (com ou sem hiperactividade e impulsividade) associado a défice significativo em uma ou mais das seguintes áreas: motricidade global, motricidade fina, percepção ou linguagem expressiva. Segundo a Classificação diagnóstica DSM IV, estas crianças correspondem àquelas que cumprem critérios tanto para PHDA como para PDCM [8]. Vários estudos realizados sobre crianças com DAMP mostraram que a prevalência de outras co-morbilidades é especialmente alta nestas crianças, sobretudo as Dificuldades Específicas de Aprendizagem (dislexia, discalculia) e as Perturbações Específicas da Linguagem (Perturbação Receptiva-Expressiva, Perturbação Semântico-Pragmática, dificuldades na articulação ou gaguez) [5,8]. Estas crianças apresentam ainda frequentemente características autistas (presentes em até 2/3 dos casos), muitas delas cumprindo critérios para Perturbação de Asperger [8].

A associação de PHDA com PDCM tem um prognóstico a longo prazo excepcionalmente desfavorável. Ao longo do tempo, o défice de coordenação motora tem tendência a tornar-se menos óbvio mas na maioria das situações o défice de atenção persiste até à idade adulta. O DAMP por si só, se não tratado, predispõe à ocorrência de patologia psiquiátrica, com altas taxas de evolução para Perturbação da Personalidade Anti-social, e Abuso de Substâncias [8]. A intervenção, nestes casos, implica uma associação de terapêutica farmacológica, apoio pedagógico e/ou apoio terapêutico (ex. terapia ocupacional), de acordo com as necessidades da criança [5].

## Dificuldades específicas da aprendizagem

Estima-se que as dificuldades específicas da aprendizagem estejam presentes em 25 a 35% dos doentes com PHDA [4]. As dificuldades mais comuns são as da aprendizagem da

leitura e escrita (dislexia), má caligrafia e diminuição da velocidade de trabalho. Estas parecem dever-se a um défice das funções executivas, nomeadamente da memória de trabalho e da activação e modulação do estado de alerta, o que pode representar um mecanismo fisiopatológico comum ao da própria PHDA [5].

As dificuldades escolares acarretam uma série de outros problemas como a baixa auto-estima, sintomas depressivos, recusa escolar e uma maior tendência para a Perturbação da Conduta e o Abuso de Substâncias, que podem agravar significativamente o prognóstico futuro [5].

A intervenção inclui a terapêutica com psico-estimulantes, que resulta na melhoria do desempenho académico, associada a apoio pedagógico individualizado, de acordo com as dificuldades específicas da criança [5]

### Perturbações do espectro do autismo (PEA)

As crianças com PEA apresentam frequentemente hiperactividade, impulsividade e agressividade, características muitas vezes presentes na PHDA. Torna-se, portanto, importante no diagnóstico diferencial a presença de perturbação da linguagem (atraso significativo, alteração da utilização da linguagem no seu contexto, ecolália, frases estereotipadas, reversão dos pronomes), a alteração das interações sociais (alteração do contacto visual, expressão facial pobre e ausência do interesse pelas outras crianças) e a presença de estereotipias/maneirismos ou interesses restritos.

Nestas crianças, os critérios de hiperactividade e impulsividade cumprem-se frequentemente, enquanto que os critérios de défice de atenção podem ser mais difíceis de aplicar, uma vez que os sintomas podem representar dificuldades na comunicação e não na atenção. Nas PEA, o diagnóstico adicional de PHDA é reservado aos casos que apresentam hiperactividade, impulsividade e inatensão desapropriada ao nível de desenvolvimento.

A risperidona é o fármaco mais frequentemente utilizado nestas situações. A terapêutica com metilfenidato reduz os sintomas de hiperactividade e as estereotipias, mas não altera a sintomatologia autista. Nos casos refractários às terapêuticas anteriores, tem sido preconizado o uso da clonidina na redução dos sintomas de PHDA e irritabilidade [5].

### Deficiência mental (DM)

A prevalência de PHDA nas crianças com DM varia entre 6-92%, consoante os estudos.

Foi demonstrado que, nestas crianças, o metilfenidato oferece resultados benéficos na melhoria da atenção selectiva e mantida, inibição dos impulsos e melhoria do comportamento [5].

### Epilepsia

A prevalência da PHDA nas crianças com epilepsia estima-se em 35 a 40%.

O tratamento com metilfenidato mostrou-se eficaz e seguro nos casos de epilepsia bem controlada [5].

## Casos Clínicos

### Caso 1

Fernando, 12 anos, adoptado no primeiro mês de vida.

Foi enviado à Consulta por "comportamento hiperactivo e mau rendimento escolar".

Da avaliação realizada, constatou-se cumprir os critérios DSM-IV para PHDA do tipo hiperactivo / impulsivo e apresenta um nível cognitivo médio.

Paralelamente, são referidos comportamentos agressivos físicos e verbais para com os colegas e funcionários da escola, actos de crueldade para com animais, pequenos furtos, actos de vandalismo e mentiras frequentes, responsabilizando os outros pelos seus actos. Foi enviado à consulta de pedopsiquiatria, com o diagnóstico de Perturbação da Conduta.

### Caso 2

Pedro, 10 anos de idade.

Referenciado aos 8 anos por "dificuldade de concentração", desobediência e fraco aproveitamento escolar.

Cumprir critérios DSM-IV para PHDA tipo combinado, apresentando um nível cognitivo dentro da média.

Os pais queixam-se de desobediência marcada, não cumprindo ordens e contrariando frequentemente os outros. Recusa frequentemente realizar tarefas, quer em casa, quer no âmbito escolar. Foi diagnosticada uma Perturbação de Oposição, em associação à PHDA.

Está actualmente medicado com Metilfenidato, com melhoria do comportamento, embora mantenha fraco rendimento escolar e necessidade de apoio educativo individualizado.

### Caso 3

Pedro, 11 anos de idade.

Enviado aos 7 anos por "dificuldades escolares".

Constatou-se apresentar critérios diagnósticos para PHDA tipo combinado. A avaliação revelou um nível cognitivo médio inferior.

Fez terapêutica farmacológica com metilfenidato desde a altura do diagnóstico, com bons resultados em termos de comportamento e melhoria do rendimento escolar na área da matemática. Contudo, apesar de ter apoio educativo, mantém dificuldades marcadas na área da Língua Portuguesa, sobretudo ao nível da leitura e escrita, pelo que foi observado em consulta de dificuldades escolares, tendo-se verificado cumprir critérios para o diagnóstico de dislexia.

### Nuno, 17 anos.

Referenciado à Consulta aos 5 anos de idade por "atraso da linguagem e alteração do comportamento".

Foi feito o diagnóstico de PHDA tipo combinado, tendo a avaliação mostrado um nível cognitivo normal/alto. Apresentou desde sempre uma grande dificuldade em estabelecer contacto visual e uma tendência ao isolamento social, bem como alguns comportamentos obsessivos persistentes. Foi seguido paralelamente nas consultas de psicologia e pedopsi-



quiatria, tendo-se estabelecido recentemente o diagnóstico de Síndrome de Asperger. Retrospectivamente, verificou-se que o pai possui características comportamentais semelhantes, embora nunca tenha sido feito qualquer diagnóstico formal.

### Caso 5

Diana, 12 anos

Enviada aos 2 anos, inicialmente por atraso da linguagem. Foi diagnosticada surdez neurosensorial, tendo sido submetida a implante coclear aos 3 anos. Posteriormente, foi orientada para consultas de terapia da fala e iniciou apoio educativo.

Constatou-se uma boa evolução em termos de linguagem e cognição, embora mantendo comportamento hiperactivo marcado, pelo que foi feito o diagnóstico de PHDA tipo Hiperactivo/Impulsivo.

Iniciou terapêutica com metilfenidato aos 7 anos de idade, com melhoria franca do ponto de vista comportamental.

### Caso 6

Sérgio, 10 anos.

Enviado à Consulta aos 3 anos, por atraso da linguagem, tendo sido diagnosticado um défice auditivo ligeiro, tendo iniciado terapia da fala.

Ao longo do tempo, constatou-se a presença de PHDA do tipo inatento, tendo iniciado terapêutica com metilfenidato. Apesar de possuir um nível cognitivo muito superior, tem um desempenho académico médio, atribuído às dificuldades que ainda mantém nas áreas da linguagem e motricidade fina. Por este motivo, foi diagnosticada Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação Motora, em associação à PHDA.

## Discussão

Na abordagem destas crianças, é necessário determinar se existem critérios suficientes para estabelecer um segundo diagnóstico para além do de PHDA, tratando-se nesse caso de uma verdadeira co-morbilidade.

Alguns problemas associados podem resultar da PHDA, como os sintomas de disforia, baixa auto-estima ou labilidade emocional, que geralmente respondem favoravelmente ao tratamento da perturbação de base.

Por outro lado, existem perturbações psiquiátricas que produzem sintomas sugestivos de PHDA. Por exemplo, a Perturbação da Conduta cursa com comportamento hiperactivo e diminuição do controlo dos impulsos. Da mesma forma, tanto a Depressão como a Perturbação de Ansiedade causam frequentemente diminuição da atenção. Se o doente não tem uma história prévia clara de sintomas de PHDA e desenvolve dificuldades de concentração apenas após o início do quadro depressivo ou ansioso, então provavelmente esta será a entidade primária.

As dificuldades escolares (DA) apresentadas por estas crianças podem dever-se exclusivamente à PHDA, sendo de esperar nesse caso uma melhoria clara no desempenho académi-

Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção  
na Infância e Adolescência: problemas associados

co após um ou dois meses de terapêutica. Caso tal não ocorra, a criança deverá ser avaliada psicologicamente para determinar o seu nível cognitivo e rastrear possíveis dificuldades específicas de aprendizagem (DA). Por outro lado, as DA podem ser, por si só, responsáveis pela inatenção que é revelada exclusivamente quando a criança está a trabalhar na área em que tem mais dificuldade, sem que existam problemas de atenção fora desta área restrita. As crianças com dificuldades específicas da aprendizagem não apresentam sintomas de hiperactividade e impulsividade mas podem, contudo, manifestar comportamentos de oposição relativamente às actividades escolares. Também estes geralmente não se estendem para além desta esfera.

## Conclusões

Cada caso é um caso e todas as crianças com PHDA se apresentam de forma diferente. Parte desta diferença tem a ver com a presença maior ou menor de outros problemas associados e com o respectivo impacto destes, no funcionamento académico e social. Torna-se fundamental avaliar individualmente de forma a elaborar um plano de intervenção, aos níveis farmacológico, psicológico e pedagógico, de acordo com as características e necessidades específicas de cada criança. Está bem estabelecido que o controlo das co-morbilidades condiciona fortemente o prognóstico futuro, quer no âmbito escolar e profissional, quer na estabilidade das relações interpessoais e inserção na sociedade [4].

## Bibliografia

1. Kadesjo B, Gillberg C. The Comorbidity of ADHD in the General Population of Swedish School-age Children. *J Child Psychol Psychiat* Vol 42, No 4, pp 487-492, 2001.
2. Pliszka S. Patterns of Psychiatric Comorbidity with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. Volume 9. Number 3. July 2000.
3. Thomsen, P. ADHD and its Co-morbidities, Focus on Psychiatric Disorders (comunicação pessoal). Novartis Neuroscience Symposium, 7-8 May 2007, Stockholm, Sweden.
4. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2007; 46(7): 894-921.
5. Venter, A. ADHD and Paediatric co-morbidity (comunicação pessoal). Novartis Neuroscience Symposium, 7-8 May 2007, Stockholm, Sweden.
6. Spencer T. ADHD and Comorbidity in Childhood. *J Clin Psychiatry* 2006; 67 (suppl 8).
7. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, American Psychiatric Association, 1994.
8. Gillberg C. Deficits in Attention, Motor Control, and Perception: a Brief Review. *Arch Dis Child* 2003; 88:904-910.

## Transferências inter-hospitalares pediátricas do Hospital Distrital da Figueira da Foz

Ana Vaz<sup>1</sup>, Agostinho Fernandes<sup>1</sup>, Nuno Figueiredo<sup>1</sup>

### Resumo

As transferências inter-hospitalares são um acto médico que tem como objectivo melhorar a qualidade dos cuidados assistenciais.

O presente estudo, retrospectivo, analisou o peso representativo das transferências de doentes pediátricos para outros hospitais no movimento global do Serviço de Pediatria do Hospital Distrital da Figueira da Foz (HDF), um hospital de nível 2.

A recolha de dados foi feita pela consulta das folhas de urgência e/ou dos processos clínicos de todas as crianças transferidas do HDF nos anos de 2004 e 2005.

Foram transferidas 117 crianças (0,29% do total de crianças atendidas no SU ou internadas no HDF): 82 do serviço de urgência (0,21% do total de urgências pediátricas), 25 da enfermaria de pediatria (2,1% do total de crianças internadas) e 10 dos recém-nascidos internados (8,3%). A necessidade de cuidados mais diferenciados justificou a transferência de 37 crianças (32%) e a indisponibilidade de alguns exames complementares de diagnóstico de treze (11%). Para observação por uma especialidade foram transferidas 55 crianças (47%). A Pediatria foi responsável pela transferência de 78% das crianças. Cinquenta e oito por cento das crianças transferidas tiveram como destino especialidades cirúrgicas. A ambulância foi o principal meio de transporte utilizado. O Hospital Pediátrico de Coimbra recebeu 85% das crianças transferidas. Houve confirmação do diagnóstico em 93% dos casos em que a informação recebida estava registada no processo clínico.

Este estudo reflecte o panorama de transferências de um hospital de nível 2 para hospitais mais diferenciados e alguns dos problemas clínicos encontrados num hospital de nível 2.

**Palavras-chave:** transferências, pediatria, hospital distrital.

### Pediatric referrals from a local hospital

### Summary

Appropriate medical referrals reduce healthcare costs and improve patients care.

This retrospective study evaluates the pediatric referrals from a local hospital during a period of two years (2004 and 2005). We reviewed the clinical records of children referred to another hospital during that period. One hundred and seventeen children were referred,

<sup>1</sup> Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

corresponding to 0,29% of all the children seen in the emergency room or admitted in the hospital. Eighty two children were referred from de emergency room (0,21% of all pediatric observations), 25 from infirmary (2,1%) and 10 were newborns (8,3% of all newborns in intermediate unit care). The need of specialized care and investigation justified, respectively, the referral of 37 (32%) and 13 (11%) children. Specialist referrals justified 47% of referrals. The pediatricians referred 78% of the children. Surgical specialties received 58% of the referrals. Almost all the patients were transported by ambulance. A tertiary care hospital received 85% of the referred children. Diagnoses were confirmed in 93% of the cases. This study shows the referral pattern in a local hospital and some of the problems found.

**Keywords:** referrals, pediatrics, local hospital.

## Introdução

A hierarquia dos Cuidados de Saúde (hospitais de nível 1, 2 e 3) pressupõe a sua diferenciação e, conseqüente articulação, tornando necessária a transferência de doentes com patologias graves ou raras, para orientação por outras especialidades e/ou para realização de exames complementares só disponíveis em alguns centros. Deste modo, garante-se o acesso aos cuidados de saúde que os doentes necessitam num dado momento [1]. Uma referenciação adequada reduz os custos com os Cuidados de Saúde, aumenta a satisfação dos doentes e melhora a qualidade assistencial prestada [2].

A organização das urgências dos hospitais de nível 1 e 2 cria frequentes lacunas de cobertura assistencial em algumas especialidades ou técnicas, tornando indisponíveis em tempo útil observações médicas e/ou exames complementares. A realização de exames complementares de diagnóstico é, por isso, um motivo muito frequente de transferência de doentes [3]. Um estudo do panorama das transferências pode contribuir para uma melhor organização dos Cuidados de Saúde e conseqüente melhoria da qualidade assistencial [3,4]. Numa transferência a comunicação existente, ou a sua falta, reflecte a responsabilidade assumida pelo médico que transfere e pelo que recebe o doente [5]. Em hospitais de igual nível, 1 ou 2, seria de esperar equidade na percentagem de referências para hospitais de nível 3. As disparidades inter-hospitalares poderão reflectir contingências assistenciais particulares, sempre possíveis de melhorar. No entanto, essa avaliação é difícil pelo facto de não existirem publicados dados nacionais.

Na Zona Centro, para além do transporte medicalizado de recém-nascidos (INEM-RN), existe desde Abril de 2005, o Sistema de Transporte de Emergência Pediátrico (STEP-INEM), cuja equipa (a mesma do INEM-RN) assegura a transferência inter-hospitalar de todas as crianças (até aos 15 anos) que necessitam de transporte medicalizado.

O Hospital Distrital da Figueira da Foz (HDFF) é um hospital de nível 2, localizado a 40 Km de Coimbra e recebe doentes dos vários concelhos limítrofes à cidade da Figueira da Foz. Durante o período do estudo, asseguravam urgências 24 horas por dia as especialidades de Anestesia, Cirurgia, Medicina Geral e Familiar, Imagiologia, Medicina Interna, Patologia Clínica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia. Durante o horário normal de trabalho, davam apoio à urgência as outras especialidades existentes no HDFF: Cardiologia, Dermatologia,

Gastroenterologia, Hematologia, Medicina Física e Reabilitação, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pedopsiquiatria, Pneumologia e Psiquiatria.

O Serviço de Pediatria do HDFF é constituído pela Enfermaria de Pediatria — onde são internadas todas crianças até aos 15 anos com patologias médicas e cirúrgicas, a Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-nascido (UCERN) — incluída no espaço físico da enfermaria, a Neonatologia (incluída na Enfermaria de Obstetrícia), a Consulta Externa de Pediatria e o Serviço de Urgência (SU) pediátrico individualizado, de afluência directa ou referenciada 24 horas por dia. Os autores avaliaram durante um período de dois anos (2004 e 2005): o peso representativo das transferências no movimento global do Serviço de Pediatria do HDFF, o tipo de referência, a veiculação de informação entre o HDFF e os hospitais de destino e os erros / falhas cometidos.

## Material e métodos

A todos os doentes atendidos no SU pediátrica do HDFF era atribuída uma «folha de urgência» com registo de uma breve informação clínica, diagnóstico, tratamento e destino da criança. Estas folhas estão arquivadas em dossiers numerados por data de atendimento. Aos doentes que realizavam exames complementares de diagnóstico era também aberto um processo clínico. Todas as transferências do SU do HDFF eram registadas num «livro de transferências». Na enfermaria existia um ficheiro informatizado de todos os doentes, incluindo os RN internados na UCERN, com registo de: história clínica, diagnósticos, terapêuticas, procedimentos, exames complementares e destino na alta.

Neste estudo retrospectivo, faz-se a avaliação dos dados referentes a todas as crianças transferidas do Serviço de Pediatria do HDFF — urgência, enfermaria e UCERN — para outros hospitais durante os anos de 2004 e 2005. Foram analisados os seguintes dados: idade, sexo, especialidade responsável pela transferência, motivo da transferência, diagnóstico, destino (hospital / serviço), meio de transporte utilizado, informação enviada e recebida (oral — contacto telefónico — ou escrita) e a existência de confirmação diagnóstica.

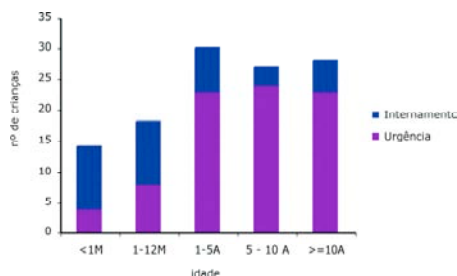
## Resultados

O número de partos, urgências, internamentos e transferências no HDFF foi sobreponível nos dois anos (2004 e 2005), pelo que, os dados obtidos, analisados por ano, se apresentavam em conjunto.

Neste período, recorreram ao serviço de urgência pediátrica 39.000 crianças; estiveram internadas na enfermaria 1.146 crianças e 120 RN na UCERN.

Foram transferidas 117 crianças, o que corresponde a 0,29% do total de crianças atendidas no SU ou internadas no HDFF: 82 do serviço de urgência (0,21% do total de urgências pediátricas), 25 do internamento (2,1% do total de crianças internadas na enfermaria) e 10 da UCERN (8,3% do total de RN internados nesta unidade).

Apresentam-se em separado os dados relativos ao SU e internamento (incluindo a UCERN).

Transferências Inter-Hospitalares Pediátricas  
do Hospital Distrital da Figueira da Foz**Figura 1** – distribuição etária das crianças transferidas.

Os motivos da transferência foram: necessidade de observação por uma especialidade não existente ou não disponível no HDFF (54%); gravidade clínica com necessidade de cuidados mais diferenciados (26%); realização de exames complementares de diagnóstico (12%) e transferência para um hospital da sua área de residência (8%).

### Serviço de Urgência

A distribuição etária das 82 crianças transferidas do SU pode ver-se na figura 1. Verificou-se um maior número de transferências nos meses de inverno, às segundas-feiras e aos sábados e entre as 13 e as 21 horas. A especialidade de Pediatria transferiu 47 crianças (57%), a Cirurgia 24 (29%), a Ortopedia sete (8,7%), a Medicina Geral e Familiar três (3,6%) e a Obstetria uma (1,2%).

Na tabela I podem ver-se os motivos/diagnósticos das transferências.

Cinquenta e sete crianças (70%) foram transferidas para avaliação por especialidades cirúrgicas (Cirurgia Pediátrica, Oftalmologia, Neurocirurgia, Estomatologia e Ortopedia). O Hospital Pediátrico de Coimbra (HPC) recebeu 69 crianças (84%), o Centro Hospitalar de Coimbra (CHC) 9 (11,2%), a Maternidade Bissaya Barreto (MBB) duas (2,4%) e foram transferidas duas (2,4%) para um hospital da sua área de residência.

A ambulância foi o meio de transporte preferencial para efectuar as transferências, no entanto, algumas crianças com motivos não emergentes (por exemplo traumatismo ocular, suspeita de corpo estranho na córnea), deslocaram-se em carro próprio. O Sistema de Transporte de Emergência Pediátrico (STEP/INEM-RN) transportou uma criança.

Em 20% dos processos constava registo acerca da informação enviada pelo HDFF e em 5% estava registada a informação recebida do hospital de destino.

### Internamento

Do internamento foram transferidas 35 crianças (25 da enfermaria e 10 da UCERN), 77% tinham idade inferior a 5 anos (figura 1).

A Pediatria transferiu 31 crianças (88,6%), a Cirurgia três (8,5%) e a Ortopedia uma (2,9%).

Dezanove crianças (54,2%) foram transferidas pela necessidade de cuidados diferenciados, 10 (28,6%) para observação por uma especialidade não existente ou não disponível no HDFF; 3 (8,6%) para realização de exames complementares de diagnóstico e 3 (8,6%) para hospitais da sua área de residência.

Os diagnósticos das crianças transferidas estão representados nas tabelas I e II. Onze crianças (31%) foram transferidas para avaliação por especialidades cirúrgicas (Cirurgia, Ortopedia, Neurocirurgia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia).

		Serviço de Urgência	Internamento
<b>Cirúrgicos</b>	Invaginação intestinal	5	2
	Hérnia inguinal encarcerada	5	-
	Torção testicular	3	-
	Politraumatizado	2	1
	Queimadura extensa	2	-
	Dor abdominal	1	-
	Apendicite aguda	1	-
	Balanite exuberante	1	-
	Estenose hipertrófica do piloro	1	-
	Traumatismo abdominal	-	1
	Oclusão intestinal	-	1
<b>Infecciosos</b>	Pneumonia	1	3
	Celulite peri-orbitária/orbitária	-	3
	Meningite meningocócica	-	1
	Meningite pneumocócica	-	1
	Meningoencefalite e hidrocefalia	-	1
	Adenofleimão	-	1
<b>Oftalmológicos</b>	Artrite séptica da anca	-	1
<b>Neurocirúrgicos</b>	Traumatismo ocular	11	-
	Corpo estranho	5	-
<b>Gastrointestinais</b>	Traumatismo crânio-encefálico	6	-
	Traumatismo vértebro-medular	2	-
	Corpo estranho esofágico	3	-
	Ingestão de cáustico	2	-
	Rectorragias	2	-
	Obstipação crónica	1	1
<b>Estomatológicos</b>	Esofagite	-	1
<b>Ortopédicos</b>	Traumatismo de dentes	6	-
	Abcesso maxilar	1	-
<b>Hemato-oncológicos</b>	Fracturas de membros	5	-
	Púrpura trombocitopénica imune	1	-
	Linfoma	1	-
<b>Neurológicos</b>	Leucemia aguda	2	-
	Coma	1	-
	Alteração do estado de consciência	2	1
	Intoxicação por neurolépticos	1	1
	Encefalite	-	2
<b>Cardiológicos</b>	Neuropatia sensitiva (com hipohidrose)	-	1
	Arritmia	1	-
<b>Médico-legais</b>	Cardiopatia	1	-
	Abuso sexual	2	-
<b>Psiquiátricos</b>	Maus tratos	-	1
	Ameaça de suicídio	1	-
<b>Otorrinolaringológicos</b>	Traumatismo da laringe	1	-
<b>Outros</b>	Hiperbilirrubinemia	1	-
	Gravidez / prematuridade	1	-
	Apneias	-	1
<b>Total</b>		<b>82</b>	<b>25</b>

Tabela I – Motivos / diagnósticos das transferências do SU e Internamento (excepto UCERN).

Transferências Inter-Hospitalares Pediátricas  
do Hospital Distrital da Figueira da Foz

<b>Malformações</b>	Cardiopatias - 3 Extrofia vesical com epispádias - 1 Mielomeningocele - 1
<b>Insuficiência respiratória</b>	Asfixia neonatal - 2 Síndrome de aspiração meconial - 1 Síndrome de dificuldade respiratória grave - 1
<b>Prematuridade</b>	Extremo baixo peso (970g) - 1

Tabela II – Diagnósticos dos recém-nascidos transferidos da UCERN.

O HPC recebeu 30 crianças (86%); a MBB três RN (8,6%) e duas crianças foram transferidas para um hospital da sua área de residência (5,4%).

Dezassete crianças (49%) foram transferidas de ambulância e doze (34%) pelo STEP/INEM-RN. Onze (30%) foram transferidas para uma unidade de cuidados intensivos pediátricos ou neonatais.

Em 80% dos processos do internamento constava o registo relativo à informação enviada (que em 28% foi por via telefónica, em 29% escrita e em 43% ambas) e em 65% estava registada a informação recebida do hospital de destino. Confirmou-se o diagnóstico em 93% dos casos em que a informação recebida estava registada nos processos (não se confirmaram os diagnósticos de estenose hipertrófica do piloro e síndrome de aspiração meconial). Ocorreu um óbito, 48 horas após a transferência para a MBB, do prematuro com extremo baixo peso fruto de uma gravidez não vigiada que recorreu ao SU em período expulso.

## Comentários

A recolha de dados para a realização deste trabalho foi facilitada pela existência do «livro de transferências» do SU do HDFF e do ficheiro informático existente no internamento do Serviço de Pediatria.

Nestes dois anos foram transferidas 117 crianças, o que corresponde apenas a 0,29% do total de crianças atendidas no SU ou internadas no HDFF.

O maior número de transferências do SU foi coincidente com os picos de afluência a esse serviço.

A necessidade de cuidados mais diferenciados justificou a transferência de 37 crianças (32%). Apesar de 78% das crianças terem sido transferidas pela Pediatria, 58% foram referenciadas para especialidades cirúrgicas (Cirurgia, Ortopedia, Neurocirurgia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Estomatologia). O elevado número de transferências por patologia de foro cirúrgico pode ser justificado pela especificidade da Cirurgia e Anestesia Pediátricas, particularmente em lactentes.

O facto de não haver urgência permanente de Oftalmologia no HDFF justifica que a patologia oftálmica tenha representado 20% das transferências do SU. A inexistência de alguns exames complementares de diagnóstico justificou, no global, a transferência de treze crianças (11%). A percentagem global de RN transferidos (12%) traduz a especificidade de



algumas patologias do RN e a necessidade de cuidados intensivos não existentes no HDFF. O HPC, único Hospital Central Pediátrico da zona Centro, recebeu, como se esperava, 85% do global de crianças transferidas. O STEP/INEM-RN transportou treze crianças, o que está de acordo com o número de crianças transferidas para uma unidade de cuidados intensivos. Todas as crianças transferidas do HDFF eram acompanhadas de informação escrita (duplicado da folha do «livro de transferências» e/ou resumo clínico) e na maioria dos casos havia contacto telefónico prévio, e/ou posterior com a instituição de destino. No entanto, verificou-se uma falha no registo dessa informação nos processos dos doentes transferidos (a informação recebida só estava registada em 23% de todos os processos), mais evidente no SU (5%).

## Conclusões

As transferências inter-hospitalares são uma prática diária pouco avaliada, quer em Portugal, quer na literatura internacional.

Este estudo reflecte o panorama de transferências de um hospital de nível 2 para hospitais mais diferenciados e revela alguns dos problemas clínicos encontrados num hospital de nível 2. O conhecimento desses problemas e a sua discussão, bem como a correcção das falhas encontradas poderá levar a uma prestação de cuidados mais eficiente no futuro.

Deste modo sugere-se um registo mais sistematizado da informação enviada e recebida nos processos das crianças submetidas a uma transferência.

**Agradecimento:** Ao Dr. Manuel Salgado pela sugestão de realizar e publicar este trabalho, pelo encorajamento que incutiu, pelo empenho e disponibilidade que demonstrou ao longo da elaboração deste artigo, pelas sugestões e revisão do mesmo.

## Bibliografia

1. Rede de Referência Hospitalar de Urgência / Emergência. Direcção Geral de Saúde.
2. Jones VF, Sisson B, Kurbasic M, Thomas A, Badgett T. Subspecialist Referrals in an Academic, Pediatric Setting: Rationale, Rates and Compliance. *Am J Man Care* 1997;3:1307-1311.
3. Trenchs V, Hernández-Bou S, Fernández-Santervás Y, Quintillá JM, Luaces C, García-García JJ, Pou J. Anàlisi dels motius de derivació a un servei d'urgències pediàtriques. *Pediatr Catalana* 2003;63:69-72.
4. So LY. Patterns of Referral to the Paediatric Specialist Clinic of a Regional Hospital: Descriptive Study. *Hong Kong Med J* 2000;6:24-8.
5. Muzzin LJ. Understanding the Process of Medical Referral. Part 5: communication. *Canadian Family Physician* 1992;38:301-7.

**Correspondência:** Ana Paula Vaz de Jesus  
e-mail: apvj76@gmail.com

## Obesidade infantil e excesso de peso — realidade de um Centro de Saúde de Coimbra

Ana Isabel Cordeiro<sup>1</sup>, Zita Veiga<sup>2</sup>, Zélia Cerqueira<sup>2</sup>,

### Resumo

A obesidade é um enorme problema social e económico, tornando-se a doença nutricional mais importante nos países desenvolvidos.

Os autores procederam à caracterização somatométrica da população escolar da área de abrangência do Centro de Saúde Norton de Matos, de modo a avaliar se este era um problema nessa população. A amostra consistiu em 530 crianças (87,7% do número total de crianças inscritas). Posteriormente procedeu-se à entrega de um questionário aos pais de todas as crianças que apresentavam obesidade/excesso de peso, com o objectivo de caracterizar algumas variáveis.

Dos resultados obtidos, salienta-se que: 25,3% das crianças têm excesso de peso/obesidade. A prevalência global de excesso de peso foi de 13,8%, sendo ligeiramente maior no sexo feminino (14,3%) do que no sexo masculino (13,3%); a prevalência global de obesidade foi de 11,5%, sendo igualmente maior no sexo feminino (11,7%) do que no masculino (11,4%). Os resultados encontrados neste estudo vão de encontro a outros já anteriormente publicados na literatura, que alertam para o facto do excesso de peso e da obesidade serem problemas importantes em crianças em idade escolar.

**Palavras-chave:** obesidade, excesso de peso, idade pediátrica, factores de risco, índice de massa corporal.

### Obesity and overweight: a Health Centre reality

#### Summary

Obesity is an important social and economic problem, being one of the most important nutritional disease in developed countries.

The authors proceed to the somatometric characterization of school-aged children from the area of the Health Center of Norton Matos, in order to evaluate if obesity is a real problem in that population.

We gave a questionnaire to all the parents of child with overweight and obesity to study some variables: family, patterns of physical activity and diet .

1 Hospital Pediátrico de Coimbra

2 Centro de Saúde Norton de Matos

Obesidade infantil e excesso de peso — realidade de um  
Centro de Saúde de Coimbra

25,3% of the children were overweight or obese; the global obesity prevalence was 13,8%, slightly higher in females (14,3%) than in males (13,3%); the global overweight prevalence was 11,5% also slightly higher in females (11,7%) than in males (11,4%).

These results are according to others already published in literature and alert to the fact that obesity and overweight are important problems in school population.

**Keywords:** obesity, overweight, children, risk factors, body mass index.

## Introdução

A obesidade é actualmente um grave problema social e económico, sendo a doença nutricional mais importante nos países desenvolvidos, que afecta tanto a população adulta como os adolescentes e as crianças.

A obesidade infantil é um factor preditivo da obesidade na idade adulta (risco de 80%), estando associada a inúmeras complicações, tais como doenças cardiovasculares, dislipidémias, *diabetes mellitus* tipo II, distúrbios psíquicos, problemas ortopédicos, etc. [1]. Portugal ocupa o 2º lugar europeu na prevalência de excesso de peso e/ou obesidade infantil, com 31,6% das crianças portuguesas com excesso de peso/obesidade (excesso de peso — 20,3% e obesidade — 11,3%). O primeiro lugar é ocupado pela Itália (36%) e logo a seguir seguem-se a Grécia (31%) e a Espanha (30%) [1,2].

Vivemos numa sociedade obesogénica, sendo cada vez mais os factores de risco (erros alimentares, sedentarismo,...). Em Portugal as variáveis relacionadas com os comportamentos familiares são as mais importantes na etiologia da obesidade [2].

O objectivo deste trabalho foi determinar a prevalência de *excesso de peso* e *obesidade* numa população de crianças em idade escolar, seguidas nas consultas de Saúde Escolar, do Centro de Saúde Norton de Matos (CSNM), Coimbra.

## Material e métodos

Tratou-se de um estudo observacional, descritivo e transversal, que decorreu durante 11 meses do ano de 2005 (Janeiro-Novembro). Com duas semanas de antecedência, foi enviada uma carta aos encarregados de educação explicando o objectivo do estudo aos pais e obtido o seu consentimento.

Foram critérios de inclusão: crianças saudáveis com idades entre os 5 e os 10 anos de idade, matriculadas durante o ano de 2005 nas 7 escolas do ensino público (1º ciclo) da área de abrangência do Centro de Saúde Norton de Matos (CSNM). Foram critérios de exclusão: doenças crónicas não alérgicas, presença de dismorfismos, crianças não utentes do CSNM e as que faltaram às aulas no dia da entrevista programada.

A cada criança foi realizada uma única consulta em que foram analisadas as seguintes variáveis: sexo, idade, antecedentes pessoais, peso, altura e calculado o índice de massa corporal (IMC) segundo a fórmula  $\text{Peso (Kg)}/\text{Altura}^2(\text{m}^2)$ .

Os pesos foram obtidos com uma balança de plataforma mecânica. A altura foi avaliada com craveira, com a criança descalça. Para completar a ficha de dados, foram consultadas as fichas de ligação de Saúde Escolar.

Definiu-se como *obesidade infantil* um IMC superior ao percentil P95 para o sexo e para a idade, e por *excesso de peso* um IMC entre o percentil P85 e P95, para o sexo e para a idade das tabelas do IMC do *Centre for Disease Control* (CDC) de 2000 [3,4].

Ao grupo de crianças com obesidade e excesso de peso, foi posteriormente enviado aos pais um questionário suplementar com o objectivo de caracterizar factores de risco comportamentais de obesidade / excesso de peso: número de pessoas do agregado familiar, antecedentes pessoais de obesidade, hábitos alimentares diários (número de refeições /dia, tipo de alimentos), actividade física e ocupação dos tempos livres.

O trabalho de análise estatística dos dados foi efectuado com recurso ao programa informático SPSS. Utilizou-se o teste T de Student, considerando-se significância estatística para valores de  $p > 0,05$ .

## Resultados

Das 604 crianças deste grupo etário que frequentavam as 7 escolas do ensino público (1º ciclo) da área de abrangência do CSNM, foram excluídas 74 crianças (12,3%).

A amostra consistiu em 530 crianças: 266 meninas (50,2%) e 264 rapazes (49,8%), maioritariamente (61,3%) com aos 7 e 8 anos de idade. Destes, 134 (25,3%) apresentavam critérios de excesso de peso / obesidade (excesso peso 73; obesidade 61).

A prevalência de excesso de peso e obesidade encontradas, no global e por sexo, são apresentadas na Tabela 1.

	Obesidade	Excesso de Peso	Global
<b>Sexo masculino</b>	11,4%	13,2%	24,6%
<b>Sexo feminino</b>	11,7%	14,2%	25,9%
<b>Global</b>	11,5%	13,8%	25,3%

Tabela 1 – Prevalência do excesso de peso e obesidade no global e por sexo.

Excesso peso	Fem	Masc
<b>Sim</b>	38	35
<b>Não</b>	492	495

$P < 0,05$

Obesidade	Fem	Masc
<b>Sim</b>	31	30
<b>Não</b>	499	500

Tabelas 2 e 3 – Análise estatística da prevalência do excesso de peso e obesidade por sexo (SPSS, Teste T Student).

A análise comparativa, utilizando o Teste T Student revelou que não existe diferença estatisticamente significativa entre excesso de peso e obesidade entre ambos os sexos ( $p < 0,05$ ), tal como observado nas tabelas 2 e 3.

Nas Figuras 1 e 2 são descritas respectivamente as prevalências do excesso de peso e obesidade em relação à idade e sexo.

Obesidade infantil e excesso de peso — realidade de um Centro de Saúde de Coimbra

### Excesso de Peso

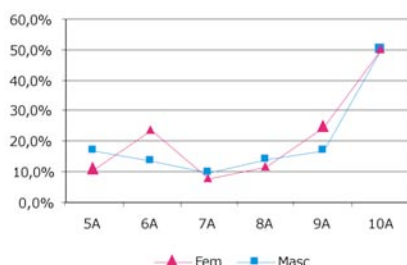


Fig. 1 - Prevalência do Excesso de Peso, por sexo e grupo etário

### Obesidade

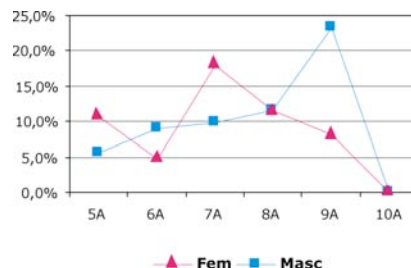


Fig. 2 - Prevalência da Obesidade, por sexo e grupo etário

Em relação à distribuição da prevalência de crianças com excesso de peso, por sexo e idade, observou-se que:

- no sexo masculino verificaram-se valores mais elevados entre os 9 e os 10 anos de idade,
- no sexo feminino encontrou-se um pico de prevalência aos 6 anos de idade; e valores mais elevados entre os 9 e os 10 anos de idade.

Relativamente à distribuição da prevalência de crianças obesas, por sexo e idade, observou-se que:

- no sexo masculino houve um pico de prevalência aos 9 anos de idade,
- no sexo feminino houve um pico de prevalência aos 7 anos de idade.

Dos 134 inquéritos enviados às famílias com o objectivo de caracterizar factores de risco comportamentais de obesidade / excesso de peso no agregado familiar, só recebemos 87 (65%).

Verificamos que 53% dos **pais** tinham excesso de peso e 24% eram obesos; relativamente às mães, 27% tinham excesso de peso, 11% eram obesas e 44,8% tinham peso adequado. Das crianças avaliadas, 63,2% tinham apenas 1irmão, 5,7% > 2irmãos e 31,0% não tinham irmãos. No grupo dos irmãos, 21,7% eram obesos e 66,7% tinham peso adequado.

Em relação ao **peso de nascimento**, 12,6% pesavam > 4000g e 4,6% < 2500g; 90,8% das crianças tiveram **aleitamento materno** exclusivo, com a duração de 1-3M em 17,7%; 3-6M em 30,4% e > 6M em 43,7%. Analisámos também os **hábitos alimentares** da nossa amostra. A maioria (65,5%) almoça na cantina da escola. Quanto ao número de refeições por dia, 8,0% referiram 3 refeições/dia, 51,7% 4 refeições/dia e 37,9% 5 refeições/dia. A maioria das crianças come fruta, sopa e vegetais (96,5%, 90,1% e 75,6% respectivamente), pelo menos a uma das refeições.

Outro factor de risco importante na obesidade é a **actividade física**. Cerca de 93,1% das crianças da nossa amostra referiram prática de exercício física, sendo as modalidades preferidas a natação (48,1%) e a ginástica (42,0%). A maioria pratica na escola (81,6%), algumas no ginásio (25,3%) e apenas 17,2% com a família. Relativamente ao número de vezes por semana, 44,4% 1x/semana; 24,7% 2x/semana; 16,0% 3x/semana; 7,4% 4x/semana e apenas 4,9% praticam desporto > 5x/semana.

Quando questionados sobre os **tempos livres**, 81,0% afirmaram jogar jogos em computador e/ou playstation; 70,4% <1H/dia e apenas 1,9% > 2H/dia. 74,7% vêem televisão <3H/dia e 18,4% entre 3 a 5H/dia.

## Conclusões

A prevalência de excesso de peso / obesidade encontrada foi 25,3%. A prevalência global de excesso de peso foi de 13,8%, sendo ligeiramente maior no sexo feminino (14,3%) do que no sexo masculino (13,3%); a prevalência global de obesidade foi de 11,5%, sendo igualmente maior no sexo feminino (11,7%) do que no masculino (11,4%).

C. Padez e colaboradores concluíram, num estudo efectuado na população portuguesa, que os factores de risco associados ao excesso de peso e à obesidade são o número de horas de televisão por dia, a obesidade parental e o peso de nascimento. A educação dos pais (grau escolar), o número de elementos do agregado familiar e o número de horas de sono são factores protectores [2]. No nosso estudo não nos foi permitido tirar conclusões, pois o número de crianças a responder aos questionários foi pequeno. Além disso os questionários foram apenas entregues às crianças com excesso de peso e obesidade, não sendo possível uma comparação das mesmas variáveis no grupo de crianças com peso adequado à idade. Verificamos no entanto, que 93% das crianças referiram prática de exercício físico, a maioria na escola e apenas uma vez/semana; 81% das crianças na nossa amostra jogava computador / *playstation*, a maioria (70,4%) por um período inferior a 1 hora/dia.

O aleitamento materno é referido em muitos estudos como sendo um factor protector [2, 6], embora seja um factor muito discutível. É de realçar que 90,8% destas crianças efectuaram aleitamento materno, 30,4% por um período entre 3 a 6 meses e 43,7% por um período superior a 6 meses.

Os resultados encontrados neste estudo vão de encontro a outros já anteriormente publicados na literatura, que alertam para o facto da obesidade e o excesso de peso serem problemas importantes em crianças em idade escolar [1,5]. Num estudo efectuado em 1997, por Santiago e colaboradores, com crianças do concelho de Coimbra, com idades entre os 6 meses de idade e os 14 anos, cujo objectivo era determinar a prevalência de excesso de peso/obesidade, os autores concluíram que 32,87% apresentavam excesso de peso (IMC  $P > 90$ ) e 19,56% obesidade (IMC  $P > 97$ ) [5]. Concluíram ainda que a prevalência de excesso de peso/obesidade variou com a idade, o que poderia estar relacionado com o tipo de alimentação e com as orientações de nutrição. No nosso trabalho verificamos que a prevalência de excesso de peso foi maior em idades superiores aos 8 anos, em ambos os sexos. Os autores chamam a atenção para a necessidade de adoptar estratégias que visem pre-

Obesidade infantil e excesso de peso — realidade de um  
Centro de Saúde de Coimbra

venir e minorar o impacto deste problema. É fundamental o papel dos educadores e dos profissionais de saúde na educação para a saúde, bem como para a vigilância e orientação destas crianças.

Agradecemos ao Dr. Manuel Salgado a disponibilidade e as sugestões na revisão do artigo.

## Bibliografia

1. Padez C, Fernandes T, Rosado V. Prevalence of Overweight and Obesity in 7-9 Year- Old Portuguese children: Trends in Body Mass index from 1970-2002. *Am J Human Biol* 2004;16:670-8.
2. Padez C, Mourão I, Rosado V. Prevalence and risk factors for overweight and obesity in Portuguese children. *Acta Paediatrica*, 2005; 94:1550-7.
3. Rudolf M. The obese child. *Arch Dis Child Ed Pract Edit* 2004;89:ep57-ep62.
4. Screening and interventions for Overweight in Children and Adolescents: Recommendation Statement. US Preventive Service TaskForce. *Pediatrics* 2005; 116;205-9.
5. Santiago L, Mesquita E, Rocha M. Excesso ponderal e obesidade em jovens – Estudo observacional de base populacional. *Saúde Infantil* 1998; 20(3): 13-20.
6. Bergmann E, von Kries R, Dudenhausen W. Early determinants of childhood overweight and adiposity in a birth cohort study: role of breast-feedings. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 27: 162-72.

**Correspondência:** Ana Isabel Cordeiro  
ainacordeiro@gmail.com

## Análise dos internamentos na unidade de internamento de curta duração (UICD) do Serviço de Pediatria do Hospital distrital de Faro

Andreia Gomes Pereira<sup>1</sup>, Guida Gama<sup>1</sup>, Cláudia Calado<sup>1</sup>, José Maio<sup>2</sup>

### Resumo

**Introdução e Objectivos:** A Urgência de Pediatria do Hospital Distrital de Faro (HDF) admite crianças até aos 11 anos (inclusive) e crianças até aos 18 anos com patologia crónica. Integra uma Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD), que se destina a internamentos de duração até 24 horas.

Os internamentos em UICD têm como objectivos a avaliação pelo médico das manifestações clínicas de quadro patológico ainda não esclarecido, a realização dos primeiros exames complementares de diagnóstico e a avaliação quer de situações potencialmente graves, até ao diagnóstico, quer de situações clínicas variadas, cuja vigilância e terapêutica por um período curto, evita internamentos prolongados.

A última análise sistemática, publicada, dos internamentos em UICD Pediátrica no HDF foi realizada no ano de 1991 (embora anualmente seja feita a estatística do Serviço de Urgência de Pediatria). Com objectivo de verificar as alterações decorrentes nos últimos anos, os autores analisaram os internamentos da UICD do Serviço de Pediatria do HDF no ano de 2006 e compararam os resultados obtidos com outros estudos publicados em Portugal (nomeadamente um estudo referente ao HDF) e na literatura internacional.

**Material e Métodos:** Análise retrospectiva dos processos de crianças internadas na UICD do Serviço de Pediatria do HDF no período de 01/01/2006 a 31/12/2006.

A colheita de dados foi obtida através da consulta dos processos de internamento em UICD, no período supracitado.

De cada processo foram analisados: sexo, idade, concelho de residência, mês de internamento, motivo de internamento/diagnóstico, destino após a alta da UICD, crianças transferidas do HDF para outros hospitais e óbitos.

**Resultados:** No período considerado, recorreram à Urgência de Pediatria do HDF 41.045 crianças. Necessitaram de internamento na UICD 1.437 (3,5%). Destas, 816 (56,8%) eram do sexo masculino. O grupo etário com mais internamentos foi o compreendido entre os 12 meses e os 6 anos: 644 (44,8%) crianças. Os meses com mais internamentos foram Janeiro, Fevereiro e Maio (11,3%, 9,7% e 9,7%, respectivamente). A patologia médica foi responsável por 1.306 (90,9%) internamentos. A patologia respiratória foi predominante, com 394 (30,2%) internamentos, seguida da patologia gastrointestinal: 390 (29,9%). Em rela-

1 Interna Internato Médico de Pediatria  
de Faro

2 Chefe de Serviço de Pediatria — Serviço de Pediatria, Hospital Distrital de Faro



Análise dos internamentos na unidade de internamento de curta duração (UICD) do Serviço de Pediatria do Hospital distrital de Faro

ção à patologia cirúrgica, a orto-traumatologia foi responsável por 117 (8,2%) crianças internadas. Setecentas e oitenta e sete (54,8%) crianças necessitaram de internamento superior a 24 horas, sendo transferidas para a enfermaria do HDF, para os Cuidados Intensivos ou para outro hospital (11 crianças).

**Conclusões:** Os resultados obtidos neste estudo são muito semelhantes aos descritos noutras séries nacionais; no entanto, as maiores discrepâncias verificaram-se em relação aos meses com maior número de internamentos e ao número de crianças a necessitarem de internamento superior a 24 horas.

As Unidades de Internamento de Curta Duração permitem a vigilância do estado de saúde e o tratamento imediato de inúmeras patologias na idade pediátrica, o que permite esclarecer quadros clínicos e evitar internamento prolongados, favorecendo o regresso mais precoce à família e à comunidade.

**Palavras-chave:** Unidade de Internamento de Curta Duração, Serviço de Urgência.

## Analysis of the admissions in the Short Stay Unit in the PAediatric Service of Faro's District Hospital

### Summary

**Introduction and Objectives:** Faro's District Hospital Paediatric Emergency Service admits children up to 11 years and children up to 18 years with chronic disease. It has a Short Stay Unit (SSU) available for admissions shorter than 24 hours.

The main purpose of SSU admissions is to allow the doctor to watch carefully the clinical manifestations of a unclear clinical situation, to access the preliminary diagnostic tests, to evaluate potentially serious illness until certain diagnosis and to manage several clinical situations, preventing longer hospital stay's.

The last study concerning the Paediatric SSU from Faro's District Hospital was published in 1991. The purpose of our study is to compare what changed between 1991 and 2006 and also to compare the present results with other national and international series.

**Material and Methods:** Retrospective analysis of the clinic files of children admitted in the SSU of the Paediatric Service of Faro's District Hospital between January 1<sup>st</sup> 2006 and December 31<sup>st</sup> 2006.

The data were collected from the admissions files regarding the above period of time.

The following parameters were analysed: gender, age, home district, month of admission, admission motif/diagnosis, destination after hospital discharge, children transferred to another hospital e deaths.

**Results:** The Peadiatric Emergency Room admitted 41.045 children in 2006. Were admitted in the SSU 1.437 (3,5%) children. There were 816 (56,8%) males. The age group with more admissions was from 12 moths to 6 years old: 644 (44,8%) children. More children were admitted in the SSU in January, February and May (11,3%, 9,7% and 9,7%). Medical diseases were responsible for 1.306 (90,9%) admissions. The most prevalent pathology was attributed to the respiratory tract: 394 (30,2%) admissions, followed closely by gastrointestinal pathology: 390 (29,9%) admissions. Orto-traumatic pathology was

responsible for 117 (8, 2%) children admitted in the SSU. Seven hundred and eighty seven (54,8%) children needed hospital stay longer than 24 hours; these children were transferred to Paediatric ward, to Intensive Care Unit or to another hospital (11 children).

**Final Considerations:** The results obtained are similar to those described in other national studies; however, the main differences are the months with more admissions and the number of children who needed hospitalization longer than 24 hours.

The Short Stay Units allow controlling children's health status and the immediate therapeutic intervention (if necessary), regarding shorter hospital stays.

**Keywords:** Short Stay Unit, Paediatric Emergency Room.

## Introdução

O Hospital Distrital de Faro (HDF) possui valências básicas e complementares, que permitem enquadrá-lo no nível II de diferenciação da Carta Hospitalar, constituindo um serviço público, organizado a pensar na população e na prestação de cuidados médicos diferenciados a doentes agudos.

Possui especialidades médicas (Anatomia Patológica, Anestesiologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Interna, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Patologia Clínica, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria) e cirúrgicas/médico-cirúrgicas (Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Dermatologia, Ginecologia/Obstetrícia, Neurocirurgia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia (ORL), Ortopedia, Urologia). Estas especialidades funcionam em unidades de Internamento, de Consulta Externa e asseguram/apoiam as Unidades de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos e Neonatais) e os Serviços de Urgência (Geral, Pediátrico e Ginecologia/Obstetrícia).

Os Serviços de Urgência do HDF recebem doentes que a eles recorrem espontaneamente e doentes referenciados dos centros de saúde, serviços de atendimento permanente, clínicas privadas e do Hospital do Barlavento Algarvio.

O Hospital Distrital de Faro constitui uma unidade de saúde de referência do sotavento algarvio, servindo uma população residente de cerca de 253 mil pessoas, podendo este valor populacional duplicar ou triplicar sazonalmente.

A Urgência de Pediatria do Hospital Distrital de Faro é autónoma em relação à Urgência Geral; admite todas as crianças até aos 11 anos (inclusive) e as crianças até aos 18 anos com patologia crónica, seguidas na Consulta Externa de Pediatria. A prestação de cuidados é assegurada diariamente por uma equipa de 3 médicos, 3 enfermeiros e 2 auxiliares de acção médica.

A Urgência de Pediatria integra uma Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD), equipada com 3 berços e 2 camas, que se destina ao internamento de crianças com situações graves, até à sua estabilização clínica e transferência posterior, e de situações mais ligeiras para as quais se prevê um internamento inferior a 24 horas.

Diversos estudos [4, 5, 6] demonstram a eficácia das UICD na redução dos internamentos tradicionais em Pediatria, permitindo estabilizar crianças em situações graves, decidir da necessidade ou não duma investigação sequencial faseada em poucas horas, vigiar o even-

Análise dos internamentos na unidade de internamento de curta duração (UICD) do Serviço de Pediatria do Hospital distrital de Faro

tual agravamento ou melhoria de um número significativo de patologias agudas e administrar terapêutica nas mais diversas patologias, permitindo diagnósticos de forma mais célere e evitando assim internamentos prolongados.

A análise deste tipo de internamento é feita anualmente no Serviço de Pediatria do HDF, embora não de forma comparativa (com anos anteriores). Foi nosso objectivo avaliar a situação actual e comparar a realidade da UICD Pedátrica do HDF em 2006, quer com a realidade da mesma unidade em 1991 [1], quer com a realidade de outras UICD Pediátricas nacionais [2, 3] e internacionais [4].

## Objectivos

Analisar os internamentos da UICD do Serviço de Pediatria do HDF em 2006 e compará-los com o último estudo semelhante realizado no HDF, bem como outros estudos nacionais e internacionais sobre esta temática.

## Material e métodos

Analisaram-se retrospectivamente os processos relativos aos episódios de internamento na UICD da Urgência de Pediatria no período de 01 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2006.

Foram tidos em conta os seguintes parâmetros: sexo, idade, concelho de residência, mês de internamento, motivo de internamento/diagnóstico, destino após a alta da UICD, crianças transferidas do HDF para outros hospitais e óbitos.

Os diferentes motivos de internamento/diagnósticos foram agrupados em grupos de patologias consoante o sistema envolvido (exemplo, Bronquiolite, Pneumonia — Respiratório; Pielonefrite Aguda — Genito-Urinário; Má Progressão Ponderal, Prostração — Geral).

As doenças infecciosas, não incluídas nos grupos prévios, foram agrupadas sob a denominação "Infecciosa" e contemplam as patologias em que a febre se apresentou isoladamente ou se associou a outro(s) sintoma(s) não associados a sistemas definidos (exemplo, recusa alimentar, prostração, exantema inespecífico).

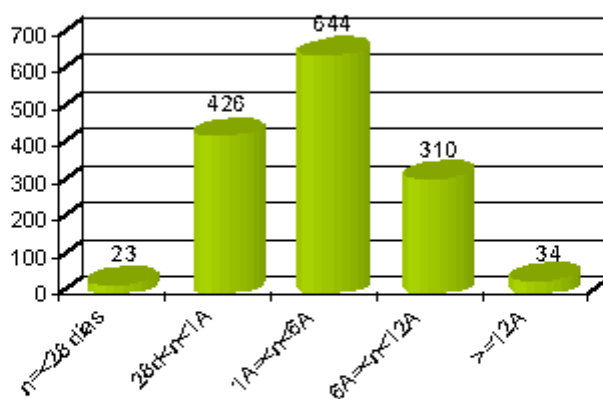
No grupo das patologias cirúrgicas, englobam-se todas as que necessitaram de recurso a Cirurgia para serem resolvidas (exemplo, Apendicite Aguda, Invaginação Intestinal), bem como aquelas cujo internamento foi da responsabilidade das equipas de Cirurgia (exemplo, suspeita de abdómen agudo). Incluiu-se também neste grupo a patologia Orto-traumatológica, que contempla todas as situações traumáticas com necessidade de vigilância e eventual correcção cirúrgica (exemplo, traumatismo craniano, politraumatizados, fractura ossos longos, traumatismo abdominal).

A análise de dados foi feita em Microsoft Excel.

## Resultados

Durante o ano de 2006, recorreram ao Serviço de Urgência (SU) de Pediatria do Hospital Distrital de Faro 41.045 crianças.

Necessitaram de internamento hospitalar 1.791 crianças (4,4%). Destas, 354 (0,9%) foram internadas directamente na Enfermaria ou na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos (UCINP), sendo as restantes 1.437 (3,5%) internadas em UICD. Das 1.437 crianças internadas na UICD, 816 (56,8%) eram do sexo masculino. O concelho de residência com maior representatividade foi o de Faro, com 463 (32,2%) crianças, seguido dos concelhos de Olhão (278 crianças = 19,3%) e Albufeira (146 crianças = 10,2%). O grupo etário com mais internamentos foi o que compreende idades entre os 12 meses e os 6 anos: 644 (44,8%) crianças. A faixa etária do primeiro ano de vida foi responsável por 449 (31,2%) internamentos. Salienta-se ainda o internamento de 23 (1,6%) recém-nascidos e de 34 (2,4%) crianças com idade superior a 12 anos (**Gráfico 1**).



**Gráfico 1** – Distribuição por grupos etários



**Gráfico 2** – Variação mensal das admissões ao Serviço de Urgência (SU) de Pediatria e dos internamentos na UICD. (As setas indicam os meses de maior afluência ao Serviço de Urgência).

Análise dos internamentos na unidade de internamento de curta duração (UICD) do Serviço de Pediatria do Hospital distrital de Faro

Os meses com maior número de internamentos na UICD, Janeiro e Fevereiro, corresponderam aos meses de Inverno, altura em que se regista maior afluência ao Serviço de Urgência de Pediatria. Verificou-se ainda que Maio também registou um elevado número de internamentos, coincidindo com elevado número de observações no Serviço de Urgência (**Gráfico 2**).

Em relação às patologias, as médicas foram responsáveis por 1.306 (90,9%) internamentos e as cirúrgicas por 131 (9,1%) internamentos.

O grupo de patologias médicas mais prevalentes foi a respiratória, sendo responsável por 30,2% dos internamentos; salienta-se o elevado número de crises de asma/dificuldade respiratória (181) e de pneumonia (137). Foram internadas 390 (29,9%) crianças com patologia gastrointestinal, nomeadamente com vômitos incoercíveis (184 crianças = 14,1%) e com gastroenterite aguda (139 crianças = 10,6%). Por ordem decrescente, segue-se as patologias infecciosas, neurológicas e a génito-urinárias (onde se inclui a Pielonefrite Aguda). Os acidentes foram responsáveis por 44 internamentos (3,4%), verificando-se 2,1% de internamentos por intoxicações (**Quadro 1**).

Em relação à patologia cirúrgica, a orto-traumatologia foi responsável pela maioria dos internamentos (117) (**Quadro 2**).

Relativamente ao destino das 1.437 crianças internadas na UICD, 650 (45,2%) receberam alta hospitalar, sendo orientadas para o Médico Assistente, para a Consulta Externa de Pediatria, Cirurgia, Ortopedia ou ORL; 741 (51,6%) crianças ficaram internadas na Enfermaria de Pediatria, 35 (2,4%) necessitaram de internamento na UCINP e 11 (0,8%) crianças foram transferidas para outro hospital (9 crianças para um hospital central e 2 crianças para o hospital da área de residência) (**Quadro 3**).

Durante o período de tempo considerado, não se registaram óbitos nas crianças internadas em UICD.

O **Quadro 4** resume os principais resultados obtidos neste estudo, comparando-os com os resultados obtidos no estudo de 1991, realizado no HDF [1], e com os resultados obtidos no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, em 2003 [2].

## Discussão e conclusão

A afluência aos Serviços de Urgência (SU) tem vindo a crescer nos últimos anos, e a Urgência Pediátrica do HDF não é excepção: em 1991, foram admitidas no Serviço de Urgência de Pediatria 18.333 crianças, conforme apresentado por Rosa e cols [1]. Em 2006, recorreram ao mesmo serviço 41.045 crianças. Não obstante o aumento do número absoluto de admissões à Urgência Pediátrica (cerca de 123% em 15 anos), a percentagem de crianças a necessitar de internamento em UICD mantém-se semelhante.

Dos resultados apresentados, pode observar-se que apenas 4,4% das crianças observadas no Serviço de Urgência necessitaram de internamento. Este resultado é sobreponível ao descrito noutras séries nacionais [1, 2, 3], embora bastante inferior a estudos internacionais (15%) [4]. Esta diferença de resultados pode ser devida a diferenças na organização do sistema da saúde/hospital própria de cada país.

Quanto ao número de internamentos na UICD, verificou-se que os meses de Inverno são

Análise dos internamentos na unidade de internamento de curta duração (UICD) do Serviço de Pediatria do Hospital distrital de Faro

<b>Respiratória</b>	394	(30,2%)
Crise asma/dificuldade respiratória	161	
Pneumonia	137	
Bronquiolite	57	
Infecção respiratória alta	33	
Outras	6	
<b>Gastrointestinal</b>	390	(29,9%)
Vómitos incoercíveis	184	
Gastroenterites agudas	139	
Dor abdominal	23	
Outras	44	
<b>Infecciosa</b>	113	(8,7%)
Febre	79	
Bacteriemia Oculta	15	
Outras	19	
<b>Neurológica</b>	104	(8,0%)
Convulsão apirética	42	
Convulsão febril	27	
Mal convulsivo	6	
Ouros	29	
<b>Génito-urinário</b>	88	(6,7%)
Infecção Urinária	79	
Outras	9	
<b>Acidentes</b>	44	(3,4%)
Intoxicação medicamentosa	28	
Outras intoxicações	8	
Outras	8	
<b>Pele e tecido celular subcutâneo</b>	43	(3,3%)
Celulite	16	
Adenofleimão	5	
Outras	12	
<b>ORL</b>	38	(2,9%)
Otite média aguda	12	
Amigdalite	9	
Otomastoidite	6	
Outras	11	
<b>Endócrino-metabólica</b>	30	(2,3%)
Diabetes descompensada	14	
Diabetes inaugural	11	
Outras	5	
<b>Hemato-oncológica</b>	22	(1,7%)
Púrpura trombocitopénica Imune	7	
Neoplasia	7	
Outras	8	
<b>Geral</b>	17	(1,3%)
Má progressão ponderal	6	
Outras	11	
<b>Cardiovascular</b>	12	(0,9%)
Taquicardia	3	
Outras	9	

**Quadro 1** – Patologia médica (1 306 internamentos)

<b>Osteomuscular</b>	11	(0,8%)
Sinovite	3	
Outras	8	
<b>Orto-tramumatologia</b>	117	(89,3%)
Apendicite	6	
Abcesso (pós-operatório)	2	
Invaginação intestinal	2	

**Quadro 2** – Patologia cirúrgica (131 internamentos)

Análise dos internamentos na unidade de internamento de curta duração (UICD) do Serviço de Pediatria do Hospital distrital de Faro

Esofagite cáustica
Exteriorização de PEG
Ingestão/aspiração de corpo estranho (n=2)
Isquémia membro inferior
Politraumatismo
Sintomas psicóticos
Traumatismo crâneo-encefálico
Válvulas da uretra posterior
Pielonefrite (hospital da área de residência) (n=2)

**Quadro 3** – Motivo de transferência para outro hospital. Os diagnósticos a sombreado foram responsáveis pela transferência para hospitais centrais.

	<b>Estudo actual</b>	<b>Rosa e cols (1)</b>	<b>Guedes e cols (2)</b>
<b>Período avaliado</b>	2006	1991	2º semestre 2003
<b>Hospital</b>	HDF	HDF	CH VN Gaia
<b>Nº doentes admitidos SU Pediatria</b>	41 045	18 333	20 642
<b>Nº internamentos em UICD (percentagem de admissões no SU Pediatria)</b>	1 437 (3,5%)	761 (4,1%)	730 (3,53%)
<b>Faixa etária mais frequente</b>	12 meses – 6 anos (44,8%)	12 meses - 6 anos (42,8%)	12 meses - 6 anos (43%)
<b>Meses com mais admissões SU Pediatria</b>	Janeiro Fevereiro	Julho Agosto	(não consta)
<b>Meses com mais internamentos em UICD</b>	Janeiro Fevereiro	Julho Agosto	Agosto Setembro
<b>Patologias médicas mais frequentes (percentagem do total de internamentos em UICD)</b>	Respiratória (30,2%)  Gastrointestinal (29,9%)	Respiratória (38,4%)  Gastrointestinal (26,2%)	Gastrointestinal (26,8%)  Patologia SNC (22,4%)
<b>Internamentos por patologia cirúrgica</b>	131 (9,1%)	113 (14,8%)	58 (10,3%)
<b>Destino mais frequente após a alta (percentagem do total de internamentos em UICD)</b>	Enfermaria Pediatria (51,6%)	Médico Assistente/ Consulta Externa (62,1%)	Médico Assistente/ Consulta Externa (52,8%)
<b>Transferências para outro hospital</b>	11 (0,8%)	9 (1,1%)	12 (2,1%)

**Quadro 4** – Comparação entre os resultados obtidos no presente estudo e outros estudos nacionais.

aqueles em que registaram mais internamentos, o que coincide com um maior número de admissões na Urgência de Pediatria. Apesar deste facto ser concordante com Lemos e cols [3], é contrário aos resultados obtidos por Guedes e cols [2] e por Rosa [1] e cols. O estudo de Guedes e cols [2] só abrange os meses de Julho a Dezembro, o que pode explicar as diferenças encontradas, já que não são reportados os resultados de todos os meses de Inverno.

Quanto ao estudo de Rosa e cols [1], os autores gostariam de salientar o que se tem verificado no HDF: se em 1991, os meses de maior afluência à Urgência de Pediatria (e consequentemente, aqueles em que se registaram maior número de internamentos em UICD) foram os meses estivais [1], em 2006, os meses que registaram maior número de admissões e de internamentos em UICD, foram os meses de Inverno. Este achado traduz uma mudança na sazonalidade da afluência à Urgência de Pediatria do HDF. Tal pode dever-se ao facto de no nosso estudo, à semelhança do que aconteceu noutros estudos em Portugal [1, 3], a patologia respiratória, que é predominante nos meses de Inverno e que tem vindo a aumentar de prevalência na população pediátrica, ter sido a mais frequente.

No nosso estudo, as crianças que foram transferidas da UICD para a enfermaria de Pediatria, UCINP ou hospital central correspondem a 54,5% do total de crianças internadas na UICD (1,9% do total de crianças observadas no serviço de urgência). Este resultado é sobreponível ao estudo de Guedes e cols [2], mas superior ao obtido por Rosa e cols [1] e por Martineau e cols [4].

Consideramos que o elevado número de internamentos superior a 24 horas pode ser explicado por duas razões: a necessidade de contabilização de serviços prestados pela equipa de enfermagem e materiais utilizados no Serviço de Urgência (idealmente, todas as crianças admitidas no SU que necessitam de internamento superior a 24 horas — exemplo, lactentes com pielonefrite aguda - são internadas na UICD enquanto aguardam resultados de exames complementares de diagnóstico ou até à transferência para outros sectores do Serviço de Pediatria) e o reduzido número de camas disponíveis em alturas de maior actividade da UICD (a necessidade de vaga imediata na UICD para situações mais graves, em épocas de maior movimento, leva a que algumas crianças, cuja situação clínica previsivelmente é resolvida em menos de 24 horas, sejam transferidas para a Enfermaria de Pediatria, até ao momento da alta).

As intoxicações foram responsáveis por 2,8% dos internamentos na UICD, versus 8% no estudo anterior do HDF [1]. Admitimos que esta melhoria resulte da prevenção e educação para a evicção de acidentes que tem sido feita na sociedade civil.

As transferências para um hospital central corresponderam a apenas 0,6% (9 crianças) dos internamentos na UICD e foram sempre por inexistência, no HDF, de especialidades ou subespecialidades (Pedopsiquiatria, Urologia Pediátrica, Cirurgia Vascular), ou inexistência de condições humanas/técnicas (exemplo, não existir equipa de urgência de Neurocirurgia, ORL ou não existir endoscópio com dimensões adequadas), capazes de solucionar as situações clínicas em questão. Este achado parece traduzir maior diferenciação técnica e melhoria na prestação de cuidados do Serviço de Pediatria do HDF, já que no estudo de Rosa e cols [1], 1,1% das crianças necessitaram de transferência para um hospital central.



Análise dos internamentos na unidade de internamento de curta duração (UICD) do Serviço de Pediatria do Hospital distrital de Faro

A ausência de mortalidade, ao contrário do verificado por Rosa e cols em 1991, pode ser explicada pela existência da UCINP desde 1999, para onde são transferidas as crianças com situações clínicas mais críticas.

Assim sendo, e em comparação com o estudo anterior feito no HDF [1], os parâmetros analisados mantiveram-se semelhantes, excepto em relação aos meses com maior número de internamentos, ao número de crianças a necessitarem de internamento superior a 24 horas e ao número de óbitos.

Tendo em conta os resultados obtidos e a bibliografia consultada, bem como a experiência dos profissionais de saúde que asseguram o Serviço de Urgência, a Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) permite a vigilância do estado de saúde das crianças durante algumas horas, o que facilita a estabilização e transferência para outros sectores do Serviço de Pediatria, se necessário, ou a melhoria clínica e o regresso mais precoce das crianças à família e à comunidade. Desta forma, atinge-se o objectivo primordial da UICD: diagnosticar, vigiar e permitir a melhoria clínica de um número significativo de crianças doentes, evitando internamentos prolongados.

## Bibliografia

1. Rosa J, Silva P, Maio J. Análise do Internamento de Curta Duração no Serviço de Pediatria do Hospital Distrital de Faro, Saúde Infantil 1993; 15: 51-7.
2. Guedes R, Lopes A, Martins C, Vilarinho A. Unidade de Internamento de Curta Duração do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia: sua utilidade junto de um Serviço de Urgência, Saúde Infantil 2006; 28 (2):25-32.
3. Lemos L, Zanith D, Ramalho R, Estêvão H. Urgência pediátrica num Hospital Central: Dificuldades, adaptações, perspectivas. Rev Port Ped 1988; 19:381-8.
4. Martineau O, Martinot A, Hue V, Dorkenoo A, Guimber D. Utilité d'une unité d'hospitalisation de courte durée aux urgences pédiatriques. Arch Pédiatr (Paris) 2003; 10:410-6.
5. Browne GJ. A short-stay or 23-hour ward in a general and academic children's hospital: are they effective? Pediatr Emerg Care 2000 16(4): 223-9.
6. Guglia E, Messi G, Bassanese S, et al. Short-stay observation in the Pediatric Emergency Room: a 2003-1993 comparison. Minerva Pediatr 2006; 58(4): 365-72.
7. Guglia E, Marchi AG, Messi G, et al. Evaluation of temporary observation and short stay in a pediatric emergency department. Minerva Pediatr 1995;47 (12): 533-9.

Contacto:

Andreia Gomes Pereira — andgpereira@gmail.com

## Como dormem as nossas crianças? Hábitos de televisão e perturbações de sono na idade escolar

Margarida Pereira<sup>1</sup>, Carmen Costa<sup>1</sup>, Rui Passadouro<sup>2</sup>, Belarmino Spencer<sup>2</sup>

### Resumo

**Introdução e objectivos:** Os problemas de sono são alterações comportamentais frequentes na população pediátrica. Os objectivos foram conhecer os hábitos de sono e de televisão numa população em idade escolar e relacionar hábitos de televisão com perturbações de sono.

**Material e métodos:** Estudo transversal de carácter exploratório com finalidades descritivas e analíticas que incidiu sobre 314 crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 11 anos. A recolha de dados foi feita através de questionário a preencher pelos pais, em 4 escolas do 1º ciclo. Foram analisadas 3 grupos de variáveis: hábitos e comportamentos à hora de deitar, perturbações do sono e hábitos de televisão.

**Resultados:** Das 314 crianças 52% eram do sexo feminino. Dormiam em média 10 horas por dia durante a semana e 9% adormecia na cama dos pais.

Relativamente aos hábitos de televisão, 68% via televisão após o jantar, 34% tinha televisão no quarto, 17% adormecia a ver televisão e 35% via mais de 2 horas de televisão por dia.

Verificámos que hábitos de televisão, nomeadamente adormecer a ver televisão e ver mais de 2 horas diárias de televisão relacionavam-se com perturbações do sono.

**Conclusão:** Parece-nos importante alertar os pais para a gestão dos hábitos de televisão de forma a prevenir eventuais perturbações de sono.

**Palavras-chave:** hábitos de televisão, perturbações do sono, idade escolar.

## How do our children sleep? Television-viewing habits and sleep disorders in school children

### Summary

**Introduction and objectives:** Sleep disorders are a common problem in school children. The aim was to know sleep and television-viewing habits and to investigate the relationship between television-viewing habits and the sleep disturbances.

**Methods:** Transversal study with exploratory and analytic proposes with a study population consisted of 314 students, 6 through 11 years of age, in four public schools of first grade. The parents of these children completed a questionnaire assessing their children habits and behaviours at sleep time, disturbances during sleep and television habits.

**Results:** We analyse the questionnaires of 314 children, 52% were girls. The average of sleep on weekdays was 10 h and 9% sleep on parent's bed.

1 Hospital de Santo André – Leiria

2 Centro de Saúde Arnaldo Sampaio – Leiria

Como dormem as nossas crianças? Hábitos de televisão e perturbações de sono na idade escolar

In items relating to television habits we found that 68% watches television after dinner, 34% of the children has a television set in bedroom, 17% uses television as sleep aid and 35% has a day average of television amount more than 2 h.

A significant correlation was established between sleep disturbances and who use television as sleep aid and more than two hours of television viewing.

**Conclusion:** In summary, health care providers and families should be aware that television habits may be a marker for sleep disorders and an intervention regarding sleep hygiene must be established.

**Keywords:** television-viewing habits sleep disorders, school children.

## Introdução

Os problemas de sono são uma das alterações comportamentais mais frequentes na população pediátrica.

As perturbações primárias do sono dividem-se em dois grupos: dissónias e parassónias. As dissónias caracterizam-se por alterações na quantidade, qualidade e tempo de sono e dividem-se em insónias (tempo deficiente em quantidade e qualidade), hipersónias (sonolência diurna excessiva apesar de uma duração de sono aparentemente não diminuída) e alterações do ritmo circadiano do sono (alteração do padrão de vigília e sono em desarmonia com a alternância dia e noite). As parassónias são acontecimentos anormais associados ao sono, a fases específicas do sono ou à transição sono – vigília. As parassónias dividem-se em pesadelos, terrores nocturnos, sonambulismo, bruxismo, sonilóquia e enurese [1-2].

A televisão é um meio de comunicação de fácil acesso à criança e ao adolescente, influenciando a vida destes [3-4]. Diversos estudos têm demonstrado associação entre hábitos de televisão e alterações comportamentais nas crianças, nomeadamente obesidade, maus hábitos alimentares, diminuição da actividade física, diminuição do aproveitamento escolar [3] e sintomas psiquiátricos [5]. Vários estudos relacionam hábitos de televisão a perturbações de sono, nomeadamente dificuldade em adormecer [3, 5, 6, 7]. Noutros países a televisão ocupa 15 a 25 horas semanais do tempo da criança em idade escolar [3-7].

Um estudo publicado na revista *Pediatrics* em 1999 — «Television-viewing habits and sleep disturbance in school children» (THSD) [3], demonstrou através da aplicação de um inquérito a 495 crianças em idade escolar, que determinados hábitos de televisão se relacionam com perturbações do sono, nomeadamente a presença de televisão no quarto e ver mais de duas horas de televisão por dia.

Os objectivos deste estudo foram conhecer os hábitos de televisão e hábitos de sono na população em idade escolar (primeiro ciclo) do concelho de Leiria, relacionar os hábitos de televisão com as perturbações de sono identificadas nesta população e comparar os resultados com o estudo de referência (THSD).

## Material e métodos

Foi efectuado um estudo transversal de carácter exploratório com finalidades descritivas e analíticas que incidiu sobre uma população escolar do concelho de Leiria, de ambos os

sexos e com idades compreendidas entre os seis e os onze anos. O cálculo da amostra foi efectuado com base no estudo THSD [3]. A recolha de dados foi feita através de um questionário anónimo a preencher pelos pais, em quatro escolas do 1º ciclo seleccionadas aleatoriamente. Foram entregues 354 questionários nas escolas em Maio de 2005 e recolhidos 89% destes, um mês depois. Foram analisadas três grupos de variáveis: hábitos e comportamentos à hora de deitar, perturbações do sono e hábitos de televisão (quadro I).

Hábitos e comportamentos à hora de deitar	Perturbações do sono	Hábitos de televisão
Hora de deitar Horas de sono durante a semana Horas de sono ao fim-de-semana Presença dos pais para dormir Luz acesa para adormecer Medo de dormir sozinho Recusa em ir para a cama	Dificuldade em adormecer Sono agitado Despertares nocturnos Parassónias Sonolência diurna	Presença de televisão no quarto Horas de televisão diárias Ver televisão após o jantar Adormecer a ver televisão

Quadro I – Variáveis analisadas.

A maioria dos itens foi avaliada com uma escala do tipo de Likert de quatro pontos: sempre, muitas vezes, poucas vezes e nunca.

Para a análise estatística utilizou-se o teste do qui-quadrado ( $\chi^2$ ) através do programa SPSS® 10.0 for Windows® e definiu-se um intervalo de confiança de 95%. Para isso definiram-se dois grupos de respostas: os que responderam sempre ou muitas vezes como «Habitual» e os que responderam poucas vezes ou nunca como «Não habitual». No texto quando escrevemos habitualmente referimo-nos à soma das respostas sempre e muitas vezes («Habitual»).

## Resultados

A amostra consistiu em 314 crianças com idades compreendidas entre seis e onze anos, com uma moda e mediana de oito anos. Eram do sexo feminino 52% e 56% residiam em área urbana (os restantes em área suburbana).

**Hábitos de sono e comportamentos na hora de deitar:** nos dias de semana 87% das crianças deitava-se entre as 21 e as 22 horas e ao fim-de-semana 82% fazia-o entre as 22 e as 23 horas. A média de horas diárias de sono foi 10 horas nos dias úteis e 30% das crianças dormia menos de 10 horas (mínimo de 8 horas e máximo de 12 horas). Ao fim-de-semana 15% dormia menos de 10 horas. Adormeciam na cama dos pais 9% e habitualmente necessitavam da presença destes para dormir 14%. Demoravam menos de quinze minutos a adormecer 81% e 4% mais de 30 minutos.

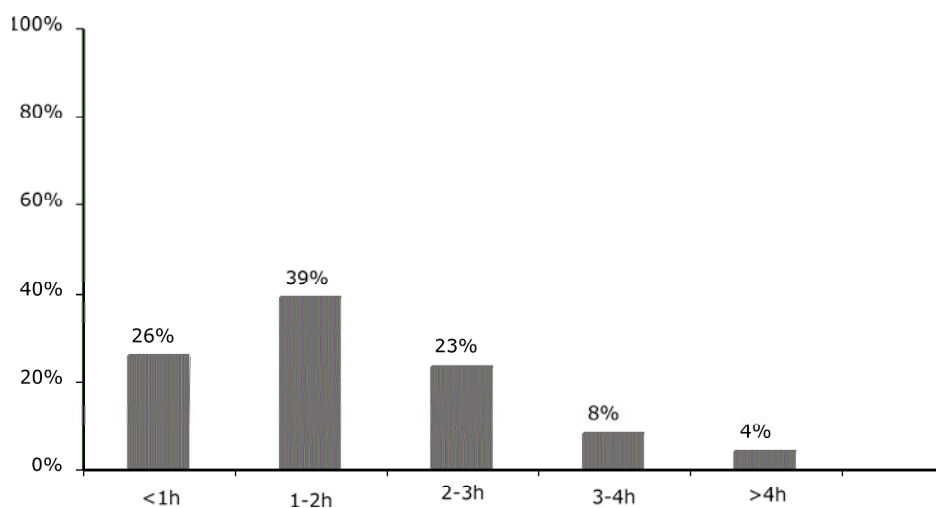
Habitualmente dormiam com objecto de transferência 39% e com luz acesa 29%, manifestavam resistência em ir para a cama 19% e medo de dormir sozinhos 9% (quadro II).

**Hábitos de televisão:** verificou-se presença de televisão no quarto em 34% das crianças. Habitualmente 68% via televisão após o jantar e 17% adormecia a ver televisão. O tempo médio diário em frente à televisão foi de 2h12m e 35% via mais de 2h diárias de televisão (figura 1).

Como dormem as nossas crianças? Hábitos de televisão e perturbações de sono na idade escolar

Questionário	Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca
Necessita dos pais para dormir?	7%	7%	26%	60%
Recusa ir para cama?	5%	14%	41%	40%
Dorme com objecto transferência?	27%	13%	20%	40%
Tem medo de dormir sozinho?	5%	4%	26%	65%
Dorme com luz acesa?	23%	6%	13%	58%
Ressona?	5%	8%	31%	56%
Mexe-se muito enquanto dorme?	16%	23%	40%	21%
Tem dificuldade em acordar?	7%	15%	45%	33%
Costuma acordar durante noite?	1%	4%	50%	45%
Consegue voltar a adormecer sozinho?	64%	15%	10%	11%
Tem sono durante o dia?	1%	4%	36%	59%

**Quadro II** – Comportamentos na hora de deitar e algumas perturbações do sono.



**Figura 1** – «Quantas horas de televisão vê por dia durante a semana?»

**Perturbações do sono:** habitualmente acordavam durante a noite 5%, voltavam a adormecer sozinhos 79%, ressonavam 13%, apresentavam sono agitado 39%, dificuldade em acordar 22% e sonolência diurna 5% (quadro II).

Relativamente às parassónias responderam sempre ou muitas vezes: sonambulismo 4%, sonilóquia 13%, terrores nocturnos 4%, pesadelos 11%, bruxismo 16% e enurese 3% (quadro III).

**Relação entre hábitos de televisão e perturbações do sono:** adormeciam a ver televisão 53 crianças, destas 60% tinha televisão no quarto ( $p < 0,001$ ), 30% necessitava dos pais para dormir ( $p < 0,001$ ), 25% adormecia na cama dos pais ( $p < 0,001$ ), 43% dormia com a luz acesa ( $p = 0,009$ ) e 19% tinha medo de dormir sozinho ( $p = 0,005$ ).

Como dormem as nossas crianças? Hábitos de televisão e perturbações de sono na idade escolar

Questionário	Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca
Senta-se na cama ou anda quando está a dormir? (sonambulismo)	1%	3%	12%	84%
Fala quando está a dormir? (sonilóquia)	2,9%	10,5%	38,8%	47,8%
Conta que teve sonhos maus que dão medo? (pesadelos)	3,2%	7,6%	52%	37,2%
«Acorda» a gritar como se estivesse aflito não se lembrando quando acorda? (terrores nocturnos)	0,6%	3,5%	19,9%	76%
Range os dentes enquanto dorme? (bruxismo)	4%	12%	14%	70%
Urina na cama durante a noite? (enurese)	0,3%	2,2%	10%	87,5%

**Quadro III** – Parassónias.

Das crianças que assistiam a mais de 2 horas de televisão por dia, 84% respondeu ver televisão após o jantar ( $p < 0,001$ ), 47% ter sono agitado ( $p = 0,01$ ), 7% terrores nocturnos ( $p = 0,038$ ) e 10% sonolência diurna ( $p = 0,03$ ) (quadro IV).

<b>Adormecer a ver televisão</b> <b>n=53</b>	Necessitar dos pais para dormir	30%	$p < 0,001$
	Adormecer na cama dos pais	25%	$p < 0,001$
	Ter medo de dormir sozinho	19%	$p = 0,005$
	Dormir com a luz acesa	43%	$p = 0,009$
	Ter televisão no quarto	60%	$p < 0,001$
<b>Ver mais de 2 horas de televisão/dia</b> <b>n=122</b>	Sonolência diurna	10%	$p = 0,03 *$
	Terrores nocturnos	7%	$p = 0,038 *$
	Sono agitado	47%	$p = 0,01$
	Adormecer na cama dos pais	13%	$p = 0,0371$
	Ver televisão após jantar	84%	$p < 0,001$

Legenda: \* Teste de Fisher

**Quadro IV** – Relação entre hábitos de televisão e perturbações do sono.

## Discussão

O período de sono ocupa quase metade do dia das crianças, o que é fundamental para a manutenção do equilíbrio biológico do Sistema Nervoso Central. Verificamos que tal aconteceu na nossa amostra e que uma percentagem significativa das crianças não adquiriu hábitos de autonomia ao adormecer, necessitando da presença de um adulto e ou da televisão. Na publicação «Television-viewing habits and sleep disturbance in school children» (THSD) [3], que serviu de base para a elaboração deste trabalho, os resultados foram os seguintes: resistência a ir para a cama 15,1%, sono agitado 10,7%, acordares nocturnos 6,7%, ressonar 3,7%, sono diurno 11,8%, ver televisão após o jantar 13,3%, ter televisão no quarto 26%, ver televisão para adormecer todos os dias 2,6% e pelo menos 2 noites por semana 15,8% e viam em média 2h4m por dia e 29,9% mais de 2h.

A percentagem de crianças que tem televisão no quarto, que ressona e que apresenta sono agitado foi superior no nosso estudo. Verificamos uma discrepância significativa entre a percentagem de crianças que vê televisão após o jantar no nosso estudo (68%) e no estudo de referência (THSD) (18%). Estas diferenças poder-se-ão atribuir a aspectos essencialmente culturais, no entanto, levam-nos a questionar se a televisão, no nosso país, estará a substituir o período de convívio em família, que tradicionalmente era próprio desta altura do dia.

Como dormem as nossas crianças? Hábitos de televisão e perturbações de sono na idade escolar

No estudo de referência (THSD), os hábitos de televisão que mais se relacionaram com perturbações de sono foram o número de horas de televisão por dia, adormecer a ver televisão e ter televisão no quarto.

No nosso estudo a presença de televisão no quarto da criança não teve relação estatística com as perturbações do sono, mas esta foi constatada relativamente aos que adormecem a ver televisão. Nem sempre as crianças deste grupo têm televisão no quarto, mas verificámos que 25% adormece a ver televisão no quarto dos pais (quadro IV).

Consideramos como um dos aspectos mais relevantes do estudo a correlação entre adormecer a ver televisão e outros factores que também revelam insegurança e ausência de autonomia da criança em adormecer, nomeadamente precisar da presença dos pais para dormir, adormecer na cama dos pais, ter medo de dormir sozinho e dormir com a luz acesa. Fica a questão se a televisão funciona como uma companhia para conseguirem conciliar o sono ou um elemento destabilizador e perpetuador de comportamentos menos adequados na hora de deitar.

A Academia Americana de Pediatria recomenda menos de 2 horas de televisão por dia [3, 7]. Têm sido propostas três teorias para explicar a relação entre hábitos de televisão e perturbações do sono: a luz brilhante da televisão antes do sono afecta o ciclo sono vigília através da redução da libertação de melatonina [6-7]; programas violentos para a idade têm impacto negativo no comportamento e inibem o relaxamento necessário para induzir o sono [6-7]; os pais de crianças que vêem muitas horas de televisão impõem poucas regras e não estabelecem ritmos e horários de sono [6-7].

É de realçar a importância da prevenção primária da patologia do sono, que deve ser efectuada pelos pediatras e pelos pais. As crianças devem, desde sempre, adormecer sozinhas, num ambiente calmo e tranquilo e desde os três a seis meses de idade em quarto próprio [8].

## Conclusão

Uma percentagem significativa de crianças revelou ausência de autonomia para adormecer sozinho, necessitando da presença dos pais e/ou da televisão. Tal como no estudo de referência, as variáveis que revelaram correlação estatística com perturbações do sono foram adormecer a ver televisão e ver mais de duas horas diárias de televisão.

Parece-nos importante alertar os profissionais de saúde para a necessidade de sensibilizar os pais para a instituição de regras de higiene de sono. É também fundamental não esquecer que a televisão pode ser um veículo de informação e uma forma de entretenimento, mas poderá ser prejudicial se tal for feito sem que haja controlo do número de horas, do horário e do conteúdo dos programas.

## Bibliografia

1. Mendes L, Fernandes A, Garcia F. Hábitos e perturbações do sono em crianças em idade escolar. *Acta Pediatr. Port.*, 2004; 35: 341-347.
2. Pedrosa C, Cruz G, Pereira S. Hábitos e perturbações do sono de uma população infantil de Vila Nova de Gaia. *Acta Pediatr. Port.*, 2004; 35: 323-328.
3. Owens J, Maxim R, McGuinn M, Nobile C, Msall M, Alario A. Television-viewing habits and sleep disturbance in school children. *Pediatrics* 1999; 104: 27-34.
4. Mendes P, Fernandes A. A criança e a televisão. *Acta Pediatr. Port.*, 2003; 34: 101-104.
5. Paavonen J, Pennonen M, Roine M, Valkonen S, Lahikainen A. TV exposure associated with sleep disturbances in 5- to 6-year-old children. *J. Sleep Res.* 2006; 15: 154-161.
6. Thompson A, Christakis D. The association between television viewing and irregular sleep schedules among children less than 3 years of age. *Pediatrics* 2005; 116: 851-856.
7. Johnson J, Cohen P, Kasen S, First M, Brook J. Association between television viewing and sleep problems during adolescence and early adulthood. *Arch Pediatr Adolesc. Med.* June 2004; 158: 562-567.
8. Suarez R, Garcia R. Hábitos de sueño en la revisión del niño sano. *Bol Pediatr* 2005; 45: 17-22.

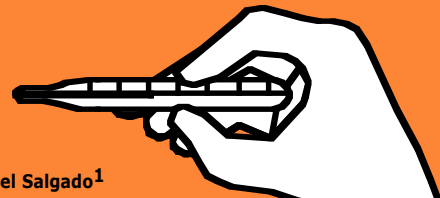
**Correspondência:** Margarida Pereira  
cmhp@sapo.pt



## Caso clínico

### Orquite na Púrpura de Henoch-Schönlein

Helena Rios<sup>1</sup>, Manuel Salgado<sup>1</sup>



## Resumo

A púrpura de Henoch-Schönlein (PHS) é a vasculite mais comum em idade pediátrica. Geralmente manifesta-se por alterações cutâneas, nas articulações e sistemas gastrointestinal e renal. No entanto, existem outras manifestações mais raras tais como a orquite. Em 7 anos (2000–2006) foram observados no Hospital Pediátrico de Coimbra 45 rapazes com PHS. Destes, 5 apresentaram envolvimento do escroto (incidência de 11%). Nos 5 casos observados, o diagnóstico de orquite não colocou dificuldades com outras situações dolorosas do escroto, especialmente com a torção do testículo. Contudo, em caso de dúvida, impõe-se pelo menos a realização de ecografia testicular. Numa criança com PHS e orquite, em geral deve assumir-se uma atitude conservadora, bastando o tratamento sintomático, dado o excelente prognóstico.

**Palavras-chave:** Púrpura de Henoch-Schönlein, orquite, escroto agudo, torção testicular.

## Orchitis in Henoch-Schönlein Purpura

### Summary

Henoch-Schönlein purpura (HSP) is the most common vasculitis in childhood. Usually it presents by changes on the skin, joints, gastrointestinal and renal systems. However, there are other uncommon clinical manifestations like orchitis.

In seven years (2000–2006), were observed in Pediatric Hospital of Coimbra 45 boys with HSP. Five of them presented scrotum involvement, corresponding to an incidence of 11%. In these five cases we observed, the diagnosis of orchitis poses no difficulty. However, in doubt with testicular torsion, it is necessary to do a testicular ultrasound.

In a child with HSP and orchitis we should take a conservative attitude, basely on symptomatic treatment, due to the excellent prognosis.

**Keywords:** Henoch-Schönlein purpura, acute scrotum, orchitis, testicular torsion.

<sup>1</sup> Hospital Pediátrico de Coimbra

## Introdução

A púrpura de Henoch-Schönlein (PHS) é a vasculite mais comum em idade pediátrica. É uma doença inflamatória caracterizada por vasculite generalizada, envolvendo os pequenos vasos da pele, articulações e sistemas gastrointestinal e renal. Pode ainda apresentar manifestações clínicas mais raras, tais como o envolvimento do escroto [1].

A nível do escroto na PHS manifesta-se por eritema, equimoses, sensação de desconforto e de peso, dor e edema testicular. A presença de pelo menos um destes sinais/sintomas, com excepção das lesões cutâneas, é denominada de **escroto agudo**. A **orquite** define-se clinicamente pela presença de testículos dolorosos e edemaciados e eritema da pele que os recobre [2].

Se na maioria dos casos a orquite surge numa criança já com diagnóstico estabelecido de PHS, ocasionalmente pode constituir a primeira manifestação da PHS, tornando a associação destas entidades nem sempre fácil [3-5].

Em 7 anos (2000-2006) foram observados no Hospital Pediátrico de Coimbra 45 rapazes com PHS dos quais 5 (11%) evidenciaram envolvimento do escroto. Descrevem-se em pormenor 2 dos casos, e no **Quadro 1**, incluem-se os restantes.

## Casos clínicos

### Caso 1

Rapaz de 7 anos de idade, que em Julho de 2001, foi observado por erupção cutânea nos membros inferiores, com 4 dias de evolução não pruriginosa e dor testicular desde a véspera. Três dias antes do início das queixas fora medicado com amoxicilina e ácido clavulânico para «amigdalite». Os antecedentes pessoais e familiares eram irrelevantes. O exame objectivo mostrou exantema maculo-papular que não desaparecia à vitro-pressão, disperso pelos membros inferiores; o escroto estava edemaciado e ruborizado, com dor ligeira à palpação, com reflexo cremasteriano presente (**Figura 1**); o restante exame não mostrou alterações, com tensão arterial (TA) normal. A urina era límpida, sem alterações (proteína, hemoglobina, leucócitos) na tira-reagente. Foi medicado com paracetamol. Na reobservação, 2 dias depois, verificou-se melhoria dos sinais inflamatórios do escroto, que duraram no total menos de 7 dias. As manifestações cutâneas tiveram uma duração de 5 semanas (com fases de melhoria e agravamento). Nunca teve queixas digestivas, articulares nem sistémicas, com TA normal em 3 determinações. Foi observado 5 anos depois por escarlatina: não voltara a ter manifestações clínicas compatíveis com PHS ou de complicações desta.

### Caso 2

Rapaz de 5 anos, foi observado, em Março 2006, no 2º dia de doença, por exantema e artralgia da tibiotársica. O quadro clínico iniciara-se com exantema purpúrico nos membros inferiores, com progressão gradual para os membros superiores e artrite (dor e edema) com impotência funcional das tibiotársicas. Tinha como antecedentes pessoais asma desde os primeiros anos de vida e, 2 semanas antes, rinofaringite febril, medicada apenas com anti-

piréticos. O exame objectivo mostrou um exantema purpúrico nos membros superiores e inferiores; dor e edema da articulação tibiotársica bilateralmente, TA sistólica e diastólica >P95 (mas valores normais no dia seguinte); hematúria e proteinúria na tira-reagente e sumária de urina. Foi medicado com paracetamol. No 5º dia, mantinha as queixas articulares, as lesões purpúricas nos membros com extensão ao escroto, que se apresentava agora ruborizado, edemaciado e doloroso. Não consta a descrição do reflexo cremasteriano.

Manteve hematúria e proteinúria com TA normal. Iniciou prednisolona (PDN) na dose de 2 mg/Kg/dia (que cumpriu durante 7 dias). Ao 8º dia de doença mantinha queixas articulares (tibiotársicas, cotovelos e punhos) com impotência funcional, púrpura



Figura 1 – Edema, dor e rubor testicular em rapaz com PHS.

e os sinais inflamatórios do escroto em regressão, agora apenas com ligeiro rubor e edema testicular, com TA normal e ausência de hematúria e proteinúria. Manteve PDN durante 7 dias, tendo sido depois orientado para o médico assistente. Não voltou a recorrer ao HPC.

Data	Idade (anos)	Data início do envolvimento					RE	Eco	Tx	Duração Orquite	Compl Orquite
		E	C	A	R	G					
<b>2001/07</b>	7	D3	D1	Não	Não	Não	+	Não	Parac	< 7d	Não
<b>2005/06</b>	6	D19*	D1	Não	M2	D1	NT	Não	IBP PDN	-	-
<b>2006/03</b>	5	D5	D1	D1	D1	Não	NT	Não	Parac PDN	≈ 3d	Não
<b>2006/04</b>	5	D1	D1	D8	Não	Não	NT	Não	-	?	Não
<b>2006/09</b>	3	D8	D1	D8	Não	Não	NT	Não	Parac	< 7d	Não

\*Apenas edema do escroto, todos os restantes casos apresentavam dor, rubor e edema.

E – escroto; C – cutâneo; A – articular; R – renal; G – gastrointestinal; D – dia de doença; RE – reflexo cremasteriano; NT – não testado; Eco – ecografia; Tx – tratamento; Parac – paracetamol; IBP – ibuprofeno; PDN – prednisolona; d – dias; Compl – complicações

**Quadro 1** – Resumo dos cinco casos de envolvimento do escroto / «orquite» na PHS.

## Discussão

A incidência de orquite em crianças com PHS é muito variável, tal como podemos constatar no **Quadro 2** [3,6-17]. Os diferentes critérios de inclusão utilizados justificarão a grande variabilidade. A incidência de 11% por nós encontrada, enquadra-se na média obtida pela avaliação dos 970 rapazes com PHS da nossa meta-análise de 13 casuísticas incluídas no **Quadro 2**: 135 (14%) tinham envolvimento do escroto (variando de 2% a 32%).

Autor	Nº rapazes PHS	Escroto Agudo		Orquite	
		N	%	N	%
Ha TS, et al (Coreia, 1992-2004) [3]	120	26	22	2	2
Rios H, e tal. (Coimbra, 2000-2006 [6]	45	5	11	4	9
Nong BR, et al (Taiwan 1991-2005) [7]	63	4	6	–	–
Trapani S, et al (Itália 1998-2000) [8]	95	20	21	20	21
Saulsbury FT (Virgínia 1979-1999) [9]	57	5	9	5	9
Ben-Sira L, et al (Boston 1982-1997) [10]	87	13	15	–	–
Mintzer C, et al (Israel 1969-1993) [11]	86	10	12	–	–
Chamberlain R, et al (Washington 1983-1990) [12]	34	11	32	–	–
Katz S, et al (Indianapolis 1972-1989) [13]	60	5	8	–	–
Clark WR, et al (Minnesota 1976-1984) [14]	87	3	3	–	–
Khan et al (Minnesota 1965-1975) [15]	59	9	15	–	–
Ioannides AS, et al (Liverpool) [16]	93	22	24	–	–
Allen et al [17]	84	2	2	–	–
<b>Total</b>	<b>970</b>	<b>135</b>	<b>14</b>	<b>31</b>	<b>3</b>

**Quadro 2** – Resumo das casuísticas de rapazes com PHS e envolvimento do escroto.

Como os casos descritos evidenciaram, o diagnóstico de orquite no contexto de PHS em geral é fácil. Mas será imperativo estabelecer o diagnóstico diferencial entre orquite e torção testicular (TT), dado o mau prognóstico desta. Apesar de algumas diferenças (**Quadro 3**), nem sempre é fácil distinguir clinicamente estas duas entidades [3-5,18]. A não descrição do reflexo cremasteriano em 4 dos 5 doentes com orquite, poderá dever-se à benignidade da clínica apresentada, corroborado pelo facto de nenhum ter tido necessidade de ecografia do escroto (**Quadro 1**). Contudo, neste contexto, justificar-se-á, por rotina, pelo menos a pesquisa do reflexo cremasteriano.

Por outro lado, a própria vasculite testicular predispõe para a TT [3-5]. Assim, quando existem dúvidas, os exames complementares de diagnóstico poderão ser de extrema importância para estabelecer o diagnóstico diferencial entre estas duas entidades.

CARACTERÍSTICAS	ORQUITE NA PHS	TORÇÃO TESTICULAR
<b>Idade</b>	Pré - escolar	1º ano de vida; 11 - 12 anos
<b>Lateralidade</b>	Uni/bilateral	Unilateral
<b>Início da dor</b>	Gradual	Súbito
<b>Intensidade da dor</b>	Moderada	Forte
<b>Reflexo cremasteriano</b>	Presente	Ausente
<b>Sintomas associados</b>	os da PHS ou não	Náuseas e vômitos

**Quadro 3** – Diagnóstico diferencial entre orquite na PHS e torção testicular [3,5,18].

O exame de primeira linha é a ecografia/eco-doppler testicular (sensibilidade 89-100%; especificidade 97-100%) [19]. A orquite da PHS caracteriza-se por alargamento epididimal, espessamento da pele do escroto, hidrocelo, testículos normais com fluxo sanguíneo normal ou aumentado; zonas de hipoecogenicidade e hipovascularizadas do parênquima testicular – focos de necrose [4, 5, 9, 20]. A cintigrafia nuclear (com uma especificidade de 100%) [19] permite também avaliar a perfusão sanguínea testicular, detectada por aumento da radioactividade, e que na orquite se encontra preservada, ao contrário da TT. Tem a desvantagem de ser um exame invasivo, mais dispendioso e pouco acessível [5]. Quando, mesmo após a realização dos exames complementares persistem as dúvidas quanto à possibilidade de TT, deve-se proceder à exploração cirúrgica.

A orquite da PHS tem excelente prognóstico, habitualmente com resolução espontânea até 2 a 3 semanas. A abordagem deverá ser conservadora, com vigilância clínica e com tratamento sintomático, constituindo a terapêutica de eleição os anti-inflamatórios não esteróides [3]. O uso de corticóides é muito controverso. O principal benefício da corticoterapia prende-se com a sua acção anti-inflamatória, promovendo um desaparecimento mais célere da sintomatologia, sobretudo da dor e do edema. Segundo alguns autores estará indicada a corticoterapia (prednisolona oral 1-2 mg/Kg/dia) durante um curto período (7 a 10 dias), perante um diagnóstico precoce (antes do aparecimento de reacções hemorrágicas e hematomas secundários à vasculite) e dor e edema graves [3, 21]. Apenas 2 dos nossos casos foram medicados com PDN (**Quadro 1**).

O excelente prognóstico verificado nos 5 casos por nós observados, corroborado por estudos recentes, leva-nos a recomendar reservar a corticoterapia, de curta duração, apenas para as situações de compromisso mais grave do escroto.

## Bibliografia

1. Saulsbury FT. Clinical update: Henoch-Schönlein. *The Lancet* 2007; 369: 976-8.
2. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson Textbook of Pediatrics. Elsevier. 17ª Edição 2004, 1102.

3. Ha TS, Lee JS. Scrotal involvement in childhood Henoch-Schönlein purpura. *Acta Pediatr* 2007; 96: 552-5.
4. Davol P, Mowad J, Mowad CM. Henoch-Schönlein purpura presenting with orchitis: a case report and review of the literature. *Cutis* 2006; 77: 89-92.
5. Søreide K. Surgical management of nonrenal genitourinary manifestations in children with Henoch-Schönlein purpura. *J Pediatr Surg* 2005; 40: 1243-7.
6. Rios H, Rodrigues F, Lemos L, Januário L. Púrpura de Henoch-Schönlein – Casuística do Hospital Pediátrico de Coimbra 1996-2006. In: 8º Congresso Nacional de Pediatria, Vilamoura, 1 a 5 Outubro 2007.
7. Nong BR, Huang YF, Chuang CM, et al. Fifteen-year experience of children with Henoch-Schönlein purpura in Southern Taiwan, 1991-2005. *J Microbiol Immunol Infect* 2007; 40: 371-6.
8. Trapani S, Micheli A, Grisolia F, et al. Henoch-Schönlein purpura in childhood: epidemiological and clinical analysis of 150 cases over a 5-year period and review of literature. *Semin Arthritis Rheum* 2005; 35: 143-153.
9. Saulsbury FT. Henoch-Schönlein purpura in children. Report of 100 patients and review of the literature. *Medicine* 1999; 78: 395-409.
10. Ben-Sira L, Laor T. Severe scrotal pain in boys with Henoch-Schönlein purpura: incidence and sonography. *Pediatr Radiol* 2000; 30: 125-8.
11. Mintzer C, Nussinovitch M, Danziger Y, et al. Scrotal involvement in Henoch-Schönlein purpura in children. *Scand J Urol Nephrol* 1998; 32: 138-9.
12. Chamberlain R, Greenberg L. Scrotal involvement in Henoch-Schönlein purpura: a case report and review of the literature. *Pediatr Emerg Care* 1992; 8: 213-5.
13. Katz S, Borst M, Seekri I, et al. Surgical evaluation of Henoch-Schönlein purpura. Experience with 110 children. *Arch Surg* 1991; 126: 849-53.
14. Clark WR, Kramer SA. Henoch-Schönlein purpura and the acute scrotum. *J. Pediatr Surg* 1986; 21: 991-2.
15. Kahn A, Williams T, Malek R. Acute scrotal swelling in Henoch-Schönlein syndrome. *Urology* 1977; 10: 139-41.
16. Ioannides AS, Turnock R. An audit of the management of the acute scrotum in children with Henoch-Schönlein purpura. *J R Coll Surg Edinb* 2001; 46: 98-9.
17. Allen D, Diamond L, Howell D. Anaphylactoid purpura in children (Schonlein-Henoch purpura). *Am J Dis Child* 1960; 98: 853-4.
18. Geli JS. Patología scrotal y peneana: escroto agudo, varicocelo y curvatura congénita del pene. *Bol Pediatr* 2007; 47: 25-30.
19. Huang LH, Yeung CY, Shyur SD, et al. Diagnosis of Henoch-Schönlein purpura by sonography and radionuclear scanning in a child presenting with bilateral acute scrotum. *J Microbiol Immunol Infect* 2004; 37: 192-5.
20. Dayanir YO, Akdilli A, Karaman CZ, et al. Epipymoorchitis mimicking testicular torsion in Henoch-Schönlein purpura. *Eur Radiol* 2001; 11: 2267-9.
21. Ben-Chaim J, Korat E, Shenfeld O, et al. Acute scrotum caused by Henoch-Schonlein purpura, with immediate response to short-term steroid therapy. *J Pediatr Surg* 1995; 30: 1509-10.

**Correspondência:** Helena Rios

Hospital Pediátrico de Coimbra  
helenarios@sapo.pt

## Caso clínico

### **Trombose venosa profunda recorrente como manifestação inicial de doença de Behçet. Caso clínico e revisão bibliográfica**

Helena Rios<sup>1</sup>, Manuel Salgado<sup>1</sup>

#### Resumo

A doença de Behçet (DB) é uma vasculite sistêmica, crônica e recidivante, de etiologia desconhecida, sendo pouco frequente na infância. A trombose venosa profunda (TVP) é uma das suas manifestações mais tardias, podendo, contudo, ser uma forma de apresentação da DB. Rapaz de 9 anos, observado por TVP recidivante do membro inferior esquerdo. Tinha como antecedentes aftose oral recorrente, pseudofoliculites, e três familiares maternos com DB. O estudo realizado excluiu as causas hereditárias de trombofilia, o síndrome de antifosfolípido, o lúpus eritematoso sistêmico e variadas outras vasculites.

A associação de aftas orais e pseudofoliculites recorrentes, TVP, história familiar positiva de DB, sugeriram o diagnóstico DB, corroborado pela positividade do alelo HLA B51.

Foi medicado com ácido acetilsalicílico e colchicina verificando-se a resolução da TVP cerca de 18 meses após o início do tratamento com antiagregante. Não apresentou ainda qualquer outra manifestação da doença de Behçet.

**Palavras-Chave:** Trombose venosa profunda, doença Behçet, criança, familiar.

#### **Recurrent Deep Venous Thrombosis as Early Manifestation of Behçet Disease. Case report and literature review**

##### Summary

Behçet disease (BD) is a chronic, systemic, recurrent vasculitis, with an unknown aetiology, rarely observed in infancy. Deep venous thrombosis (DVT) is one of its latest complications. A nine year old boy was observed for recurrent deep venous thrombosis of left lower limb. He had antecedents of recurrent aphthous mouth ulcerations, and several maternal side family members with BD. The study performed excluded hereditary causes of DVT, antiphospholipid syndrome, systemic erithematous lupus and others vasculitides.

The association between recurrent mouth aphthous lesions, pseudofoliculitis, DVT and family history of DB suggested the diagnosis of BD, reinforced by the presence of HLA B51.

He was treated with acetylsalicylic acid and colchicine, with resolution of DVT 18 months after he started antiagregant therapy. Until now he had no other DB manifestation.

DVT is a rare pathology in infancy. When associated with recurrent aphthous mouth ulcerations, HLA B51 and positive family history is suggestive of BD. Other more typical manifestations are expected to occur latter in course of this disease.

**Keywords:** Venous, thrombosis, Behçet, disease, pediatric, familial

1 Serviço de Pediatria, Hospital de São Sebastião (HSS)

2 Serviço de Imunohemoterapia, HSS

Trombose venosa profunda recorrente como  
manifestação inicial de doença de Behçet.  
Caso clínico e revisão bibliográfica

## Introdução

A doença de Behçet (DB) é uma vasculite sistêmica crônica e recidivante, de etiologia desconhecida, com uma prevalência estimada de 1:600.000 crianças menores de 15 anos [1,2]. A tríade clássica de estomatite aftosa, úlceras genitais e uveíte foi inicialmente descrita pelo médico grego Adamantides e, seis anos depois, por Behçet (1937), médico turco que lhe deu o nome [3]. Mas sendo a DB uma doença sistêmica manifesta-se também a nível cutâneo, articular, neurológico, intestinal, pulmonar, urogenital e vascular (figura 1). Nos casos pediátricos, a clínica surge habitualmente entre os 7 e os 13 anos de vida, estando descrita a agregação familiar, preferencialmente neste grupo etário [1,4].

A trombose venosa profunda (TVP) é um evento raro na idade pediátrica (0,05-0,07 por 10.000 crianças). Na sua origem estão causas hereditárias (deficiência ou disfunção de proteínas reguladoras da coagulação, elevação de proteínas pró-coagulantes, doenças do metabolismo do folato, anemia de células falciformes) associadas ou não a factores adquiridos: infecções, cirurgias, neoplasias, corpos estranhos intra-vasculares, policitemia, e diversas vasculites sistêmicas, nomeadamente o lúpus eritematoso sistémico (LES) [5-8]. Por vezes a TVP ílio-femoral poderá apresentar-se como dor inguinal ou pélvica sugerindo outros diagnósticos muito mais comuns (artrite séptica, sinovite transitória da anca, apendicite, psoíte, etc.), com consequentes significativos atrasos no diagnóstico e respectivo tratamento [9]. Os autores apresentam um caso de uma criança do sexo masculino com TVP cuja evolução clínica inicial retrata as potenciais dificuldades no diagnóstico e no tratamento. A recidiva da TVP sugeriu a patologia de base.

## Caso clínico

Rapaz de 8 anos, observado no Serviço de urgência do HSS em Janeiro de 2005 por anca dolorosa à esquerda.

Dos seus antecedentes destacavam-se história de aftose oral recorrente desde os 7 anos e de pequenas pústulas acneiformes associadas aos folículos pilosos (pseudofoliculite) nos membros superiores desde os 6 anos; sem outras queixas nomeadamente gastrointestinais, oculares, ou genitais.

Era filho único, de pais jovens e não consanguíneos. A mãe, avô materno e tio materno tinham doença de Behçet; a prima materna de 7 anos tinha aftose oral recorrente isolada. A criança apresentava uma história de impotência funcional com 15 dias de evolução, associada a bloqueio de rotação da anca esquerda, sem edema da coxa; apresentava discreto aumento dos valores dos marcadores inflamatórios (PCR 36,7mg/L, VS 49mm) tendo sido internado no serviço de Pediatria/Ortopedia por suspeita de artrite séptica da anca. Surgiu febre no 4º e 5º dia de internamento, pelo que realizou punção aspirativa da articulação que se revelou estéril. Ficou internado durante 13 dias, tendo sido medicado com cefazolina e tracção (3 kg). Na consulta pós internamento de Pediatria e Ortopedia, (1 mês após o início das queixas), foi constatado aumento significativo do volume do membro inferior esquerdo com circulação venosa superficial patente e pulsos arteriais presentes. Foi realizado eco-Doppler que mostrou «trombose da veia ilíaca com extensão à femoral esquer-



da, actualmente em fase de recanalização», pelo que foi orientado para a consulta de Cirurgia Vascular do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia. Foi observado nesta consulta em Julho de 2005. Mantinha ligeiro edema do membro inferior esquerdo, sem dor ou limitação da marcha. Efectuou estudo da coagulação, proteína C, S e antitrombina III que foram normais. A resistência à proteína C activada, manifestação funcional de diversas patologias pró-trombóticas como o factor V de Leiden, foi excluída pela negatividade do teste de resistência à proteína C activada (APC-R, tabela I). Repetiu eco-Doppler e fez ressonância magnética do território venoso abdominal que foram normais, pelo que teve alta da consulta de Cirurgia Vascular, sem indicação para tratamento. Foi reenviado à consulta de Pediatria do HSS em Dezembro de 2005. Mantinha ligeiro edema do membro inferior esquerdo, sem outros sinais inflamatórios. Repetiu eco-Doppler dos membros inferiores que mostrou um segundo episódio de TVP ilio-femural esquerda, novamente em recanalização. Foi observado em consulta de Imunohemoterapia do HSS tendo iniciado antiagregante plaquetário (ácido acetilsalicílico 100mg/dia) e completado estudo para o síndrome antifosfolípido (anticorpos anti-beta2-glicoproteína, anticoagulante lúpico e anticardiolipina) (tabela I) que foi negativo. Com 12 meses de doença, aos 9 anos de idade, foi orientado para a consulta de Pediatria – Reumatologia. A investigação realizada — fibrinogénio, homocisteína, vitamina B12, ácido fólico, estudo imunológico (ANAs, ENAs, antids-DNA, ANCAp e ANCAc, C3, C4) - não mostrou alterações (tabela I).

Os antecedentes pessoais e familiares do paciente, associados à negatividade dos estudos já realizados, levantaram a possibilidade de estarmos perante uma manifestação de DB. O estudo de HLA revelou a presença do alelo B51, classicamente associado a esta doença (HLA B12 e B27 negativos). O teste de patergia foi negativo. Iniciou tratamento com colchicina 0,5mg/dia com boa resposta das lesões aftosas orais e manteve o antiagregante plaquetário. A observação pela Oftalmologia (aos 14 meses de doença) não mostrou alterações.

Em Maio de 2007, foi observado na consulta de Imunohemoterapia do HSS, tendo suspenso antiagregante plaquetário ao fim de 18 meses, por se encontrar assintomático do ponto de vista vascular.

Actualmente, 3 anos após a manifestação inicial, mantém-se clinicamente bem, com períodos de aftose oral menos frequentes e sem outras alterações ao exame objectivo; mantém colchicina (1mg/dia) nos períodos de exacerbação da aftose oral e vigilância oftalmológica regular. Não apresentou ainda outras manifestações gastrointestinais, neurológicas, articulares ou urogenitais características da DB.

## Discussão

Como este caso demonstra, a TVP deverá ser lembrada no diagnóstico diferencial das dores na anca e/ou pélvicas, em especial se houver incongruências clínico-laboratoriais, de forma a não atrasar nem o diagnóstico nem o adequado tratamento, de forma a minimizar as potenciais morbilidade e/ou mortalidade [9].

A TVP é uma patologia multifactorial, ra ra na infância, associada a factores de risco genéticos e adquiridos que se agravam mutuamente. Dos factores de risco adquiridos, a presença de

Trombose venosa profunda recorrente como manifestação inicial de doença de Behçet. Caso clínico e revisão bibliográfica

Estudos Séricos	Valores Paciente	Valores Normais
Estudo da Coagulação		
PTT (s)	13,4	11,5
APTT (s)	29,4	29,5
Fibrinogénio (mg/dL)	200	212,0 – 488,0
D-Dímeros (ng/dL)	97,9	>275,0
Anticoagulante lúpico	negativo	
Proteína C Reactiva (mg/L)	0,81	<5,00
Complemento		
C3 (mg/dL)	131,0	88,0 – 195,0
C4 (mg/dL)	24,1	10,0 – 40,0
Factor Reumatóide (UI/mL)	<20,0	<20,0 - negativo
Vitamina B12 (pg/mL)	855	179 - 1162
Ácido Fólico (ng/mL)	15,4	2,4 – 34,0
Homocisteína (mmol/L)	4,1	5,9 – 16,0
Teste de Resistência à Proteína C Activada - APC-R (seg)	176,7	Negativo > 120 seg Positivo <120 seg
Auto-Anticorpos		
Anticorpos Antinucleares	Negativos	
Anticorpos Anti-proteinase 3 (ELIA U/mL)	1,4	<7 – negativo
Anticorpos Anti-mieloperoxidase (ELIA U/mL)	0,7	<7 – negativo
Anticorpos Anti-DNA (IU/mL)	1,1	<10 – negativo
Anticorpo anti Cardiolipina IgM (MFL/mL)	5,7	<10 – negativo
Anticorpo anti Cardiolipina IgG (GPL/mL)	4,4	<10 – negativo
Anti-Beta2 Glicoproteína IgM (U/mL)	4,0	<5 – negativo
Anti-Beta2 Glicoproteína IgG (U/mL)	5,6	<10 – negativo
HLA B27	negativo	
Genotipagem HLA Classe I – B	HLA-B*51,5501	

**Tabela I** – Resumo do estudo analítico realizado.

TROMBOFILIAS
<p>Maior potencial pró-trombótico</p> <p>Deficiências graves de proteínas reguladoras da coagulação (Proteína C, Proteína S, Antitrombina III)</p> <p>Trombofilias genéticas combinadas</p> <p>Anticoagulante lúpico ou Anticorpos anti-fosfolípidos persistentemente elevados</p>
<p>Potencial pró-trombótico moderado</p> <p>Factor V de Leiden</p> <p>Protrombina G20210A</p> <p>Elevada actividade do factor VIII</p> <p>Hiperhomocisteinemia (relacionada com o nível de homocisteína)</p> <p>Disfibrinoginemia</p> <p>Hipo/displasminoginemia</p>
<p>Correlacionada com trombose venosa nos adultos, ainda não confirmada nas crianças</p> <p>Elevação da actividades dos factores IX e XI</p> <p>Polimorfismos do Inibidor do activador do plasminogénio tipo1 (PAI-1)</p>

**Tabela II** – Trombofilias e a sua relevância clínica [7].

Trombose venosa profunda recorrente como manifestação inicial de doença de Behçet. Caso clínico e revisão bibliográfica

catéteres intravasculares é aquele que mais vezes está na origem das trombozes (25-75% das crianças, segundo as séries). Relativamente aos factores genéticos, destacam-se pela sua maior frequência os associados aos traços trombofílicos [7,9] (ver tabela II). As conectivites (LES, DB, outras vasculites sistémicas) quer pelas alterações vasculares que podem condicionar, quer pela associação ao síndrome antifosfolípido, representam uma causa infrequente mas com impacto significativo na qualidade de vida da criança afectada [6].

Em termos etiológicos, apenas uma minoria dos casos (2 - 8,5%) de TVP são descritos como espontâneos. Este ocorrem preferencialmente nas crianças mais velhas e comportam um risco de recorrência superior ao dos casos em geral (5,5 - 18,5%) [7,8].

No caso clínico descrito, a TVP teve por base uma patologia reumatológica pouco comum na idade pediátrica. Após exclusão de factores causais mais frequentemente associados às TVP (trombofilias, factores adquiridos), e dada a importante história familiar do paciente, a hipótese diagnóstica de DB foi encarada como a mais provável.

A doença de Behçet, também chamada doença da Rota da Seda, tem uma distribuição geográfica preferencial nos países do Extremo Oriente e bacia do Mediterrâneo sugerindo a presença de um factor genético de base; nestes países é também mais comum a presença do alelo HLA B\*51 (54,1 a 76,2% dos doentes), classicamente associado a esta doença [1,3]. Em Portugal está descrita uma prevalência na população de 1,53 casos por 100.000 [3]. Apenas 0,9%-7,6% de todos os casos são diagnosticados na infância. Na maioria das séries pediátricas, e ao contrário o que se passa nos adultos, os sexos feminino e masculino são igualmente atingidos [2]. Habitualmente os rapazes desenvolvem uma forma mais grave da doença, particularmente se esta se inicia antes dos 25 anos [10,11].

Em 1969, Mason e Barnes propuseram os seus critérios de diagnóstico (Tabela III) que reflectem a espectro da doença [2].

CRITÉRIOS DE MASON E BARNES PARA O DIAGNÓSTICO DE DOENÇA DE BEHÇET	
Critérios de diagnóstico: 3 major ou 2 major + 2 minor	
Critérios Major	Critérios Minor
Aftas orais recorrentes Aftas genitais Envolvimento ocular Lesões cutâneas	Envolvimento digestivo Tromboflebite Lesões cardio-vasculares Artrite Envolvimento do sistema nervoso central História familiar de DB

**Tabela III** - Critérios de Mason e Barnes para o diagnóstico de Doença de Behçet [2].

Em 1990 foram publicados os critérios de diagnóstico pelo International Study Group for Behçet Disease (Tabela IV) [12]. Estes critérios foram criados para fins de investigação, de forma a obter uma uniformização dos grupos de estudo. Para o paciente individual, a suspeita e o diagnóstico devem permanecer eminentemente clínicos [13]. No caso das crianças esta situação é por demais evidente, já podem existir anos de intervalo entre as várias manifestações da doença [2,10].

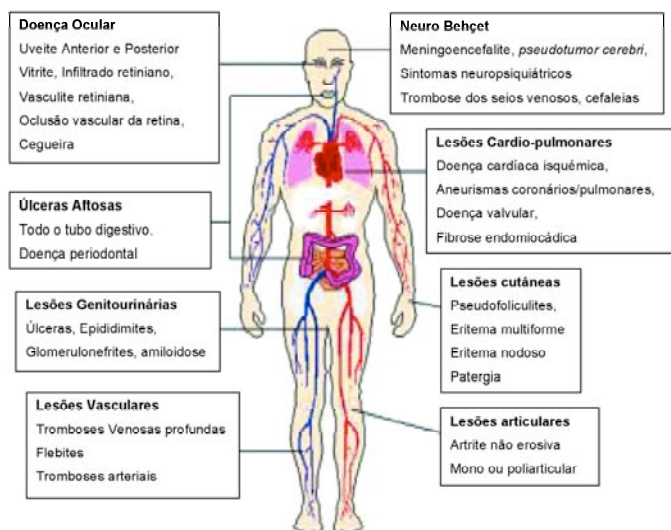
A etiopatogenia da DB permanece ainda indefinida. Vários factores parecem contribuir para a sua génese [2,3,11]: a presença de um trigger infeccioso (Vírus Herpes Simplex 1,

Trombose venosa profunda recorrente como manifestação inicial de doença de Behçet. Caso clínico e revisão bibliográfica

*Streptococcus sanguis*, micobactéricas), um resposta imune inadequada (resposta B e T contra proteínas de choque térmico bacterianas homólogas das humanas, excesso de ativação de neutrófilos e monócitos) ou a existência de predisposição genética (sugerida pela agregação familiar, associação a HLA B\*51 ou outros genes fora do complexo de histocompatibilidade, como o factor V de Leiden). Procurando a unificação destes factores, foi sugerida a hipótese da DB resultar de uma reacção autoimune despertada por um agente infeccioso específico, num indivíduo geneticamente predisposto [3]. A lesão patológica subjacente é uma vasculite obliterante das arteríolas e vénulas, associada a perivasculite com infiltração neutrofílica, edema endotelial e necrose fibrinóide [2, 3].

INTERNATIONAL STUDY GROUP FOR BEHÇET'S DISEASE	
Critérios Necessários	Descrição
<b>Ulceração Oral Recorrente</b>	Lesões aftosas minor, major, ou herpetiformes, observadas pelo paciente ou pelo médico, com recorrência de pelo menos 3 vezes num período de 12 meses
<b>Mais 2 dos seguintes:</b>	
- <b>Ulceração Genital Recorrente</b>	Ulcerações aftosas ou cicatrizadas, observadas pelo paciente ou médico
- <b>Lesões Oculares</b>	Uveíte anterior ou posterior, vitrite, vasculite da retina, observada por Oftalmologista
- <b>Lesões cutâneas</b>	Eritema nodoso observado pelo paciente ou médico; pseudofoliculite, lesões papulopustulares; nódulos acneiformes, observados pelo médico em paciente pós adolescente e sem corticoterapia
- <b>Teste da Patergia Positivo</b>	Lido pelo médico às 24-48 horas

**Tabela IV** – Critérios de Diagnóstico da Doença de Behçet segundo «International Study Group for Behçet's Disease» [12].



**Figura 1** – Principais Manifestações Clínicas da Doença de Behçet [3].

Sendo uma vasculite sistêmica, as suas manifestações clínicas são variadas (figura 1). A estomatite aftosa recorrente acabará por estar presente em todos os pacientes e é, em 60 a 86,5% dos casos, a primeira manifestação da doença [11]. A ulceração genital é menos frequente mas mais específica. O atingimento cutâneo está presente em 80-90% dos casos pediátricos; o teste da patergia (reação de hipersensibilidade não específica após trauma com agulha estéril) é frequentemente negativo neste grupo etário [10]. A afectação ocular (43-65%) é mais frequente no sexo masculino, e pode condicionar graves sequelas como a cegueira. O envolvimento do sistema nervoso surge em 5-15% dos pacientes, e ocorre preferencialmente no sistema nervoso central sendo a meningoencefalite a sua manifestação mais frequente.

A doença vascular (venosa e arterial) ocorre em 14 a 65 % dos pacientes, segundo as séries [10,14]; nas crianças estima-se um envolvimento vascular entre os 5 e os 21% [1,10]. É mais frequente no sexo masculino e surge habitualmente cerca de 5 anos após o início da doença, embora possa ser por vezes a sua forma de apresentação [10]. O atingimento venoso caracteriza-se por trombozes superficiais (menos comuns) e profundas, enquanto o arterial, menos frequente, se traduz por fenómenos oclusivos e de formação de aneurismas [10,11].

Em termos de prognóstico, a doença caracteriza-se por um curso difícil de prever, com exacerbações e remissões cuja frequência e gravidade podem diminuir com o tempo. O início nas idades mais jovens e o sexo masculino estão associados a uma forma de apresentação mais grave e a um pior prognóstico a longo prazo. A morbilidade é elevada, principalmente nos casos com sequelas resultantes do atingimento nervoso ou ocular. A mortalidade associada à DB cifra-se em 9,8%, devendo-se a lesões dos grandes vasos, neurológicas ou perfurações de úlceras intestinais. De salientar que a mortalidade é especialmente elevada nos jovens do sexo masculino, e que o envolvimento vascular é uma das suas causas major [11]. Como este caso demonstra, a abordagem destes doentes é multidisciplinar. O tratamento da DB é complexo, sintomático e individualizado a cada paciente e realizado de acordo com os períodos de exacerbação e atingimento de órgãos alvo [11,13]. Dada a variabilidade do curso da doença e o desconhecimento da sua etiopatogenia, é difícil provar a eficácia das terapias utilizadas; isto reflecte-se na falta de ensaios clínicos bem controlados. Nas situações de atingimento mais severo (ocular, vascular e neurológico) a abordagem é feita de acordo com a apresentação clínica e a sua gravidade [13,15].

O envolvimento vascular na DB deve-se à inflamação activa do endotélio, factor que provoca o aparecimento do trombo; não é uma patologia da coagulação e não foi ainda demonstrada convincentemente a presença de embolização. Assim sendo, não existe evidência clara dos benefícios da utilização de anticoagulantes, embora esta questão se mantenha um foco de controvérsia [13,15].

A especificidade do envolvimento vascular na DB associado ao facto dos episódios de TVP terem sido detectados em fase de recanalização, justificam o não tratamento com anticoagulantes no nosso doente.

A tabela V sumariza a abordagem terapêutica desta doença, que se baseia na utilização de corticóides, imunossuppressores, imunomoduladores e anti-mitóticos [13].

Trombose venosa profunda recorrente como manifestação inicial de doença de Behçet. Caso clínico e revisão bibliográfica

MANIFESTAÇÕES	LIGEIRAS	SEVERAS
Ulceração bucal	Lavagens Bucais Corticóides tópicos	Colchicina Talidomida, azatioprina, infliximab, etanercept
Ulceração Genital	Corticóides tópicos	Colchicina nas mulheres, talidomida, azatioprina, infliximab
Eritema Nodoso		Colchicina, Corticóides
Acne		Corticóides + Antibióticos tópicos
Artrite/artralgia	Analgésicos AINEs	Colchicina, Corticóides, Azatioprina, IFN $\alpha$
Uveíte anterior Panuveíte, Uveíte posterior	Corticóides tópicos	Azatioprina, Ciclosporina A, Corticóide, IFN $\alpha$ , Infliximab
Vasculite retiniana		Azatioprina, ciclosporina A, corticóides, IFN $\alpha$ , Infliximab
Tromboflebite	Tratamento sintomático	Azatioprina, Ácido acetilsalicílico em baixas doses Anticoagulantes?
Arterite	Tratamento sintomático	Ciclofosfamida, corticóides Azatioprina
Ulceração intestinal		Sulfasalazina, azatioprina, infliximab
Trombose dos seios durais		Corticóides
Encefalomielite		Ciclofosfamida, azatioprina, corticóides, infliximab

**Tabela V** – Terapêutica farmacológica na doença de Behçet [13, 15]

A orientação terapêutica do nosso paciente deverá ser alvo de uma revisão e discussão com especialistas vasculares e reumatológicos, de forma a ser otimizada. É necessário ter em conta que este paciente apresenta diversos achados que podem condicionar um prognóstico reservado [16,17]. Apesar de não ter tido consequências graves resultantes das TVP tratada com antiagregante plaquetário, esta é uma opção terapêutica que pode ser questionada. A prevenção de eventos futuros, muito prováveis dada a história natural da doença, deverá ser uma preocupação presente no momento de decidir a terapêutica a instituir ou o momento da sua suspensão.

Em suma, a presença de TVP recorrente num paciente com estomatite aftosa recorrente, HLA B\*51 positivo [11], e história familiar significativa de DB, apontam, na ausência de causas mais prováveis, para a DB como etiologia de base. No entanto, este paciente não cumpre na totalidade os critérios do International Study Group for Behçet Disease (apenas 2 dos 3 necessários para o diagnóstico), mas cumpre os critérios de Mason e Barnes: 2 *major* (aftas orais e foliculites recorrentes) e 2 *minor* (tromboflebite e história familiar de DB).

O facto de nos encontrarmos perante uma criança, associado à noção de que as manifestações da DB vão surgindo muitas vezes com anos de intervalo entre si, explicam o porquê de não ser necessário cumprir os Critérios Internacionais para se fazer um diagnóstico de presunção e começar o tratamento da DB em idade pediátrica.

**Correspondência:** Helena Santos

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Unidade 2  
Rua Conceição Fernandes  
4434-502 Vila Nova de Gaia | Portugal  
Email: santoshelena@iol.pt | Telefone: 227865100

Trombose venosa profunda recorrente como  
manifestação inicial de doença de Behçet.  
Caso clínico e revisão bibliográfica

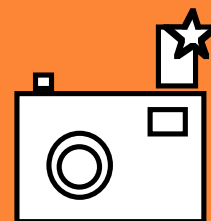
## Bibliografia

1. Laghmari M, Karim A, Allali F, Elmadani A, et al. La maladie de Behçet chez l'enfant, aspect cliniques et évolutifs. A propos de 13 cas. J Fr Ophtalmol 2002;25 (9): 904-8
2. Petty RE, Cassidy JT. Behçet Disease and Other Vaculitides. In: Cassidy and Petty eds. Textbook of Pediatric Rheumatology 5th ed. Philadelphia. WB Saunders 2005; 629-633
3. Verity DH, Wallace GR, Vaughan RW, Stanford MR. Behçet disease: from Hippocrates to the third millennium. Br J Ophtalmol 2003;87:1175-83
4. Gul A, Inanç M, Ocal L, Konıçe A, Konıçe M. Familial aggregation of Behçet disease in Turkey. Ann Rheum Dis 2000; 59:622-5
5. Montgomery R, Scout P: Hereditary Predisposition to Thrombosis. In Behrman, Kliegman, Jenson, eds. Nelson Textbook of Pediatrics – International Edition, 17th ed. Philadelphia, Saunders; 2004: 1664-5
6. Montgomery R, Scout P: Acquired Thrombotic Disorders. In Behrman, Kliegman, Jenson, eds. Nelson Textbook of Pediatrics – International Edition, 17th ed. Philadelphia, Saunders; 2004: 1665-6.
7. Journeycake JM, Manco-Johnson MJ. Thrombosis during infancy and childhood: what we know and what we do not know. Hematol Oncol Clin North Am 2004;18(6):1315-8
8. Chalmers EA. Epidemiology of venous thromboembolism in neonates and children. Thromb Res 2006;118(1):3-12
9. Lachambre G, Proulle V, Bader-Meunier B, Dreyfus M. Tromboses veineuses de l'enfant: les pièges diagnostiques. Arch Pédiatr (Paris) 2005 ;12 :180-2
10. Sanchez O, Pascual P, Oca F, Manso G, Ortiz A. Trombosis venosa profunda como manifestación precoz de la enfermedad de Behçet en la infancia. An Pediatr (Barc) 2004; 61(3):266-9
11. Al-Otaibi LM, Porter SR, Poate T. Behçet's Disease: a review. J Dent Res 2005; 84(3): 209-22
12. International Study Group for Behçet Disease. Criteria for diagnosis of Behçet disease. Lancet 1990; 335:1078-80
13. Barnes GC. Treatment of Behçet's syndrome. Rheumatology 2006; 45:245-7
14. Navarro S, Ricart JM, Medina P, Vayá A, Villa P, Todoli J, Estellés A, Micó ML, Aznar J, España F. Activated protein C levels in Behçet disease and risk of venous thrombosis. Br J Haematol 2004; 126:550-6
15. Seyahi E, Fresko I, Melikoglu M, Yazici H. The management of Behçet's Syndrome. Acta Reum Port 2006;31:125-31
16. Kural-Seyahi E, Fresko I, Seyhai N, et al. The long term mortality and morbidity of Behçet syndrome: a 2 year outcome survey of 387 patients followed at a dedicated centre. Medicine (Baltimore) 2003; 82:60-76
17. Yazici H, Barasan G, Hamuryudan V, et al. The ten year mortality in Behçet syndrome. Br J Rheumatol 1996;36:139-41

Um caso inesquecível

## Também há vida nos SAPs abertos

Decidir em segundos por uma vida.



No início da tarde da segunda-feira 27 de Agosto de 2007, foi solicitado à equipa do Sistema de Transporte Emergente Pediátrico do Instituto de Nacional de Emergência Médica (STEP-INEM) da Zona Centro um transporte electivo, da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) do Hospital Pediátrico de Coimbra (HPC) para a Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido (UCERN) do Hospital de São Teotónio de Viseu (HSTV). Os contactos entre a UCI do HPC e a UCERN do HSTV tinham sido efectuados durante o final da manhã do mesmo dia.

Tratava-se de um recém-nascido (RN) grande prematuro, com o peso de 1.330 gramas, que fazia algumas apneias, e com necessidade de oxigénio (O<sub>2</sub>) suplementar (0,5 L/minuto) por *prongs-nasais*. Como se previa, este transporte decorreu sem incidentes.

Já mesmo no final da viagem de regresso, pelas 16 horas e 55 minutos, a menos de 200 metros de chegarmos à «base» com sede na UCI do HPC, fomos contactados por telemóvel para nos deslocarmos rapidamente ao Serviço de Atendimento Permanente (SAP) do Centro de Saúde (CS) de Santa Comba Dão, a fim de assistir um outro RN grande prematuro acabado de nascer neste SAP.

Voltámos imediatamente, a grande velocidade, de novo à IP3 para fazer os 55 quilómetros (km) do caminho, agora no sentido inverso. Já com vários km percorridos, comentámos que iríamos precisar de *surfactante* que, por razões técnicas, não faz parte dos fármacos existentes na mala da ambulância. Chegámos ao SAP cerca 35 minutos depois, pelas 17 horas e 30 minutos.

Encontrámos um grande prematuro de 890 gramas com 26 semanas de gestação, nascido há cerca de 45 minutos; entubado com tubo endotraqueal (TET) nº 2,5 pela boca, adequadamente colocado (7 cm ao lábio inferior) e seguro com tiras de nastro; com adequada expansão torácica bilateral e não excessiva; com ventilação simétrica de ambos os hemitórax com insuflador manual de tamanho desproporcionado a este RN, utilizando na insuflação, apenas dois dedos; saturação transcutânea de oxigénio (Sat.O<sub>2</sub>) de 100%; envolto em panos esterilizados quentes; razoavelmente quente ao toque, mas ainda sem avaliação da temperatura cutânea.

O mais importante já estava feito: estava vivo, bem ventilado, não gelado.

Competia agora à equipa do STEP-INEM prosseguir o excelente trabalho até então realizado:

- a) Assegurar a fixação adequada do TET com adesivo; ligar o prematuro ao ventilador portátil para recém-nascidos do STEP; ventilar para uma expansão torácica e oxigenação adequadas, evitando o barotrauma e a hiperóxia, o que foi conseguido com frequência respiratória de 50 ciclos por minuto, tempo inspiratório de 0,4



Um caso inesquecível

segundos, pressão inspiratória máxima de 25 cm H<sub>2</sub>O (por «dureza pulmonar»), pressão final da expiração de 4,5 cm H<sub>2</sub>O e concentração de oxigénio de 93%. «Que pena não termos trazido o *surfactante*!», comentou-se;

- b) Manter um aporte adequado em calor, programando a temperatura da incubadora para os 37,9°C ("no máximo") e depois cobrindo o prematuro com plástico transparente (Figura 1);
- c) Arranjar um acesso venoso para assegurar os aportes em água e glicose; manter uma adequada circulação: a tensão arterial era de 42/22, com média 30 mmHg, normal para este RN, pelo que não foi preciso administrar nem soro fisiológico nem inotrópicos.



Fig. 1: O grande prematuro durante o transporte na ambulância do STEP-INEM (i)

Estas duas últimas tarefas – colocação asséptica de um catéter venoso central na veia umbilical e a avaliação hemodinâmica – foram realizadas já dentro da Unidade Móvel para RN, a ambulância do STEP-INEM, com o tripulante a ajudar, orientando a luz e a assegurar um maior aquecimento do seu interior. Nestas tarefas, os três adultos «suaram as estopinhas», tal era o calor dentro da ambulância, estacionada à porta do SAP e exposta ao Sol numa tarde quente de Verão. E o melhor que conseguimos para o prematuro, foi uma temperatura cutânea de 34,6°C.

As necessidades básicas estavam asseguradas. Agora, antes de iniciarmos o transporte até à Maternidade Central de Coimbra de destino, justificava-se fazer a história clínica.

Às 16 horas e 37 minutos, a equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação dos Hospitais da Universidade de Coimbra (VMER-HUC) fora activada para fazer o *rendez-vous* com uma ambulância de Viseu, que transportava uma grávida. Doze minutos depois, ligaram do Centro de Atendimento de Doentes Urgentes (CODU) para a VMER: «A ambulância tinha desviado para Santa Comba Dão e já tinha ocorrido o parto no SAP». A VMER chegou ali às 17 horas e 10 minutos, cerca de 25 minutos após o nascimento, e cerca de 20 minutos antes de nós. A médica da VMER (médica anestesista), apesar de «não ter experiência com prematuros» (sic) não hesitou e, de imediato, fez a intubação oro-traqueal. E o resto já foi descrito atrás.

#### **Mas ... e o que aconteceu antes? (ii)**

Por contracções uterinas, a mãe recorrera pouco depois das 11 horas da manhã, ao SAP do seu concelho, situado a norte de Viseu, a pouco mais de 30 Km desta cidade. Palavras da

## Um caso inesquecível

mãe: «A médica da urgência nem sequer me observou; mandou-me com uma carta a conduzir o meu carro para Viseu». Sem apoio do Serviço Nacional de Saúde, a parturiente dirigiu-se sozinha ao HSTV como condutora do seu próprio automóvel.

Foi atendida no HSTV às 12 horas e 49 minutos. As medidas terapêuticas para inibir a dinâmica uterina mostraram-se ineficazes, e o médico Obstetra de serviço decidiu-se pelo transporte do prematuro *in utero*.

Para uma viagem de duração previsível de cerca de uma hora foi assegurada a vigilância da parturiente por um enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (SMO).

Do registo do boletim de transferência de enfermagem, efectuado às 15 horas e 30 minutos, constava: «Motivo da transferência: ameaça de parto prematuro em gestação de 26 semanas; estado de consciência: grávida consciente, orientada e colaborante, mas muito inquieta e nervosa, com ansiedade muito acentuada; é portadora duma perfusão de soro fisiológico com *tractocile*, em bomba infusora». Saíram do HSTV cerca das 16 horas.

Neste período do dia em que se activou a transferência da parturiente para Coimbra, a equipa do STEP-INEM, estava precisamente no HSTV desde as 15 horas e 20 minutos. Coincidências!

Com menos de 40 Km de viagem, o parto tornou-se inevitável e iminente.

Palavras do enfermeiro especialista em SMO: «Durante o percurso na IP3, após o cruzamento para Tondela, mediante as queixas da grávida, a ambulância foi imobilizada e foi efectuada a observação obstétrica. Mostrou-se imperioso contactar o 112, que activou o CODU para pedir apoio da VMER e activar e providenciar os contactos e os meios imprescindíveis para assistir a um parto iminente de um grande prematuro com 26 semanas de gestação na Unidade de Saúde mais próxima (Centro de Saúde de Santa Comba Dão). Enquanto aconteciam estes contactos, deslocámo-nos para a referida Unidade de Saúde, que aguardava a nossa chegada. A rotura de membranas aconteceu 6 minutos antes da chegada ao Centro de Saúde. O parto aconteceu imediatamente após a entrada nesta Unidade de Saúde, às 16 horas e 45 minutos. Foram prestados os cuidados imediatos e as manobras de suporte de vida ao RN, com os meios existentes ao nosso alcance».

O parto foi assistido pelo mesmo enfermeiro, especialista em SMO. O RN, grande prematuro, rapidamente ficou em apneia. Naturalmente que nesta Unidade de Saúde ninguém estava preparado para este tipo de cuidados imediatos.

Estava de serviço ao SAP deste CS o respectivo enfermeiro-chefe (também enfermeiro do INEM na Base Permanente de Helicópteros de Santa Comba Dão). Face à apneia do RN e na ausência de qualquer outro tipo de apoios humanos e técnicos especializados, este enfermeiro não hesitou: colocou na boca do RN a ponta duma sonda naso-gástrica que fora conectada a uma fonte de oxigénio e, de seguida, assegurou a ventilação do prematuro com respiração boca-a-boca-nariz (do RN), fazendo muitas insuflações por minuto até à chegada da equipa da VMER.

Ficámos perplexos e emocionados. Na era da Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (SIDA) ... uma «ventilação boca-a-boca-nariz» bem oxigenada!!!

## Um caso inesquecível

E o restante *staff* do SAP? Ajudou no que pôde: disponibilizou oxigénio, contactou quem tinha mais experiência em reanimação dentro do SAP, arranjou sucessivos panos quentes esterilizados, aquecidos em micro-ondas. E ajudou nos cuidados à mãe. Não era a situação para um SAP [1,2], mas deu muito jeito estar aberto...

De seguida iniciámos a viagem para Coimbra, que decorreu sem incidentes. O procedimento e a evolução na Maternidade Central não foram diferentes do sucedido a muitos outros grandes prematuros, nascidos com peso inferior a 1.000 gramas: administração de *surfactante* com imediata e acentuada redução das necessidades de O<sub>2</sub> e dos restantes parâmetros ventilatórios; ventilação mecânica durante 17 dias; RX tórax compatível com displasia bronco-pulmonar; oxigénio suplementar e diuréticos respectivamente até ao 66º e 107º dias de vida; citrato de cafeína depois do 17º dia; sépsis a *Staphylococcus epidermidis* ao 9º dia de vida; canal arterial ainda aberto ao 6º dia, que encerrou com indometacina e.v., com reabertura ao 43º dia de vida e, de novo, boa resposta à indometacina; alimentação parenteral do 2º ao 17º dia de vida; início da alimentação enteral ao 3º dia de vida, com tolerância progressiva; acidose metabólica, disfunção glomerular e tubular renal que motivaram maiores aportes em sódio, bicarbonato de sódio; hiponatrémia que exigiu suplementação em sódio e.v. e depois oral até ao 93º dia de vida; hiperbilirrubinémia que motivou 5 dias de fototerapia; anemia da prematuridade e anemia espoliativa que justificaram transfusão de glóbulos vermelhos e medicação com eritropoietina e ferro oral; hemorragia intra-ventricular de grau II à esquerda com hiperecogenicidade peri-ventricular bilateral na ecografia transfontanelar ao 13º dia de vida; retinopatia da prematuridade (ROP) de grau I - II. Foi transferido para o HSTV no dia 08.11.2007, com 74º dias de vida, em berço normal, com alimentação oral por biberão, com peso de 1615 gramas.

Por apneias e suspeita de refluxo gastro-esofágico manteve posicionamento anti-refluxo e iniciou domperidone ao 78º dia de vida, com boa resposta.

Com 92 dias de vida teve um quadro clínico compatível com pielonefrite febril a *Escherichia coli*, com sépsis mas com hemocultura negativa. A posterior investigação imagiológica (ecografia renal e cistouretrografia) revelou duplicação pielocalicial unilateral, sem refluxo vesico-ureteral.

Com o peso de 2.200 gramas e com ganho ponderal mantido, com competências para mamar por tetina, deglutição dos fármacos orais e para a manutenção da temperatura corporal, sem episódios de apneias e/ou bradicardias, pode ter alta [1-4] para o domicílio ao 110º dia de vida, em 15.12.2007.

No dia 03.04.2008 (iii), com 7 meses de vida e 3,5 meses de idade corrigida, o **Rodrigo** teve uma consulta de *follow-up* na Maternidade Central de Coimbra, na qual o primeiro autor deste testemunho esteve presente. Desde a alta do internamento do HSTV fizera medicação profiláctica mensal com 15 mg/kg palivizumab e apenas teve como intercorrências catarros respiratórios superiores (CRS). Teve sempre boa tolerância alimentar e bom crescimento. Na última avaliação pela Oftalmologia, em Fevereiro 2008, «já não mostrava sinais de ROP» sic. O calendário vacinal incluindo a vacina anti-pneumocócica estava actua-

## Um caso inesquecível



Fig 2: O Rodrigo aos 7 meses de idade cronológica, 3,5 meses de idade corrigida(1)

lizado. Mantinha ferro oral, suplementos vitamínicos, domperidone e profilaxia de infecção urinária com manipulado de trimetoprin.

Para um lactente de 3,5 meses de idade corrigida, para além duma hérnia inguinal direita que aguarda cirurgia, o exame foi todo normal: pesava 5.215 gramas, tinha de comprimento 59,5 cm e de perímetro craniano 40,5 cm; segurava a cabeça no plano vertical e mostrou-se interessado pelo que o rodeava; fechava e abria as mãos; os movimentos gerais dos membros eram normais e simétricos, com membros inferiores sem hipertonias (tíbio-társicas com movimentos livres e amplos); a audição pareceu normal. (Figura 2). A ecografia transfontanelar realizada no mesmo dia foi normal.

Vai manter a vigilância multidisciplinar (Pediatria, Neuropediatria, Oftalmologia e Otorrinolaringologia).

## Comentários

O futuro dirá se valeu a pena todos estes esforços. Com os elementos clínicos actuais, parece bem que sim [1-4]. Mas num futuro, provavelmente próximo, alguém poderá questionar a reanimação com oxigénio a 100% [5], assim como a fototerapia [5], etc., etc. Mas hoje, as decisões tomadas neste RN são ainda verdades.

Refira-se que os cuidados prestados neste RN grande prematuro não foram significativamente diferentes dos realizados a grandes prematuros nascidos em ambiente hospitalar adequado [1-4]. Apenas foi bizarro o «material de reanimação» inicialmente utilizado.

Mas o que é que não correu tão bem? Pelo menos a **comunicação**, a **impulsão** e a **antecipação**.

A **comunicação**: Com as facilidades actuais em comunicarmos de qualquer local para qualquer local, quando não se domina um assunto médico potencialmente urgente justifica-se, pelo menos, um telefonema para um serviço Hospitalar com experiência em situações semelhantes.

Num sistema de cuidados de saúde perinatais eficazes e agilizados, de forma a poder-se antecipar os problemas e a equacionar-se as soluções, impõe-se a sistemática comunicação entre as especialidades de obstetrícia e de pediatria. Bastaria que essa comunicação tivesse acontecido, para que a obstetrícia do HSTV tivesse ficado a saber que a equipa do STEP-INEM estava, à mesma hora, neste mesmo hospital.

A **impulsão**: Todos sabemos quanto imprevisto é o início dum período expulsivo. Perante uma grávida de 26 semanas de gestação, com dores por contracções uterinas, permitir-se

Um caso inesquecível

ou aconselhar-se uma viagem de mais de 30 Km, em viatura própria e sem companhia, será sempre expor a mãe e o filho a riscos desnecessários...

O futuro veio a provar que se tratava dum feto com viabilidade e qualidade. A atitude de não observar um doente ou uma parturiente, «despachando-a» logo, é não avaliar os riscos nem antecipar soluções.

E o acto de transferir uma parturiente que, cerca de 30 minutos depois, entrou em período expulsivo? Não dispomos de elementos clínicos suficientes para criticar esta decisão.

Retrospectivamente, sabemos agora que a decisão mais adequada, às 15 horas e 30 minutos, teria sido o assumir o parto no HSTV.

**A antecipação dos problemas:** E ter antecipado a transferência para a Maternidade Central? Tinham que tentar interromper e, se possível, adiar o trabalho de parto. Retrospectivamente será sempre fácil comentar e criticar.

Sem retirar o grande mérito nem questionar a grande coragem do enfermeiro do SAP, numa adequada organização de cuidados, na era da SIDA, não se justificaria aquele acto salvador para a criança, mas arriscado para o prestador de cuidados.

Bastará que todo e qualquer SAP disponham de um insuflador manual auto-insuflável (vulgarizado com o nome comercial AMBU), adaptado a RNs, com pelo menos duas máscaras: uma para RN de termo e outra para RN prematuros. Por menos de 50 Euros poderão salvar-se várias vidas sem expor os profissionais de saúde a riscos desnecessários.

Mas isso não chega. Será imprescindível e imperativo formar-se os profissionais de saúde dos SAP nas mais elementares e básicas regras de reanimação e ventilação. Senão ... acabaremos por ter de dar razão à *Tutela Máxima de Lisboa*.

Mas o objectivo da descrição deste caso real não é o de criticar mas, pelo contrário, de enaltecer o que de bem foi feito.

A nós equipa do STEP-INEM coube-nos apenas quase rotinas. Mas quem nos precedeu, pelo contrário, teve que agir: «bem» ou «mal».

Dos PROFISSIONAIS visados, apenas o enfermeiro do CS tinha tido uma experiência prévia semelhante e única vários anos antes. Será difícil que tenham tido formação sobre como agir nesta situação. Mas não esperaram e decidiram sozinhos e de imediato, não obstante «a falta de meios...».

**Existem na realidade 3 formas de agir / decidir perante qualquer desafio: «bem», «mal» e «não agir / decidir». E pior do que errar é não decidir.**

Perante uma decisão «mal» tomada, haverá ainda a possibilidade de a corrigir, ao contrário dum adiar de decisões...

Felizmente existem PROFISSIONAIS que nos mostram, no dia a dia, que quando FALHA A ANTECIPAÇÃO / PREVENÇÃO dos problemas, SENSATAMENTE, VALE A PENA IMPROVISAR. Mesmo num SAP... Desde que aberto.

Os contos de fadas também acabam bem. Mas estes contos bons só acontecem uma vez.

**Manuel Salgado (médico pediatra do STEP-INEM, HPC), José Manuel Mota enfermeiro-chefe do Centro de Saúde e do INEM na Base Permanente de Helicópteros, Santa Comba Dão), Isabel Seguro (enfermeira de pediatria do STEP-INEM, HPC), Jorge Costa (enfermeiro de obstetrícia do HSTV), Maria João Tomás (enfermeira da VMER), Fernando Domingues (tripulante do STEP-INEM), Gisela Costa (médica anestesista da VMER-HUC).**

## Bibliografia

1. Gibson T A. Outcome following preterm birth. Best Pract Res Clin Obstetr Gynecol 2007;21(5):869-82
2. Verma R P, Sridhar S, Spitzer A R. Continuing care of NICU graduates. Clin Pediatr 2003;42(4):299-315
3. Kelly MM. The medically complex premature infant in primary care. J Pediatr Health Care 2006; 20(6):367-73
4. McCourt M F, Griffin C M. Comprehensive primary care follow-up for premature infants. J Pediatr Health Care 2000;14:270-9
5. Sola A. Apague as luzes e feche o oxigénio quando forem desnecessários: fototerapia e estresse oxidativo no recém-nascido. J Pediatr (Rio J) 2007;83(4):293-6 (Editorial).

## Notas:

- i) Publicação autorizada pela mãe.
- ii) Este documento só foi possível pelo contributo dos sucessivos testemunhos da mãe e dos profissionais de saúde autores deste texto. Foram ainda consultados os registos oficiais do CODU, das últimas Unidades de Saúde envolvidas — registo de enfermagem da urgência de Obstetrícia do HSTV, SAP de Santa Comba Dão, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) da Maternidade Bissaya Barreto e UCERN do HSTV — assim como os respectivos processos clínicos.
- iii) Este nº da Saúde Infantil foi publicado com vários meses de atraso.

## Texto para os Pais

### «Dores de crescimento»



#### **Existem dores de crescimento (DC)?**

As denominadas **dores de crescimento** das crianças são dores reais e podem ser muito incomodativas. Uma em cada 10 crianças saudáveis, com idades compreendidas entre os 3 e os 12 anos, queixam-se por vezes de dores nos membros inferiores, que são típicas das DC. Contudo, menos de metade delas têm queixas suficientemente intensas e frequentes para justificarem consultas médicas.

#### **O crescimento faz doer?**

Não. O crescimento não provoca dores. Nos períodos de maior crescimento, nos dois primeiros anos e na puberdade, regra geral não existem DC. Os membros superiores e a coluna também crescem e não são locais habituais destas queixas.

#### **Se o crescimento não faz doer, porquê este nome?**

As DC foram descritas pela primeira vez por um médico francês, há mais de 170 anos, num livro cuja tradução do título é «As doenças do crescimento». Por uma generalização foi depois mantida a designação de *dores de crescimento*.

Na falta de melhor designação, manteve-se este nome. Embora incorrecto, comparativamente às numerosas causas de dores nos membros inferiores, o nome DC deixa implícito o seu carácter benigno e transitório.

#### **Nas crianças, quais são as outras causas de dores nos membros inferiores?**

Nas crianças são numerosas as doenças que provocam dores nos membros inferiores. As DC são de longe a causa mais comum. Mas aquelas poderão também ser causadas por várias doenças reumáticas das crianças (estas afectam uma em cada 1.000 crianças), por infecções articulares ou ósseas arrastadas, pelas osteocondroses (doenças do crescimento com destruição ou desorganização óssea nos locais de maior crescimento do osso ou no local da inserção dos tendões) e por numerosas outras doenças mais raras.

#### **Qual a causa das DC?**

Não se sabe. Existem várias teorias, mas nenhuma explica cabalmente estas crises de dores. Sabe-se, por exemplo, que as crises de DC são mais frequentes nos dias em que houve um esforço físico maior, por exemplo brincadeiras que exigiram maior actividade e vigor físico.

### Como é que são as DC?

As DC têm um quadro clínico bastante característico na **localização**, no **horário**, nas **características**, na **duração** e no **mimetismo** das crises:

- ☐ **Localização:** afectam sempre **ambos** os membros inferiores, simultaneamente ou de forma intermitente; as dores são geralmente referidas às coxas, às faces anteriores das pernas, à barriga das pernas ou atrás dos joelhos.
- ☐ **Não envolvem as articulações:** algumas crianças, contudo, queixam-se atrás ou à frente dos joelhos, mas neste caso as dores também se localizam às zonas proximais aos joelhos; de forma muito característica, estas crianças não apontam as zonas dolorosas com as pontas dos dedos, deslizam sim a palma da mão aberta sobre as áreas dolorosas, envolvendo os joelhos nessa passagem da mão.
- ☐ **Horário:** as dores são vespertinas ou nocturnas precoces; surgem ao fim do dia, antes de ir para a cama ou logo nas primeiras horas da noite.
- ☐ **Ausência de qualquer tipo de queixas ao acordar:** as crianças com DC NUNCA têm qualquer tipo de queixa pela manhã, ao acordar.
- ☐ **Características:** dores não são contínuas, mas sim cursam **por crises** de curta duração.
- ☐ **Intensidade das crises:** as dores podem ser suficientemente intensas para provocarem o choro e/ou gritos das crianças; quando as dores surgem de noite, é mesmo frequente que a criança acorde aos gritos.
- ☐ **Duração das crises dolorosas:** em regra as crises de dores duram menos de uma hora; quando as dores surgem de noite, após cessar a crise, as crianças voltam a adormecer e dormem bem o resto da noite.
- ☐ **Número das crises nocturnas:** em regra uma única crise por noite.
- ☐ **Mimetismo das crises** (imitação): as crises de dores manifestam-se sempre da mesma forma, tanto no horário, na localização, na duração das crises, etc.
- ☐ **Alívio:** as dores melhoram com a massagem suave das áreas dolorosas.

### Qual a frequência das crises de dores?

As crises das DC ocorrem a intervalos muito variáveis. Podem ocorrer uma vez por dia ou uma vez por noite, durante vários dias ou várias noites seguidas numa semana (mas menos de 7 dias seguidos) e durante várias semanas. Depois desaparecem durante algum tempo, para reaparecerem com as mesmas características passadas algumas semanas.

### Dores nocturnas que não são graves?

As DC são uma excepção ao princípio de que qualquer tipo de dores nocturnas deve sugerir sempre doença real. O que vem confirmar que esse princípio é uma regra e não uma verdade absoluta.

Deve-se continuar a assumir esse mesmo princípio nos doentes com dores nos membros sem as características típicas das DC e, pelo contrário, têm **critérios clínicos** sugestivos de doença orgânica (Figura).





**Figura:** menina de 12 anos seguida noutra consulta por falsas *dores de crescimento*, desde há 1 ano e 3 meses.

As dores eram contínuas (e não por crises), diárias e nocturnas, mas sobretudo nocturnas (com duração superior a 3 horas), mas também ao levantar-se pela manhã. As dores eram bem localizadas e referidas sempre ao terço distal da perna e pé direitos. Nunca foram bilaterais. Por vezes claudicava (coxeava). O exame objectivo mostrou atrofia dos músculos da perna e coxa direitos (ver figura). O RX das pernas e o cintigrafia osteoarticular permitiram o diagnóstico, logo evocado pela clínica: **osteoma osteóide** (um tumor benigno) na perna direita. A criança foi operada cerca de um mês depois, tendo ficado curada. Estão sublinhadas as características clínicas que excluíam automaticamente as *dores de crescimento*.

#### Que critérios clínicos deverão pôr em causa o diagnóstico de DC?

##### DEVERÃO EVOCAR OUTRO DIAGNÓSTICO:

- ☐ Início em idade fora dos limites dos 3 aos 12 anos de idade.
- ☐ Localização fora dos membros inferiores.
- ☐ Dores unilaterais fixas bem localizadas.
- ☐ Dores sempre e só num mesmo membro inferior.
- ☐ Dores localizadas às articulações (excepto aos joelhos).
- ☐ A presença de qualquer tipo de queixa pela manhã: dor, limitação dos movimentos com rigidez articular (articulações presas), claudicação (coxear), inchaço.
- ☐ Existência de outros sintomas para além das dores.
- ☐ Acordar a criança mais de 2 vezes por noite ou só no último terço da noite.
- ☐ Dores contínuas.
- ☐ Dores com crises de duração de várias horas ou durante muitos dias.
- ☐ Ausência de mimetismo no horário, na localização, no padrão das dores.
- ☐ Modificação recente nas características das dores.
- ☐ Dores que surgem durante os movimentos ou com a massagem.
- ☐ Algum tipo de alteração no exame objectivo.

**Que exames complementares se justificam fazer para se ter a certeza do diagnóstico?**

Não existem exames que permitam fazer o diagnóstico de DC. Aliás, quando realizados nos doentes com as DC típicas os exames são sempre normais.

Alguns médicos recomendam a realização de alguns exames para excluir outras doenças. Contudo, se as queixas forem típicas, os médicos experientes neste tipo de queixas, prescindem de análises e de exames, optando por uma vigilância regular, mais apertada no início. Mas será de os realizar se persistirem algumas dúvidas.

**Que tipo de tratamento existe para as DC?**

Aliviar as preocupações também é tratar. Assim, o essencial será tranquilizar os pais e a criança do carácter benigno e transitório destas dores.

Algumas crianças beneficiam com a massagem das zonas dolorosas com um qualquer creme ou uma qualquer pomada ou com um pano, de forma a produzir localmente calor. Em geral será o suficiente.

Dado que as dores são de curta duração, na larga maioria dos casos não se justifica administrar qualquer medicamento. Nos casos mais prolongados poderá administrar-se o paracetamol ou outro analgésico. Se as queixas forem nocturnas e muito frequentes poderá oferecer-se um analgésico ao deitar.

**As DC podem prevenir-se?**

Não. Alguns exercícios e algumas massagens nos músculos das pernas e das coxas, realizados pelos pais, duas vezes por dia, poderão reduzir o número de crises. Mas só excepcionalmente haverá necessidade de se tentar esta medida.

**Durante quanto tempo persistem as crises das DC?**

Durante algum tempo as crises podem ser frequentes. Depois, de forma progressiva, as crianças deixam de se queixar por longos períodos, e na maioria dos casos estas dores acabam por desaparecer dentro de um período de 2 anos.

Algumas crianças poderão manter crises esporádicas durante vários anos.

**As DC deixam «marcas» para o futuro?**

Não. As DC são benignas. Algumas destas crianças ficam sem dores nos membros inferiores e, anos depois, passam a ter crises de dores abdominais e/ou de cefaleias (dores de cabeça). Mas, à semelhança das DC, também nestas dores abdominais ou nas cefaleias, em geral não se encontra nenhuma doença grave associada.

Manuel Salgado

Consulta de Reumatologia Pediátrica — Hospital Pediátrico Coimbra

**Bibliografia**

1. Salgado M. Dores de crescimento. Saúde Infantil 2002;24(3): 67-8.