

# editorial

## A importância da pesquisa na investigação científica

*Knowing which information to ignore is just as important as knowing how to find it*  
Martin Hewitt

Ana Quininha <sup>(1)</sup>, Helena Donato <sup>(2)</sup>

Durante os últimos anos a Internet continua a expandir-se e novos *websites* de interesse são acrescentados diariamente. A nova era da informação fez com que a informação médica disponível na *World Wide Web* (WWW) crescesse a uma taxa e a um ritmo consideráveis, o que exige um alto nível de literacia da informação aos médicos que desejam manter-se atualizados na sua especialidade sem terem de investir muito tempo.

A aptidão para pesquisar e filtrar informação de forma eficaz e eficiente (consumindo pouco tempo) representa uma parte crítica importante da prática clínica, podendo ser uma experiência frustrante e demorada, a menos que se saiba quais são os recursos que oferecem melhor informação e como estruturar o método de pesquisa.

Uma questão que pode tornar-se preocupante é quando não se encontra a informação que se necessita, podendo assumir-se que não existe. Na realidade, até pode existir, a estratégia usada ou o recurso selecionado é que podem ter sido ineficientes na recuperação da resposta.

É neste contexto que publicamos este artigo que tem como objetivo garantir que os médicos minimizam o tempo dispendido na localização da informação relevante que necessitam.

### Motores de Pesquisa Especializados

A WWW tornou-se uma ferramenta essencial para qualquer um preocupado com cuidados de saúde. Está atualmente disponível uma quantidade de informação sem precedentes.

É muito fácil abrir um *web browser*, ir ao nosso motor de pesquisa favorito e encontrar algo relacionado com a nossa área de interesse.

### Então porque é que a procura de informação na web é normalmente frustrante e demorada?

Porque é tão difícil encontrar exatamente o que precisamos?

A razão pela qual motores de pesquisa como o Google (<http://www.google.com>), Bing Search (<http://bing.com>) e Yahoo (<http://yahoo.com>), só para mencionar alguns, são tão populares é porque são fáceis de usar e rápidos na facilitação de informação. Contudo, estes motores introduzem problemas na recuperação de algum tipo de informação, especialmente no que diz respeito a assuntos médicos.

Não confie no Google ou noutro motor de pesquisa geral como primeira opção – misturam material enganador, pouco fiável –, utilize motores de pesquisa especializados, que funcionam como diretórios de recursos avaliados e compilados por humanos.

Reduza o risco de perder tempo ou ficar inundado de material de fraca reputação e enganador misturado na sua lista de resultados usando os motores de pesquisa especializados.

### O que são estes motores de pesquisa especializados?

São instrumentos que funcionam como filtros, que selecionam os recursos na Internet, aplicando critérios de qualidade e pertinência para um público-alvo específico.

Pretende-se com estes motores melhorar a precisão das pesquisas na Internet, através de um meio rápido e seguro de acesso a fontes de alta qualidade.

### Como funcionam?

Estas ferramentas estão programadas para localizar e recuperar informação na Internet. Quando o utilizador efectua uma consulta, o motor de pesquisa devolve como resposta uma lista de endereços URL dos recursos *web* que se ajustam aos critérios estabelecidos na dita expressão de pesquisa.

Um motor de pesquisa especializado é um ponto de entrada numa coleção de recursos eletrónicos de carácter especializado.

### SCIRUS

<http://www.scirus.com>

Desenvolvido pela Elsevier Science, de **acesso livre**, este motor agrega mais de 450 milhões de *websites* relacionados com a ciência. Foca-se exclusivamente nos *sites web* com conteúdo científico.

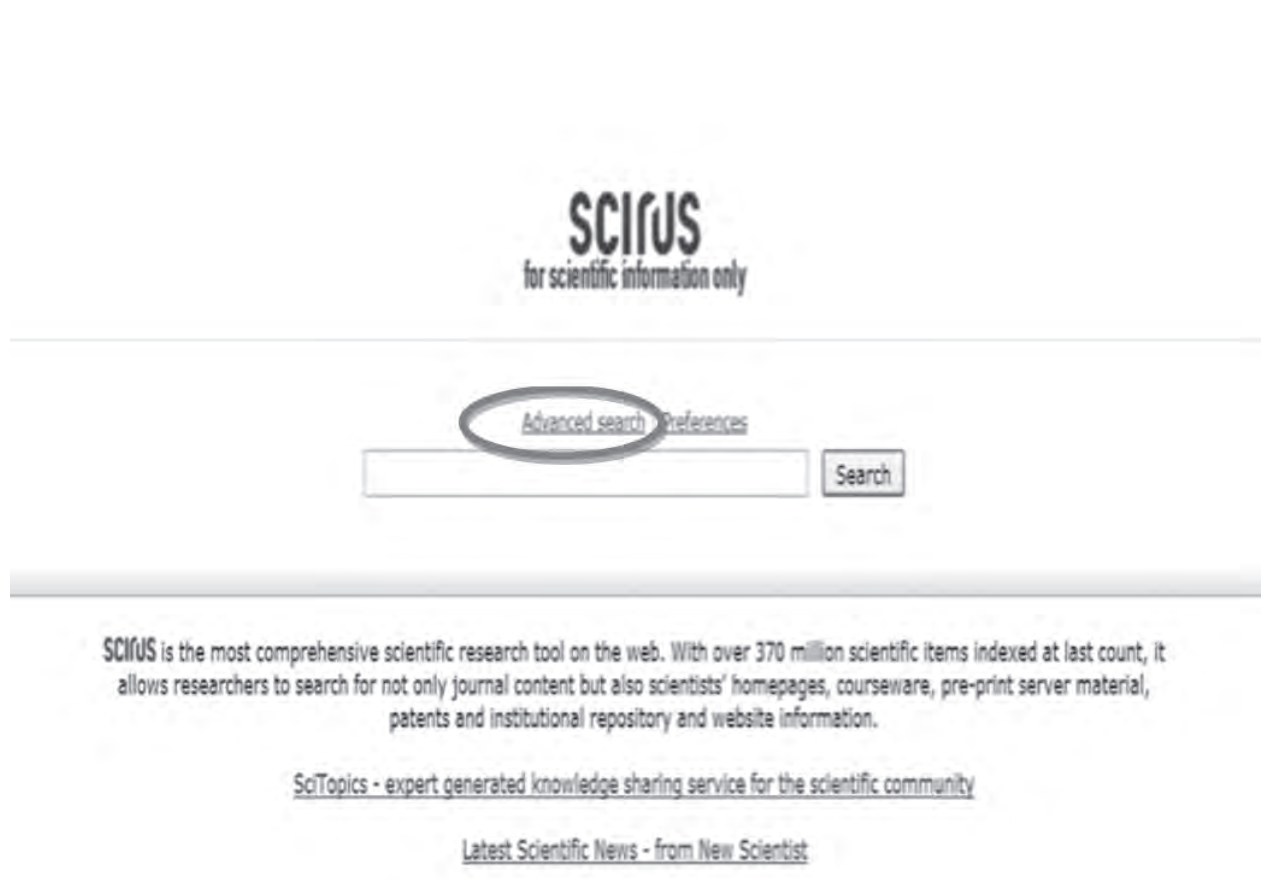
Contudo, o SCIRUS não restringe a sua pesquisa apenas a *websites*. Este motor de pesquisa indexa também o conteúdo de mais de 2000 revistas científicas *online* editadas principalmente pela Elsevier e consulta ainda várias bases de dados de ciência como a Medline. Assim o médico através de um simples *interface* tem acesso às melhores páginas *web* científicas e acesso direto a artigos científicos *online* (alguns só mediante pagamento). Os resultados da pesquisa aparecem agrupados por tipologia de recursos e também por formato de apresentação.

1. Biblioteca, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE

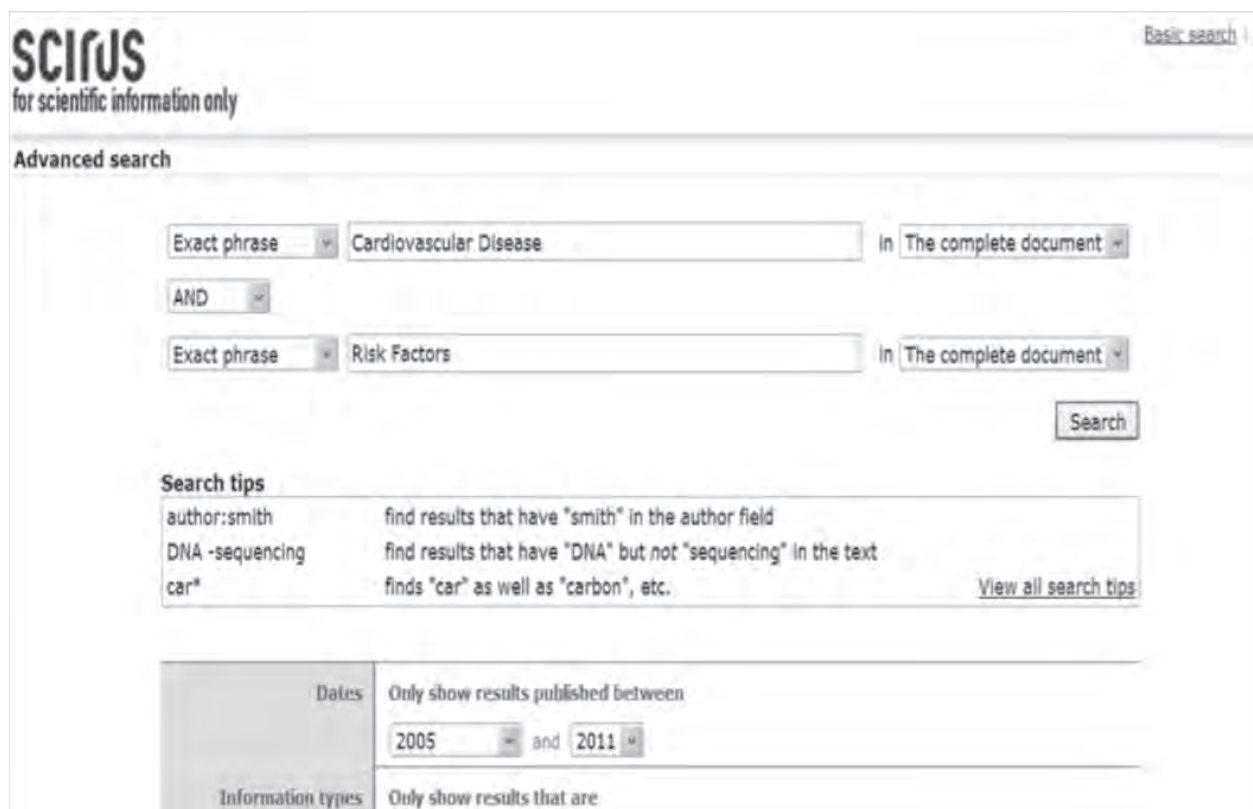
2. Serviço de Documentação, Hospitais da Universidade de Coimbra

Oferece ainda uma lista de descritores (palavras-chave) localizados nos resultados para refinar a pesquisa.

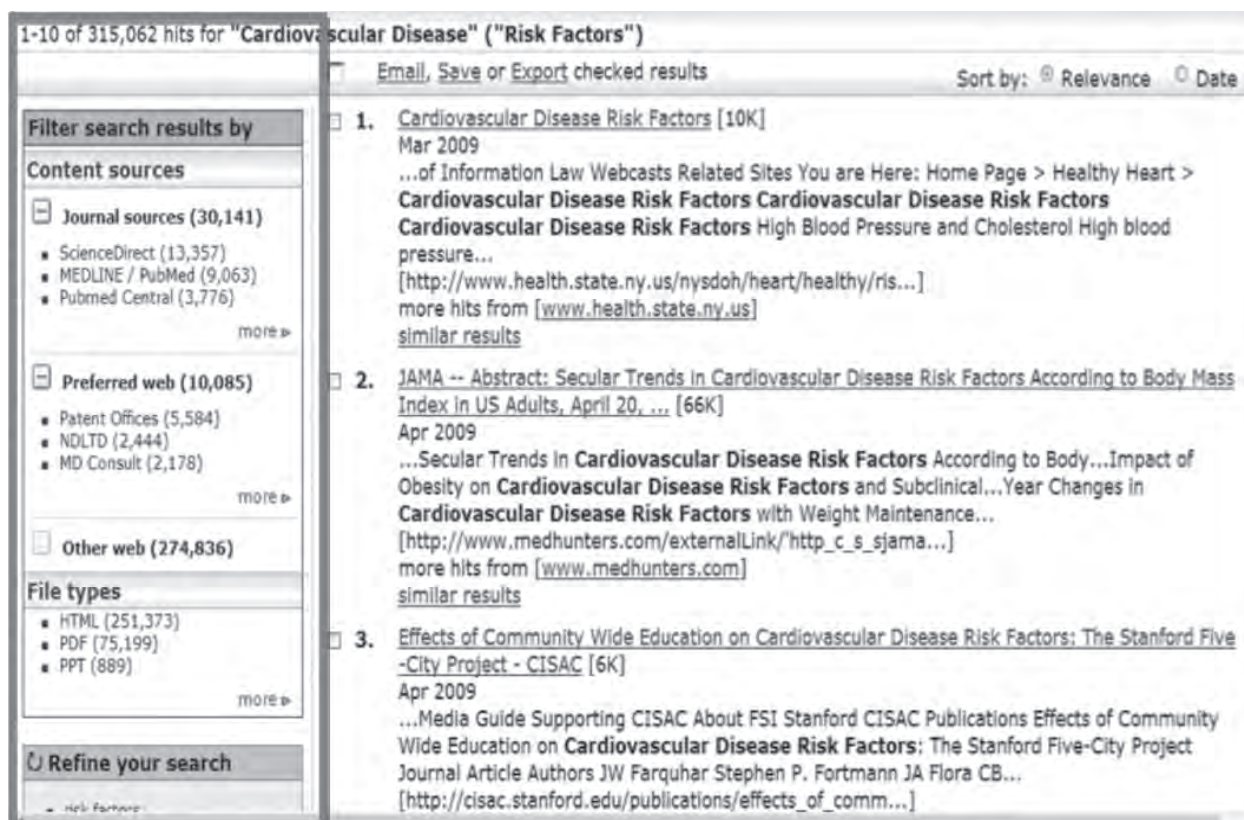
No formulário avançado, permite pesquisar em determinados campos, como: tipo de recurso, áreas temáticas, etc.



The image shows the SCIRUS search interface. At the top, the logo "SCIRUS for scientific information only" is displayed. Below the logo, there are two links: "Advanced search" (which is circled in red) and "Preferences". A search input field is located below these links, followed by a "Search" button. Below the search field, there is a paragraph of text describing SCIRUS as the most comprehensive scientific research tool on the web, with over 370 million scientific items indexed. Below this paragraph, there are two links: "SciTopics - expert generated knowledge sharing service for the scientific community" and "Latest Scientific News - from New Scientist".



The image shows the SCIRUS Advanced search interface. At the top, the logo "SCIRUS for scientific information only" is displayed. Below the logo, there is a link "Basic search" and a link "Advanced search" (which is highlighted). The "Advanced search" section contains two search criteria: "Exact phrase" followed by "Cardiovascular Disease" and "In The complete document". Below this, there is a link "AND" and another search criterion: "Exact phrase" followed by "Risk Factors" and "In The complete document". A "Search" button is located below the search criteria. Below the search criteria, there is a section "Search tips" with three rows of tips: "author:smith" (find results that have "smith" in the author field), "DNA -sequencing" (find results that have "DNA" but not "sequencing" in the text), and "car\*" (finds "car" as well as "carbon", etc.). A link "View all search tips" is located at the bottom right of the "Search tips" section. Below the "Search tips" section, there is a table with two rows: "Dates" and "Information types". The "Dates" row contains the text "Only show results published between" followed by two date pickers: "2005" and "2011". The "Information types" row contains the text "Only show results that are".



## Google Scholar

<http://scholar.google.com>

O Google Scholar é um motor de busca, de acesso livre, que permite procurar documentos técnicos e científicos, incluindo resumos e artigos de editoras acadêmicas, teses, livros, preprints e relatórios técnicos de todas as áreas de investigação e desenvolvimento.

Permite, de um modo simples, pesquisar literatura acadêmica de forma abrangente, em várias disciplinas e fontes num único lugar.

Ajuda a identificar as pesquisas mais relevantes do mundo acadêmico.

A pesquisa pode ser feita através de uma palavra ou conjunto de palavras que podem constar do título, do assunto ou do autor.

O Google Scholar ordena os resultados da pesquisa pela ordem de importância; como tal, as referências mais úteis aparecerão no topo da página.

Os resultados da pesquisa podem incluir citações de trabalhos antigos que apenas aparecem em publicações *offline* (e que portanto não têm nenhuma hiperligação).

Uma grande parte dos resultados obtidos na pesquisa estão protegidos, mas clicando no título é possível visualizar o seu resumo.

Por baixo de cada um dos resultados aparece a ligação citada por que permite visualizar todos os documentos que citaram o documento listado.

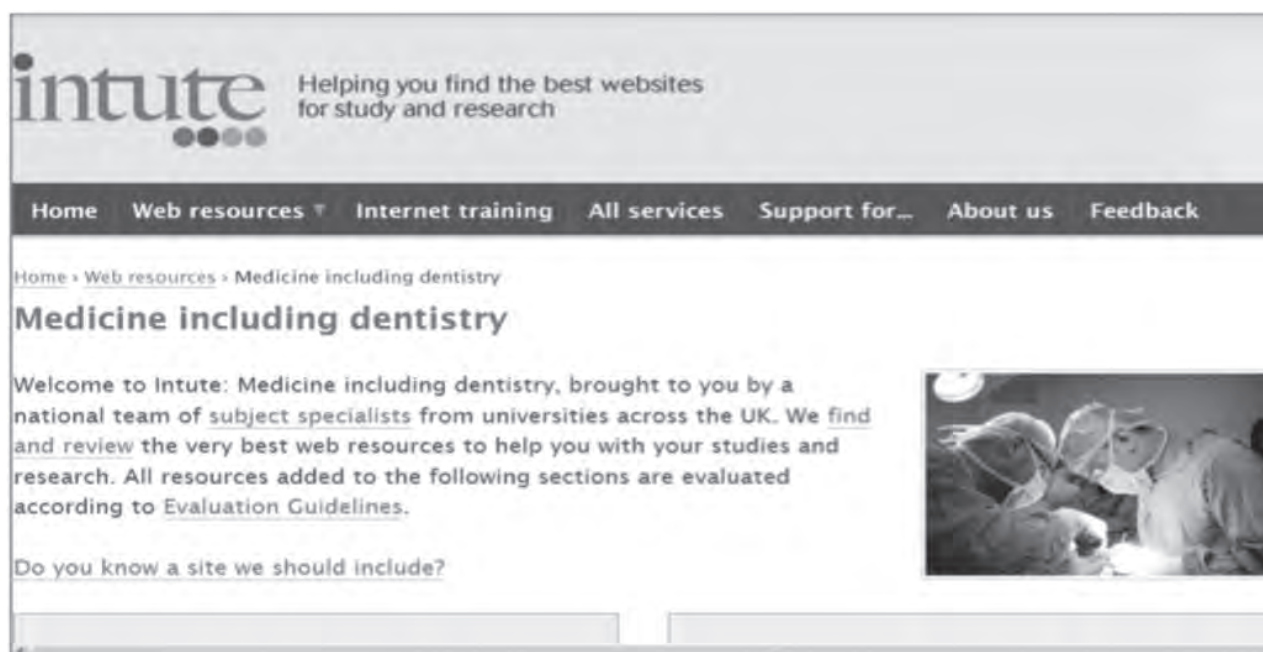


## INTUTE: Health & Sciences

<http://www.intute.ac.uk/healthandlifesciences/medicine>

Anteriormente conhecido por OMNI, tem como principal parceiro o Wellcome Trust.

Muito útil quando pretendemos encontrar recursos de alta qualidade no Reino Unido. O INTUTE pretende fornecer «the best of the web», preocupando-se mais com a qualidade do que com a quantidade. O INTUTE inclui uma secção de Medicina.



## HON: Health On the Net

<http://www.hon.ch/med.html>

Desenvolvido pela Health On the Net Foundation, o HONsearch, de acesso livre, só indexa páginas web que focam temas de saúde e medicina. Para interogar o HONsearch digitam-se os termos simples e seleccionam-

-se os operadores booleanos, utilizando a página de pesquisa avançada. É uma ferramenta útil, particularmente eficaz para ajudar a encontrar recursos web noutras línguas que não só o inglês. A Health on the Net Foundation acredita recursos de saúde.





## MEDSCAPE

<http://www.medscape.com>

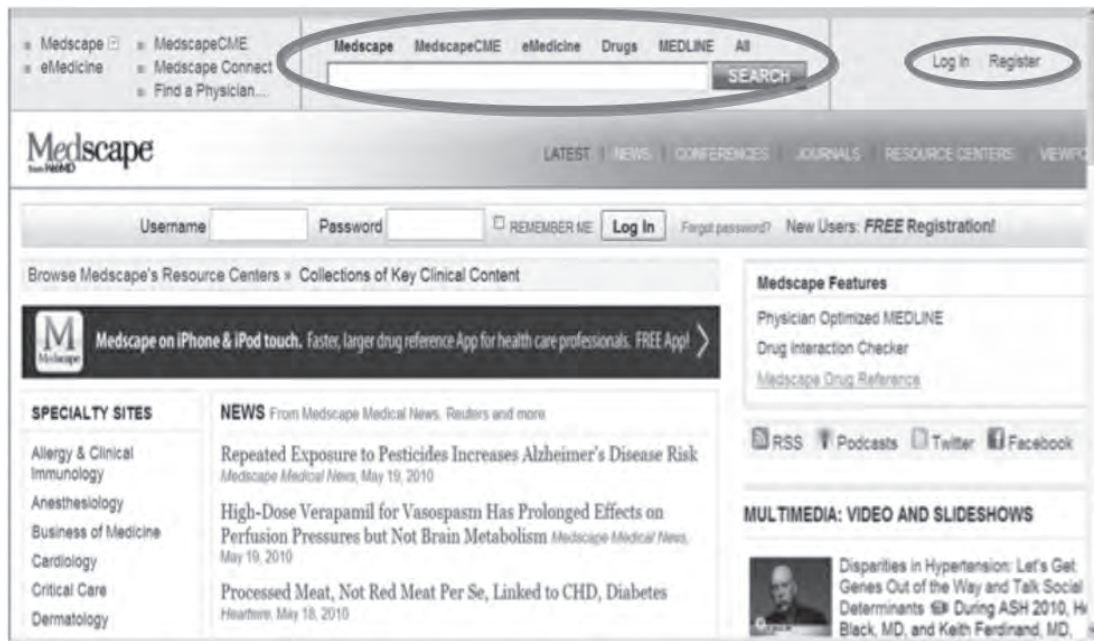
Portal da WebMD Corporation, cujo início remonta a 1985, dirigido a profissionais de saúde, com informação atualizada organizada por especialidades médicas (cerca de 30). Fornece acesso à Medline.

Sobre informação de medicamentos disponibiliza a DrugInfo. Esta base de dados combina informação do National Drug Data File com informação do American Hospital Formulary Service-Drug Information, e pode ser pesquisada por medicamentos ou doença.

Algumas bases de dados de imagens também estão disponíveis.

Uma das maiores riquezas do Medscape são os programas de CME (*Continuing Medical Education*). O Medscape oferece uma selecção constantemente atualizada de atividades de educação contínua para médicos, enfermeiros e farmacêuticos. Além disso, fornece uma extensa cobertura das principais conferências médicas e publica um boletim de notícias diárias.

Este portal, apesar de gratuito, exige um registo prévio.



## Conclusão

Os motores de pesquisa aqui avaliados são uma excelente porta de acesso a recursos médicos de grande qualidade, pois eliminam a informação inexata, duvidosa e fraudulenta. Podemos encontrar infor-

mação em diversos formatos e de tipologia muito variada (artigos *peer-reviewed* em acesso livre, *powerpoints* de apresentações, imagens). São uma oferta valiosa.

## Bibliografia

1. Atlas MC. The rise and fall of the medical mediated searcher. *Bull Med Libr Assoc* 2000; 88 (1): 26-35.
2. Bakkalbasi N, Bauer K, Glover J, et al. Three options for citation tracking: Google Scholar, Scopus and Web of Science. *Biomed Digit Libr*. 2006;3:7.
3. Craan F, Oleske DM. Medical information and the Internet: do you know what you are getting? *J Med Syst*. 2002;26:511-8.
4. Cullis J, Webster AC. How to get the most from the medical literature: keeping up to date in nephrology. *Nephrology*. 2010;15(3):269-76.
5. Eysenbach G, Diepgen TL. Towards quality management of medical information on the Internet: evaluation, labelling, and filtering of information. *BMJ* 1998; 317: 1496-500.
6. Felkey G, Buring S. Using the Internet for research. *J Am Pharm Assoc* 2000; 40:546-3.
7. Gaudinat A, Ruch P, Joubert M, et al. Health search engine with e-document analysis for reliable search results. *Int J Med Inform*. 2006 Jan;75(1):73-85.
8. Henderson J. Google Scholar: A source for clinicians? *CMAJ*. 2005;172:1549-50.
9. Kiley R. Finding health information on the Internet: health professionals. *Hosp Med* 2000; 61: 736-8.
10. Kiley R. How to get medical information from the Internet. *J R Soc Med* 1997; 90: 610-11.
11. Kiley R. Medical databases on the Internet: part 1. *J R Soc Med* 1997; 90: 488-90.
12. Kiley R. Medical databases on the Internet: part 2. *J R Soc Med* 1997; 90: 679-80.
13. Kiley R. Quality of medical information from the Internet. *J R Soc Med* 1998; 91: 369-70.
14. Kiley R. Medical information on the Internet: a guide for health professionals. 3<sup>rd</sup> ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2003. ISBN 0 443 07215 9.
15. Welsh S, Anagnostelis B, Cooke A. Finding and using health and medical information on the internet. Glasgow: Aslib, 2001. ISBN 0 85142 384 1.

## Parecer jurídico sobre evicção das creches, jardins-de-infância, escolas e piscinas colectivas por virtude de doenças infecto-contagiosas

*Judicial opinion about children eviction from daycare centers, schools and public swimming-pools, due to infectious and contagious diseases*

Nuno da Silva Salgado <sup>(1)</sup>, Manuel Salgado <sup>(2)</sup>

### Resumo

A retirada temporária (evicção) das creches, jardins de infância, escolas e piscinas em virtude de doenças infetocontagiosas (DIC) é uma problemática diária das famílias, nos estabelecimentos de educação e nas piscinas, pese ser pouco discutida em Portugal.

Neste documento, constituído essencialmente por uma entrevista a um jurista, é analisado e discutido:

- A legislação portuguesa sobre evicção e sua evolução dinâmica, assente na discussão dialéctica baseada na progressão dos conhecimentos científicos sobre as modificações das condições epidemiológicas e das melhorias diagnóstico-terapêuticas das DIC;
- Os direitos e deveres dos utilizadores dos estabelecimentos de ensino e das piscinas, assim como a ilegalidade dos Regulamentos Internos das respectivas instituições sobre a evicção quando contrariam o Decreto-Regulamentar nº 3/95 de 27 de janeiro, do «Diário da República», I Série-B, nº 23, de 27 de janeiro de 1995 (DR.3/95-27.01.95);
- As competências legais para determinar a evicção dum indivíduo e os seus mecanismos;
- Os direitos e deveres dos cidadãos quando obrigados à evicção desnecessária e despropositada;
- A omissão da lei sobre evicção nas piscinas coletivas, com a consequente aplicação analógica do DR.3/95-27.01.95 nestas;
- O carácter obsoleto de algumas Normas do atual e ainda vigente DR.3/95-27.01.95 e da necessidade da sua derrogação.

Após a explanação destas considerações legais, são feitas as principais conclusões das medidas legais, que todos devemos conhecer, sobre a exclusão temporária por virtude das DIC.

**Palavras-chave:** doenças infetocontagiosas, evicção, infantil, creche, escola, piscina, educador de infância, regulamentos internos, decreto-lei, decreto-regulamentar.

### Summary

The temporary withdrawal from daycare and school facilities or leisure recreation centers due to infectious and contagious diseases (ICD) is a daily problem for families and educational facilities very little or nothing discussed about in Portugal.

In this document, composed mainly of a written interview to a jurist about eviction due to ICD, it is analyzed and discussed:

- The evolution on Portuguese legislation and its dynamic character, established on the dialectical discussion of the scientific knowledge about the epidemical modification conditions and the improvements of the diagnostic-therapeutics of the ICD;
- The internal rights and duties of the respective institutions on eviction, just like the illegal Internal Institution Regulations on eviction when they contradict the decree-law 3/95 January 27<sup>th</sup>, from the «Diário da República», I Série B, number 23, of 27<sup>th</sup> January, 1995 (DR.3/95-27.01.95);
- The legal competences to determine the eviction of a person and its mechanisms;
- The citizens' rights and duties when forced to an unnecessary and absurd eviction;
- The law omission in Portugal about eviction in collective swimming-pools, with consequent analogical application of the DR.3/95-27.01.95 in them;
- The unconditional attitude of the actual and still valid decree-law DR.3/95-27.01.95, and the need of its derogation.

After these legal considerations, we made the main conclusions of legal rules, which all of us must know, about temporary exclusion from school facilities or leisure recreation centers due to ICD.

**Keywords:** infectious and contagious diseases, eviction, exclusion, day-care centre / childcare provider, school, swimming-pool, internal institutional regulation, law-decree, regulative-decree.

### ACRÓNIMOS

CIJE – Creches, jardins de infância e escolas  
CPTA – Código de Processo nos Tribunais Administrativos  
CRP – Constituição da República Portuguesa  
DIAB – Doenças infecciosas agudas benignas  
DIC – Doenças infetocontagiosas  
DL – Decreto-Lei

DR.3/95-27.01.95 – Decreto-Regulamentar nº 3/95 do «Diário da República», I Série-B, nº 23, de 27 de janeiro de 1995

EE – Evicção escolar  
MC – Molusco contagioso  
PE – Profissionais de educação  
PS – Profissionais de saúde

<sup>(1)</sup> Juiz conselheiro do Supremo Tribunal Administrativo, jubilado, e ex-inspector-geral da Administração do Território. <sup>(2)</sup> Assistente Hospitalar Graduado, Hospital Pediátrico de Coimbra

**Correspondência:** Questões jurídicas: Nuno da Silva Salgado - nunossalgado@gmail.com Questões médicas: Manuel Salgado - mbsalgado27@gmail.com

### 1. Definição de evicção por virtude de doenças infetocontagiosas

A palavra evicção poderá ter origem no latim «*evictiōne* – S.f. Jur. ato ou efeito de evencer, despojar, desapossar» <sup>(1,2)</sup>, que também significava «recuperação de qualquer coisa por julgamento» <sup>(2)</sup>, ou provir do anglicismo «*evictar*», «expulsar com o apoio da lei» <sup>(1)</sup>. Por **evicção de crianças** das creches, jardins de infância e escolas (CJIE) **por doenças infetocontagiosas** (DIC) deverá entender-se «afastamento legal dos alunos de uma CJIE por motivo DIC, sem dar lugar a faltas» <sup>(2)</sup>. Especificamente, evicção significa exclusão ou afastamento temporário de forma a evitar ou minimizar os contágios das DIC <sup>(1-7)</sup>.

### 2. Razões do insucesso na prevenção dos contágios das DIC e as indicações para a evicção:

As doenças infecciosas em regra são contagiosas, mas apenas algumas são potencialmente graves. Só estas justificarão a evicção sistemática. A larga maioria das infeções contraídas pelas crianças são doenças infecciosas agudas benignas (DIAB) e autolimitadas e cursam com sintomas que não justificam a sua exclusão das crianças de locais públicos, por razões de saúde, tanto para as mesmas como para os conviventes <sup>(3-10)</sup>.

No decurso das DIAB, a retirada de crianças doentes das CJIE, nem a sua separação do grupo, previne a propagação dos respetivos agentes infecciosos às outras crianças e adultos conviventes (Quadro I) <sup>(2-11)</sup>.

Quadro I • Razões do insucesso na prevenção dos contágios de agentes infecciosos de DIC pela exclusão de crianças com DIAB das CJIE <sup>(6-9,11)</sup>:

Os **contágios** de muitos dos agentes infecciosos:

- Precedem de 1 a 3 dias o início dos sinais e/ou sintomas <sup>(6-9,11)</sup>
- Prolongam-se por dias a semanas para além da resolução dos sinais e/ou sintomas <sup>(6-8,11)</sup>
- Provêm também dos conviventes assintomáticos que ficaram transitoriamente portadores-sãos <sup>(6-8,11)</sup>.

Os critérios de exclusão de crianças com DIAB ou com DIC potencialmente graves das CJIE e dos locais públicos de lazer (piscinas e ginásios), que estão regulamentados pelas Sociedades Médicas Pediátricas e de Saúde Pública de outros países (Quadro II) <sup>(3-8)</sup>, são abordados separadamente neste número da Saúde Infantil <sup>(6)</sup>.

Quadro II • Resumo das indicações para exclusão de crianças com DIC das CJIE ou dos espaços de lazer <sup>(3-8)</sup>.

- A – Doenças que, na interpretação do profissional de educação, impeçam a participação confortável da criança nas atividades do grupo.
- B – Doenças que exigem mais cuidados para a criança doente do que o *staff* da instituição pode proporcionar, com risco de comprometer a saúde e segurança das restantes crianças.
- C – Doenças com risco acrescido de contágio e de consequente doença às restantes crianças (que constam em Decreto-Lei).
- D – Presença de sinais e/ou sintomas cuja intensidade ou potencial gravidade exijam cuidados médicos e/ou vigilância apertada.

### 3. Ambiguidades entre profissionais de educação e de saúde na exclusão de crianças das CJIE por virtude de DIC

Num trabalho realizado nos EUA, publicado em 2008, a vontade de não faltar ao trabalho e/ou às próprias atividades profissionais / escolares, pesou mais na decisão dos pais de recorrerem aos cuidados de saúde

por doenças agudas banais dos filhos, do que as reais preocupações com o estado de saúde deles <sup>(12)</sup>.

No caso de discordância de opiniões entre os pais e os profissionais de educação (PE) das creches, jardins de infância e escolas, as Sociedades Médicas Pediátricas e de Saúde Pública dos diversos países defendem a posição dos PE.

Se os pais e os PE das CJIE discordarem nas razões para a exclusão, e estas assentarem ou nas capacidades da criança para participar ou na disponibilidade desses profissionais em assegurar as atividades educativas às restantes crianças, **os PE são soberanos na sua decisão** <sup>(4,5,10)</sup>.

Os pais não poderão exigir dos PE a responsabilidade em aceitar a criança e de lhes assegurar os cuidados e a vigilância, durante o período em que a criança cumpre os critérios dos PE para a exclusão <sup>(4,5,10)</sup>. Se a razão para a exclusão se dever à possibilidade de se tratar de DIC que ponha em risco as outras crianças do grupo, e existirem profissionais de saúde com diferentes opiniões, caberá à Autoridade de Saúde concelha a decisão final <sup>(4,5,10)</sup>.

Em Portugal não são asseguradas formações regulares em questões de saúde aos PE <sup>(13)</sup>. Contudo, diariamente, os PE têm de tomar decisões sobre problemas de potenciais contágios de DIC das crianças entre si. Para além de que a higiene e a segurança das crianças e do PE constituem um dos critérios de qualidade na avaliação das creches e jardins de infância <sup>(14)</sup>.

As divergências entre os PE, pais e os profissionais de saúde nas indicações para a evicção das crianças com DIAB são uma realidade diária em países com regras bem definidas sobre evicção <sup>(15-19)</sup>. Em Portugal, e na falta de regras bem definidas, essas divergências estarão, naturalmente, potenciadas.

As divergências de opinião são patenteadas por anseios, razões e posturas frequentemente antagónicas dos pais, entre o bem-estar dos próprios filhos, o bem-estar das outras crianças e as suas obrigações profissionais. E ainda os potenciais conflitos laborais e/ou académicos resultantes do absentismo ao trabalho, resultantes das DIAB dos filhos <sup>(12,16)</sup>.

Em países com regras bem definidas de evicção escolar <sup>(3-8)</sup>, por cada criança justificadamente excluída dos infantários por DIC, outras 6 crianças são indevidamente excluídas <sup>(15)</sup>.

Em Portugal, na ausência de regras bem definidas, elaboradas por peritos, a relação exclusão indevida / exclusão adequada será substancialmente maior.

Da evicção despropositada resultarão desnecessários absentismos ao trabalho pelos pais, eventuais conflitos laborais, que poderão culminar num eventual prejuízo no precário emprego, assim como consequências socioeconómicas em cadeia: despesas inúteis em saúde, consumismos em serviços de saúde, absentismo à escola, etc. <sup>(6,12,17,19)</sup>.

### 4. Decretos regulamentares sobre evicção de doenças infetocontagiosas

Em situações bem definidas, que são poucas, é a própria lei vigente em qualquer país, que obriga à evicção por virtude de DIC. Em Portugal as doenças e os períodos de evicção escolar por virtude de DIC são ainda regulamentados pelo Decreto-Regulamentar n.º 3/95, do «Diário da Repú-

blica», I Série-B, nº 23, de 27 de janeiro de 1995 (DR.3/95-27.01.95)<sup>(20)</sup>. À semelhança do verificado noutros países, a discussão dialética da evolução dos conhecimentos científicos sobre modificações das condições epidemiológicas, das melhorias diagnósticas e terapêuticas das DIC, tem motivado sucessivas atualizações da lei vigente em Portugal sobre evicção de crianças, jovens e adultos dos estabelecimentos de educação e lazer. Data de 1961 a primeira lei ordinária publicada em Portugal sobre evicção escolar (EE), revogada em 1977 e, depois, em 1994 e 1995. Mais de 17 anos volvidos sobre a última revisão da lei da EE, os recentes avanços científicos e tecnológicos, questionam, por sua vez, o DR.3/95-27.01.95, justificando para breve a sua derrogação.

### 5. Questões comuns sobre a evicção das crianças por virtude de doenças infetocontagiosas:

Não obstante a falta de uma estratégia nacional sobre a evicção de crianças dos estabelecimentos públicos de educação (CJIE) e de lazer<sup>(6)</sup>, proliferam em Portugal as instituições públicas e privadas para crianças – creches, jardins de infância, escolas, piscinas, etc. – cujos Regulamentos Internos incluem as recomendações sobre a EPVDIC. Contudo, na sua maioria, estes Regulamentos Internos não têm em conta o regulamentado no DR.3/95-27.01.95, ignorando a atual lei vigente em Portugal sobre esta temática.

A propósito das diversas questões do dia a dia em torno da evicção das creches, jardins de infância e escolas por DIC, foi pedido um parecer jurídico, a um juiz conselheiro do Supremo Tribunal Administrativo, jubilado, e ex-inspetor-geral da Administração do Território, sobre as questões discriminadas no Quadro III.

Quadro III • Perguntas práticas sobre evicção de crianças dos estabelecimentos de ensino e das piscinas

1. Podem os Regulamentos Internos das instituições, que determinam a exclusão temporária das crianças com doenças infecciosas agudas, serem elaborados sem o contributo de um profissional de saúde, médico ou enfermeiro, com idoneidade científica em doenças infetocontagiosas?
2. São legais os Regulamentos Internos aludidos em 1, que contrariem o Decreto-Regulamentar nº 3/95 do «Diário da República», I Série-B, nº 23, de 27 de janeiro de 1995?
3. A obrigatoriedade ao cumprimento das normas das instituições, impostas por estes Regulamentos Internos, não poderá ser atribuída culpa, que poderá ser sancionada e ressarcida?
4. Mesmo que a evicção seja proposta por um profissional de saúde ou a Autoridade Sanitária concelhia, poderão as suas determinações contrariar as disposições legais do DR.3/95-27.01.95?
5. Poderão os pais das crianças obrigadas à retirada forçada da instituição em causa, responsabilizar as mesmas instituições por excesso de zelo, quando injustificadas, pedindo indemnização por danos materiais e /ou morais?
6. A evicção nas piscinas é diferente da evicção geral escolar?
7. No caso concreto das conjuntivites, doenças não contempladas pelo DR.3/95-27.01.95, poderão os profissionais de educação obrigar à evicção?
8. Também no caso concreto do molusco contagioso (MC), tratando-se de uma situação clínica absolutamente benigna, em que nem sequer se tem a certeza se o contágio é ou não pela água, poderão os responsáveis / professores de natação das piscinas proibir que as crianças com MC frequentem as mesmas, contrariando a opinião de um médico?
9. Quem legitimidade para decidir da evicção dum criança dum estabelecimento de ensino ou dum local de lazer?

### 6. Parecer jurídico sobre evicção por virtude de doenças infeto-contagiosas:

#### 6.1. Parecer às questões formuladas no Quadro III:

Uma vez que as questões sobre a evicção escolar e das piscinas são colocadas sob a forma abstrata e não com a apresentação de um caso concreto, terão necessariamente as respostas que irão ser dadas, de o serem sob a forma abstrata.

Refira-se que o sistema jurídico atualmente vigente em Portugal dá resposta cabal às questões fundamentais que são colocadas na consulta, isto é, está disponível para dar resposta às situações de necessidade de tutela jurisdicional efetiva, como passaremos a demonstrar.

#### 6.2. Direitos e deveres sobre evicção dos estabelecimentos de ensino e das piscinas:

Começaremos, então, por indicar, em termos gerais e abstratos, como atrás se referiu, qual o regime jurídico atualmente vigente no nosso País sobre a evicção escolar por virtude de doenças infetocontagiosas.

A **evicção escolar** por virtude de doenças infetocontagiosas, ou seja, o afastamento temporário da frequência dos estabelecimentos de ensino dos indivíduos atingidos ou que apenas coabitem ou tenham contactos com os atingidos por doenças com tal natureza, **é um instituto que se integra nos direitos e deveres fundamentais reconhecidos pela Constituição da República Portuguesa** (CRP) de 1966, mais concretamente na complexidade dos chamados direitos e deveres sociais da saúde (art.º 64º), da proteção da infância (art.º 69º), da proteção da juventude (art.º 70º), no direito à educação e à cultura (art.º 73º) e no direito ao ensino (art.º 74º).

Por sua vez, a **evicção das piscinas coletivas** que é o afastamento, também temporário, da frequência daquelas por motivos das mesmas doenças infetocontagiosas, em relação não só aos jovens como a qualquer cidadão em geral que as frequente, e integra-se nos **direitos e deveres da mesma natureza da referida Lei Fundamental** consignados no direito à cultura física e ao desporto (art.º 79º).

Como direitos fundamentais que são, a nossa Constituição não deixa dúvidas.

Assim, «A lei só pode restringir os direitos, liberdades e garantias nos casos expressamente previstos na Constituição, devendo as restrições limitar-se ao necessário para salvaguardar outros direitos ou interesses constitucionalmente protegidos» (art.º 18º, n.º 2).

«As leis restritivas de direitos, liberdades e garantias têm de revestir caráter geral e abstrato e não podem ter efeito retroativo nem diminuir a extensão e o alcance do conteúdo essencial dos preceitos constitucionais» (art.º 18º, n.º 3).

**As restrições ao exercício de direitos só podem ser estabelecidas por lei**, na estrita medida das exigências próprias das respetivas funções, no âmbito do «exercício dos direitos de expressão, reunião, manifestação, associação e petição coletiva e à capacidade eleitoral passiva por militares e agentes militarizados dos quadros permanentes em serviço efetivo, bem como por agentes dos serviços e das forças de segurança e, no caso destas, a não admissão do direito à greve, mesmo quando reconhecido o direito de associação sindical» (art.º 270º).



Fora destes casos específicos, **não são constitucionalmente admissíveis outras limitações aos direitos fundamentais, nem através de lei nem, muito menos, através de regulamento** (neste sentido, Coutinho de Abreu, in «Sobre os Regulamentos Administrativos e o Princípio da Legalidade», págs. 112 e 113).

Por força destes normativos da nossa Lei Fundamental, qualquer cidadão, aqui particularmente os jovens em idade escolar ou pré-escolar, ou os utentes das piscinas coletivas, têm o direito de exigirem do Estado e este os deveres correlativos de promoção e proteção na saúde concretizados, neste âmbito, no afastamento da frequência das atividades educativas pré-escolares e do sistema escolar, ou da frequência das piscinas, por motivo de doenças transmissíveis, dos discentes, pessoal docente e não docente ou ainda de qualquer utente, nas piscinas.

### 6.3. Legislação sobre evicção escolar em Portugal e sua evolução dinâmica:

A lei ordinária que, pela primeira vez em Portugal, estabeleceu os períodos de evicção escolar por motivo de doenças transmissíveis e catalogou estas foi a Lei n.º 2109, de 24 de maio de 1961.

Desde então para cá (Quadro IV), verificaram-se, na história natural de algumas dessas doenças, importantes modificações no âmbito da prevenção ou terapêutica que permitiram, por um lado, o encurtamento dos períodos de afastamento escolar e, por outro, alterações nas condições epidemiológicas que tornaram desnecessária a inclusão, nas leis de evicção, de algumas doenças primeiramente consideradas ou então a inclusão de outras então não previstas.

Quadro IV • Lista das doenças de evicção escolar consignadas na lei, desde 1961 2 respetivas derrogações, em 1977 e 1995:

Lei 2109/1961	Decreto-Lei 89/77	Decreto Regulamentar 3/95, 27 janeiro
Difteria	Difteria	Difteria
Encefalite infecciosa aguda	-	-
Escarlatina	Escarlatina e amigdalite estreptocócica	Escarlatina e outras infeções nasofaríngeas por <i>Streptococcus</i> β-hemolítico do grupo A
Meningite cérebro-espinhal epidémicas	Meningite meningocócica	Infeções meningocócicas: meningite e sépsis
Poliomielite	Poliomielite	Poliomielite
Rubéola	Rubéola	Rubéola
Sarampo	Sarampo	Sarampo
Tinha	Tinha	Tinha
Tosse convulsa	Tosse convulsa	Tosse convulsa
Tracoma	-	-
Trasorelho	Tosse convulsa	Tosse convulsa
Varicela	Varicela	Varicela
Variola	Variola	-
Hepatites infecciosas	Hepatite infecciosas	Hepatites A e B
-	Febres tifóide e paratífóide	Febres tifóide e paratífóide
-	Impétigo	Impétigo
-	Pediculose	-
-	Sarna	-
-	Tuberculose pulmonar	Tuberculose pulmonar

Por todas estas razões e por a própria Lei n.º 2109, no seu art.º 5º, prever a necessidade de revisão cíclica dos períodos de afastamento escolar, permitindo, assim, a sua atualização, acabou aquele diploma legal por ser revogado pelo D.L. n.º 89/77, de 8 de março.

O catálogo das doenças infetocontagiosas previsto na Lei n.º 2109 como suscetíveis do afastamento da frequência ou atividade no estabelecimento educativo por período variável por parte do corpo docente, discente, pessoal de estabelecimento de ensino ou seus familiares era assim constituído: Difteria, Encefalite Infecciosa Aguda, Escarlatina, Meningite Cérebro-espinhal Epidémica, Poliomielite, Rubéola, Sarampo, Tinha, Tosse convulsa, Tracoma, Trasorelho, Varicela e Variola.

Deste elenco, o Decreto-Lei n.º 89/77 retirou a Encefalite Infecciosa Aguda e o Tracoma e acrescentou a Amigdalite Estreptocócica, as Febres Tifoide e Paratifoide, a Hepatite infecciosa, o Impétigo, a Pediculose, a Sarna e a Tuberculose pulmonar e substituiu a designação de Trasorelho por Parotidite epidémica. Pela primeira vez, distinguiu os períodos de afastamento escolar dos sujeitos atrás indicados que tivessem sido diretamente **atingidos** por tais doenças daqueles que apenas tivessem **coabitado ou contactos** com indivíduos atingidos, já não com todas aquelas doenças, mas apenas para a Difteria, a Escarlatina e Amigdalite estreptocócica, a Meningite por Meningococo, a Poliomielite e a Variola. Assim, estabeleceu diferenciados períodos de afastamento e de duração consoante o sujeito fosse diretamente atingido ou tivesse apenas coabitado ou contactos com indivíduos atingidos com estas doenças ultimamente referidas.

Entretanto, atendendo ao processo dialético da evolução das condições epidemiológicas e aos avanços verificados nos campos da prevenção e da terapêutica já atrás referidos, continuou a haver necessidade de retirar a referência a algumas doenças incluídas no Decreto-Lei n.º 89/77 e a inclusão de outras e, ao mesmo tempo, de reduzir os períodos de afastamento escolar obrigatório até aí fixados. Deste modo, com a publicação do Decreto-Lei n.º 229/94, de 13 de setembro, procedeu-se à revisão e atualização do Decreto-Lei n.º 89/77 no sentido de garantir uma proteção adequada da saúde dos alunos e do pessoal, docente e não docente, das escolas face aos riscos de contágio por doenças transmissíveis.

Em consequência da nova revisão do art.º 1º do Decreto-Lei n.º 89/77, feita pelo Decreto-Lei n.º 229/94, e em execução de tais diplomas, foi publicado o Decreto Regulamentar n.º 3/95, de 27 de janeiro, que anunciou nova lista atualizada das doenças transmissíveis que originam evicção escolar, bem como também atualizou os respetivos períodos de afastamento.

Assim, o seu art.º 1º determina que «São afastados temporariamente da frequência escolar e demais atividades desenvolvidas nos estabelecimentos de educação e de ensino os discentes, pessoal docente e não docente quando atingidos pelas seguintes doenças: Difteria, Escarlatina e outras Infeções Nasofaríngeas por *Streptococcus* hemolítico do grupo A, Febres Tifoide e Paratifoide, Hepatites A e B, Impétigo, Infeções meningocócicas - Meningite e Sépsis, Parotidite epidémica, Poliomielite, Rubéola, Sarampo, Tinha, Tosse convulsa, Tuberculose pulmonar e Varicela. Foram retiradas ao elenco do Decreto-Lei n.º 89/77 a Sarna, a Pediculose e a Variola e, nas Hepatites infecciosas, foram autonomizadas as Hepatites A e B.

São igualmente afastados os mesmos sujeitos na situação em que **coabitem ou tenham contactos** com indivíduos atingidos pelas se-

Quadro IV • **Lista das doenças de evicção escolar consignadas na lei**  
A partir de 1961 e, respectivas modificações, em 1977 e 1995:

Lei 2109/1961	Decreto-Lei 89/77	Decreto Regulamentar 3/95-27.01.95
Difteria	Difteria	Difteria
Encefalite Infecciosa aguda	-	-
Escarlatina	Escarlatina + Amigdalite estreptocócica	Escarlatina + e outras infecções nasofaríngeas por <i>Streptococcus</i> β-hemolítico do grupo A
Meningite cérebro-espinal epidémica	Meningite meningocócica	Infecções meningocócicas-meningite e sépsis
Poliomielite	Poliomielite	Poliomielite
Rubéola	Rubéola	Rubéola
Sarampo	Sarampo	Sarampo
Tinha	Tinha	Tinha
Tosse convulsa	Tosse convulsa	Tosse convulsa
Tracoma	-	-
Trasorelho	Parotidite epidémica	Parotidite epidémica
Varicela	Varicela	Varicela
Variola	Variola	-
Hepatites infecciosas	Hepatites infecciosas	Hepatites A e B
	Febres tifóide e paratífóide	Febres tifóide e paratífóide
	Impétigo	Impétigo
	Pediculose	-
	Sarna	-
	Tuberculose pulmonar	Tuberculose pulmonar

guintes doenças: Difteria, Poliomielite, Tosse convulsa e Infeções meningocócicas (art.º 2º). Em relação ao diploma anterior, foram retiradas deste elenco a Escarlatina e Amigdalite Estreptocócica e a Variola e acrescentada a Tosse convulsa».

Tudo o que estiver fora do elenco das doenças infetocontagiosas acabadas de referir é matéria alheia à problemática da evicção legal.  
ver comentário a) em rodapé

Por último contacto entende-se o momento em que o indivíduo doente ou que vai adoecer dentro de dias contacte pela última vez (falou, apertou a mão ou beijou...) com outros indivíduos (Circular n.º 45/79, GDG Pessoal).

Os prazos de afastamento temporário dos indivíduos atingidos pelas doenças citadas no art.º 1º são diferenciados de acordo com a natureza da doença com que se foi atingido de harmonia com o disposto no

a) Exceção feita à invocação dos poderes conferidos pela função de Autoridade de Saúde.

art.º 3º, assim como também são diferenciados em relação aos primeiros e à natureza das doenças em causa os prazos do afastamento dos indivíduos que coabitem ou tenham contactos com os atingidos pelas doenças referidas no seu art.º 2º (ibidem, art.º 4º).

#### 6.4. Competências legais para determinar a evicção dum indivíduo:

Em princípio, a competência para determinar a evicção dos discentes, do pessoal docente e não docente dos estabelecimentos de educação e de ensino, nos casos de suspeita de estarem atingidos por alguma das citadas doenças transmissíveis pertence à autoridade de saúde do Agrupamento de Centros de Saúde (delegados de saúde e delegados de saúde adjuntos de nível municipal (n.º 5 do art.º 3º, n.º 3, al. a), do art.º 5º e art.º 8º do D.L. n.º 82/2009, de 2 de abril).

A evicção escolar cessa mediante declaração médica de cura clínica ou de inexistência de doença, sem prejuízo dos prazos legais fixados para cada uma das aludidas doenças no Decreto Regulamentar n.º 3/95 (ibidem, art.º 3º).

**A evicção escolar cessa uma vez cumpridos os prazos da lei, sem necessidade de qualquer justificação médica a atestar da mesma, exceto nos casos que em que uma eventual medicação encurte os respetivos períodos ou para a interrupção da mesma evicção por cura ou inexistência da doença.**

**Todos os profissionais de saúde estão obrigados a comunicar à Autoridade de Saúde concelhia todos os casos de que tenham conhecimento no exercício da sua atividade e que tenham relevo para efeitos de aplicação do Decreto Regulamentar n.º 3/95** (ibid., art.º 4º). Os médicos que, no exercício da sua profissão, suspeitem ou confirmem a existência das doenças atrás mencionadas entre os sujeitos escolares que temos vindo a tratar devem comunicá-lo à Autoridade de Saúde concelhia, no prazo máximo de 48 horas (ibid. art.º 5º).

**Os órgãos responsáveis pelos estabelecimentos de ensino, sempre que tiverem conhecimento da existência de uma doença infetocontagiosa, incluída no Decreto Regulamentar n.º 3/95, entre discentes, pessoal docente ou não docente de tal estabelecimento, devem afastar provisoriamente o portador da doença e comunicar o facto, dentro de 24 horas, à Autoridade de Saúde concelhia, para que estes determinem ou não a evicção** (art.º 7º do Decreto-Lei n.º 89/77).

As faltas dadas pelos discentes, pessoal docente e não docente dos estabelecimentos de educação e de ensino por força da evicção não implicam a perda de quaisquer direitos ou regalias, tendo apenas relevância para efeitos estatísticos (ibid. art.º 9º).

Outra forma preventiva de doenças infetocontagiosas em relação a crianças, mas que não se integra propriamente na evicção escolar de que estamos a tratar, é a que é feita no ato da sua inscrição para frequência nos jardins de infância, nos termos da al. d) do n.º 4 do art.º 22º do Decreto-Lei n.º 542/79, de 31 de dezembro, que aprovou o Estatuto dos jardins de infância. Assim, no ato da inscrição, exige-se uma declaração médica referindo que a criança não sofre de doença infetocontagiosa, quando o que tal normativo devia

exigir, antes, era o referido documento para a frequência e não para a inscrição, ou seja, devia nele constar que a criança não é portadora de patologia que contraindique a frequência escolar.

#### 6.5. Dinâmica legislativa da problemática da evicção escolar por virtude das doenças infetocontagiosas

Por tudo o que deixamos exposto, podemos concluir o seguinte: o processo dialético da evolução das condições epidemiológicas e os avanços verificados nos campos da prevenção e da terapêutica das doenças transmissíveis atrás indicado vai necessariamente continuar. Daí que se possa afirmar que **a problemática da «Evicção Escolar por Virtude de Doenças Infetocontagiosas» não é de forma alguma estática, mas antes dotada de uma dinâmica muito acentuada e própria, pelo que a legislação sobre esta matéria terá necessariamente de estar em permanente mutação.** A última, como vimos, remonta a janeiro de 1995. *Como curiosidade, aponte-se que a Região Autónoma dos Açores regulava o instituto da evicção escolar no chamado Estatuto do Aluno, aprovado pelo D. Legislativo Regional n.º 22/2005/A, de 5 de agosto, de forma diferente daquela como se encontra legislado no Continente nos citados Decreto-Lei n.º 89/77, alterado pelo Decreto-Lei n.º 229/94, e regulamentado pelo Decreto Regulamentar n.º 3/95. Aproveitando o ensejo de ter elaborado uma Proposta de Decreto Legislativo Regional, em dezembro/2006, de alteração àquele Estatuto do Aluno, introduziu nele a evicção escolar nos precisos termos em que se encontra atualmente regulamentada no Continente (veja-se o Decreto Legislativo Regional n.º 18/2007/A, D.R. 1ª Série, n.º 138, de 19 de julho de 2007 – art.ºs 53º a 55º).*

#### 6.6. Conclusões a extraírem-se do regime legal da evicção escolar

Face a tudo o que se deixa exposto e resulta do teor da consulta, o Molusco Contagioso (MC) e as Conjuntivites tal como outra doença não incluída no DR.3/95-27.01.95, pela sua natureza, não integram o catálogo das doenças infetocontagiosas constantes do Decreto Regulamentar n.º 3/95, de 27 de janeiro, no qual se determina, com fundamento, a retirada, ou seja, a evicção legal dos sujeitos nele mencionados.

Assim sendo, o **Regulamento Interno de qualquer estabelecimento de ensino público ou privado, a funcionar nos termos do D.L. n.º 553/80, de 21 de novembro – em que tal Regulamento é constituído por normas emanadas ao abrigo de disposições de direito administrativo (ibidem, art.ºs 31º, n.ºs 2 a 4 e 85º) – não pode integrar o Molusco Contagioso ou outra doença não incluída no DR.3/95-27.01.95 como fundamento da evicção escolar nesse estabelecimento, porque, se o fizer, é um Regulamento que enferma de vício de violação de lei.**

#### 6.7. Modos de atacar esta ilegalidade ou atuação de quem determinar a evicção com tal fundamento:

- a) A Impugnação Judicial de Normas (ação administrativa especial de Impugnação de Normas);
- b) A Impugnação Judicial de Ato Administrativo (ação administrativa especial de anulação de ato administrativo).

#### 6.7.1. Se é um Regulamento Interno da escola pública ou privada nas condições atrás mencionadas que prevê essa doença como fundamento da evicção e esta é determinada com tal fundamento, a primeira medida a tomar é a impugnação judicial das normas ilegais desse Regulamento.

Os Regulamentos desta natureza enquadram-se naquilo a que a doutrina designa por **Regulamentos Internos de Organização ou de Direção**. Quer dizer, estes Regulamentos ao mesmo tempo que normatizam as relações especiais de poder da Administração em relação aos administrados, que são aqui os discentes, os docentes e funcionários não docentes e, concomitantemente, os sujeitos passivos da evicção escolar, e que estão, neste caso, sujeitos a uma especial dependência face à Administração (Ministérios da Educação e da Saúde), porque estão obrigados a observar e a cumprir as regras vigentes nesta matéria e de subordinar o seu comportamento ao que o Regulamento Interno determina. Assim, estes Regulamentos regem a organização, disciplina e funcionamento interno do serviço da escola ou outra instituição. Contudo, é preciso acentuar que, na medida em que os Regulamentos também condicionam a vida desses administrados fora da escola, ao determinarem a evicção e a sua ida para casa, é um Regulamento Interno mas com eficácia externa. Deste modo, os Regulamentos das escolas ou outras instituições públicas não necessitam, para serem emanados, de lei habilitante, porque se fundam no poder geral de direção, uma vez que se está no âmbito de relações de hierarquia da Administração, ou seja, fundam-se no poder administrativo de auto-organização ou de direção das entidades administrativas e dos seus dirigentes. Quer dizer, os Regulamentos desta natureza, para serem editados, não necessitam de expressas habilitações legais para o efeito.

Se o Regulamento Interno é de uma escola privada a funcionar nos termos do D.L. n.º 553/80, de 21 de novembro, a legitimidade da sua emanção resulta do disposto no n.º 2 do art.º 33º, do citado diploma legal. Todavia, qualquer destes Regulamentos Internos, apesar de estarem legalmente habilitados a serem emitidos, o seu conteúdo normativo não poderá violar outras normas de hierarquia superior, ou seja, o chamado «bloco da legalidade», constituído pelas leis constitucionais, as leis comuns, os decretos-leis, os decretos regulamentares, os atos legislativos, os atos e os contratos administrativos e os princípios jurídicos. Assim, se o Regulamento Interno de uma escola pública ou privada a funcionar nas condições atrás indicadas incluir, como fundamento da evicção escolar, por exemplo o **Molusco contagioso** está a violar as leis constitucionais atrás indicadas e as disposições do Decreto Regulamentar n.º 3/95, de 27 de janeiro, que são normas de hierarquia superior. A forma que o administrado-lesado tem de atacar tal Regulamento Interno é requerer a impugnação judicial das suas normas ilegais através da ação administrativa especial de Impugnação de Normas prevista nos art.ºs 46º, n.º 2, al. c) e 72º e segs do Código de Processo nos Tribunais Administrativos (CPTA), aprovado pela Lei n.º 13/2002, de 19 de fevereiro e alterada pela Lei n.º 4-A/2003, de 19 de fevereiro e pela Lei n.º 107-D/2003, de 31 de dezembro, que poderá requerer no Tribunal Administrativo de Circulo competente, podendo cumular-se em tal processo um pedido de condenação da Administração ao restabelecimento da situação que existiria se o ato da evicção não tivesse sido praticado ou com um pedido de condenação da Administração à

reparação dos danos resultantes da sua atuação (art.ºs 4º, n.º 2, al.s a), b) e d), 46º, n.ºs 1 e 2, al. c), 47º, n.º 1 e 72º e segs do CPTA).

Ao Ministério Público cabe também aqui um papel importante quanto à sua legitimidade para propor e intervir, nos termos previstos na lei, em processos principais e cautelares destinados à defesa de valores e bens constitucionalmente protegidos, como a saúde pública, como é o caso, o ambiente, o urbanismo, o ordenamento do território, a qualidade de vida, o património cultural e os bens do Estado, das Regiões Autónomas e das autarquias locais. (art.º 9º n.º 2 do CPTA).

**Os Regulamentos Internos de Organização ou de Direção das instituições** de ensino, educação ou lazer, normatizam as relações especiais de poder da Administração em relação aos administrados. Porque se fundam no poder administrativo de auto-organização, ou de direção das entidades administrativas e dos seus dirigentes não necessitam, para serem emanados, de habilitações legais para o efeito. Assim, os **Regulamentos Internos** das instituições de educação, ensino ou de lazer, podem ser criados sem o contributo de um profissional de saúde. Mas as suas normas não poderão violar outras normas de hierarquia superior.

#### 6.7.2. Razão de não aplicação neste caso de providência cautelar da suspensão da eficácia de normas

Incidentalmente com tal ação especial, não se poderá, neste caso, requerer a providência cautelar, com vista a assegurar a utilidade da lide da impugnação da norma referida, da suspensão da eficácia de normas prevista na al. a) do n.º 2 do art.º 112º do CPTA, visto que tal providência só é autorizada em relação a normas de tal natureza que produzam efeitos imediatos (normas imediatamente operativas), ou seja, sem dependência de um ato administrativo ou jurisdicional de aplicação (art.ºs 73º, n.º 2 e 130º, n.º 1 do CPTA).

Ora, a aplicação das normas da evicção está sempre dependente, como vimos, de um ato administrativo da autoridade de saúde concelhia ou do médico escolar (art.ºs 2º e 8º do D.L. n.º 89/77, na redação do D.L. n.º 229/94), pelo que as normas regulamentares de evicção estão sempre dependentes de tal ato administrativo e, por conseguinte, não são imediatamente operativas, não sendo, assim, autorizado o pedido da suspensão da sua eficácia.

#### 6.8. Evicção determinada por ato administrativo (ação administrativa especial de anulação de ato administrativo)

**6.8.1.** Se a evicção for determinada por um ato da Autoridade de Saúde concelhia (delegado de saúde ou delegado adjunto de saúde) nos termos atrás indicados dos art.ºs 2º e 8º do D.L. n.º 89/77, na redação dada pelo D.L. n.º 229/94, ou seja, através de um ato administrativo (art.º 120º do Cód. Proc. Administrativo) e violando o preceituado no Decreto Regulamentar n.º 3/95 ou com base em norma do Regulamento Interno que violar o que se encontra como normativa naquele Decreto, ou mais concretamente, decretar a evicção com fundamento no referido «Molusco Contagioso», doença que não se encontra na lista de doenças de evicção escolar e que, portanto, carece de fundamentação excecional no âmbito das funções genéricas da Autoridade de Saúde que, não sendo aceite pelas partes, tal ato

podrá ser impugnado pelo administrado-lesado, com fundamento em vício de violação de lei ou qualquer outro vício que o ato concreto eventualmente venha a padecer, em ação administrativa especial de anulação de um ato administrativo, a requerer no prazo de três meses (art.ºs 46º, n.º 2, al. a), 50º, n.º 1, 51º, n.º 1, 58º, n.º 2, al. a), 59º, n.ºs 1 a 3 e 78º e segs do CPTA). Tal pedido poderá ser cumulado com o pedido de ilegalidade de norma a que atrás se aludiu ou com o pedido de condenação da Administração à reparação dos danos resultantes da sua atuação ou da adoção dos atos ou operações necessárias para reconstituir a situação que existiria se o ato anulado não tivesse sido praticado (art.ºs 4º, n.º 2, al.s a), b) e f), 46º, n.º 2, al.s a) e c), 47º, n.ºs 1, 2, al. b) do CPTA).

O regime da responsabilidade civil extracontratual do Estado e demais entidades públicas por danos decorrentes da função administrativa encontra-se hoje regulado na Lei n.º 67/2007, de 31 de dezembro. O pedido de indemnização formulado ao abrigo de tal diploma pode ser formulado pelo administrado-lesado cumulado com os pedidos de declaração de ilegalidade de norma ou de anulação do ato administrativo, como atrás se referiu, e, neste caso, a ação é de ação administrativa especial (art.ºs 5º, n.º 1 e 46º do CPTA) ou, então, autonomamente, e, nesta situação, seguirá a forma da ação administrativa comum dos art.ºs 37º e segs do CPTA).

Nos termos do aludido diploma: «O Estado e as demais pessoas coletivas de direito público são exclusivamente responsáveis pelos danos que resultem de ações ou omissões ilícitas, cometidas com culpa leve, pelos titulares dos seus órgãos, funcionários ou agentes, no exercício da função administrativa e por causa desse exercício» (ibidem, art.º 7º, n.º 1). «Os titulares de órgãos, funcionários e agentes são responsáveis pelos danos que resultem de ações ou omissões ilícitas, por eles cometidas com dolo ou com diligência e zelo manifestamente inferiores àqueles a que se encontravam obrigados em razão do cargo» (ibid., art.º 8º, n.º 1).

«O Estado e as demais pessoas coletivas de direito público são responsáveis de forma solidária com os respetivos titulares de órgãos, funcionários e agentes, se as ações ou omissões referidas no número anterior tiverem sido cometidas por estes no exercício das suas funções e por causa desse exercício» (ibid., art.º 8º, n.º 2).

«Sempre que satisfaçam qualquer indemnização nos termos do número anterior, o Estado e as demais pessoas coletivas de direito público gozam de direito de regresso contra os titulares de órgãos, funcionários ou agentes responsáveis, competindo aos titulares de poderes de direção, de supervisão, de superintendência ou de tutela adotar as providências necessárias à efetivação daquele direito, sem prejuízo do eventual procedimento disciplinar» (ibid., art.º 8º, n.º 3).

«A culpa dos titulares de órgãos, funcionários e agentes deve ser apreciada pela diligência e aptidão que seja razoável exigir, em função das circunstâncias de cada caso, de um titular de órgão, funcionário ou agente zeloso e cumpridor» (ibid., art.º 10º, n.º 1).

«Sem prejuízo da demonstração de dolo ou culpa grave, presume-se a existência de culpa leve na prática de atos jurídicos ilícitos» (ibid., art.º 10º, n.º 2).

As disposições da presente lei, além de se aplicarem à responsabilidade civil dos titulares de órgãos, funcionários e agentes públicos por danos decorrentes de ações ou omissões adotadas no exercício da



função administrativa e por causa desse exercício, aplicam-se também à responsabilidade civil de pessoas coletivas de direito privado e respetivos trabalhadores, titulares de órgãos sociais, representantes legais ou auxiliares, por ações ou omissões que adotem no exercício de prerrogativas de poder público ou que sejam reguladas por disposições ou princípios de direito administrativo (ibid., art.º 1º, n.ºs 2, 3 e 5).

### 6.8.2. Providência cautelar da suspensão da eficácia de ato administrativo

Contrariamente ao que sucede com a ação especial para declaração de ilegalidade de norma, aqui, na ação especial para a anulação de ato administrativo, poderá requerer-se, como preliminar ou incidentalmente com vista a assegurar a utilidade da lide principal de impugnação de ato administrativo, que poderá demorar algum tempo a ser decidida, a providência cautelar prevista na al. a) do n.º 2 do art.º 112º do CPTA da suspensão da eficácia do ato, que pode ser requerida previamente à instauração do processo principal, juntamente com a petição inicial ou na pendência do processo principal e que tem de ser decidida em prazo muito curto (art.º 112º do CPTA) para não prejudicar, como se referiu, a utilidade da lide.

### 6.8.3. Recurso hierárquico administrativo

Entretanto, antes da instauração da ação judicial para a impugnação do ato administrativo, o administrado-lesado poderá instaurar recurso hierárquico do ato médico que ilegalmente determinou a evicção para a autoridade de saúde nacional, que é o diretor-geral da Saúde, nos termos dos art.ºs 3º, n.º 3 e 13º do D.L. n.º 82/2009, de 2 de abril, e 166º e segs do Código de Proc. Administrativo.

A utilização deste meio de impugnação administrativa suspende o prazo de impugnação contenciosa do ato administrativo, que só retoma o seu curso com a decisão proferida sobre a impugnação ou com o decurso do respetivo prazo legal, que é de 30 dias (art.º 165º do Cód. Proc. Administrativo). A suspensão do prazo prevista no número anterior não impede o interessado de proceder à impugnação contenciosa do ato na pendência da impugnação administrativa, bem como de requerer a adoção de providências cautelares (art.º 59º, n.ºs 4 e 5 do CPTA).

Refira-se que a interposição deste recurso hierárquico não suspende os efeitos do ato impugnado, mas apenas o prazo da impugnação contenciosa do ato. Os efeitos do ato da evicção só se suspendem com a instauração da providência cautelar da suspensão da eficácia do ato (art.º 128º do CPTA).

### 6.9. Regime legal da evicção nas piscinas coletivas

Fixado o regime da Evicção Escolar por Virtude de Doenças Infetoc contagiosas e modo de impugnação das normas de evicção ilegais ou dos atos administrativos anuláveis que determinam essa evicção, vejamos agora o regime legal aplicável à evicção nas piscinas coletivas, como também é solicitado na consulta.

A primeira questão que se nos suscitou foi a de saber se não haveria um regime especial para a evicção neste âmbito, uma vez que os sujeitos passivos abrangidos por esta evicção são diferentes dos da evicção escolar.

Nas pesquisas de legislação que fizemos e ainda junto das autoridades médicas de saúde pública e da própria Inspeção-Geral de Saúde, não

encontrámos nada referente à evicção das piscinas coletivas, apenas a informação que a tal evicção tem sido aplicável, por analogia, o regime da evicção escolar. A ser assim, **afigura-se-nos estarmos perante uma lacuna do nosso sistema jurídico que é preciso colmatar**, pelo menos através de uma referência expressa de que lhe é aplicável o regime da evicção escolar, o que pode bem constar dos diplomas que regulamentam as condições de segurança, de acesso e de uso das instalações desportivas ou, mais concretamente, dos Recintos com diversões aquáticas, onde se integram as piscinas coletivas.

Estes últimos diplomas, onde se enquadram as piscinas coletivas, exigem que seja elaborado um Regulamento Interno que contenha as normas de utilização e de funcionamento a serem observados pelos utentes (art.º 56º do Decreto-Regulamentar n.º 5/97, de 31 de março e art.º 17º do D.L. n.º 271/2009, de 1 de outubro).

A grande maioria dos Regulamentos Internos dessa natureza que consultamos dizem respeito a piscinas coletivas municipais, que assentam o seu poder regulamentar, ou seja, invocam como lei habilitante de tais Regulamentos com eficácia externa, além daqueles normativos, os art.ºs 241º e 242º da CRP e a al. a) do n.º 2 do art.º 53º e al. b) do n.º 4 e al. a) do n.º 6 do art.º 64º da Lei n.º 169/99, de 18 de setembro, na redação da Lei n.º 5-A/2002, de 11 de janeiro e art.ºs 114º e segs do Cód Proc. Administrativo. Estes Regulamentos, normalmente, contêm disposições quanto à evicção, que determinam a exigência aos utentes de declaração médica, comprovativa do seu estado sanitário, ou, então, a proibição de poderem frequentar as piscinas, dos portadores de doenças transmissíveis ou de doenças infetoc contagiosas, de pele ou outras lesões de que possam resultar prejuízo para a saúde pública. Não encontrámos nenhum que expressamente proibisse a entrada e a utilização a quem estivesse afetado pelo «molusco contagioso».

Mas, se porventura, o Regulamento contiver alguma norma nesse sentido, a forma que o lesado tem de a atacar é sempre a indicada para a Evicção Escolar.

Se, com base nele ou no Decreto Regulamentar n.º 3/95, a proibição for feita pela Autoridade de Saúde concelhia (delegado ou delegado adjunto de saúde, que são as únicas com competência para o efeito – art.º 5º, n.º 3, al. a) do D.L. n.º 82/2009, de 2 de abril), a forma de impugnar tal ato administrativo é também a indicada para a evicção escolar, acompanhada do requerimento da providência cautelar da suspensão da eficácia do ato naquele local referida.

### 7. Aplicação prática do regime legal exposto na parte geral do parecer nas respostas às perguntas formuladas:

**Pergunta nº 1:** Podem os Regulamentos Internos das instituições, que determinam a exclusão temporária das crianças com doenças infecciosas agudas, serem elaborados sem o contributo de um profissional de saúde, médico ou enfermeiro, com idoneidade científica em doenças infetoc contagiosas?  
**Resposta:** Fixado o regime jurídico da Evicção Escolar por Virtude das Doenças Infetoc contagiosas e das piscinas coletivas e a forma da sua impugnação ilegal, supomos estarem respondidas, pelo menos implicitamente, todas as questões colocadas na consulta.

Os Regulamentos citados na pergunta podem ser elaborados sem necessariamente neles intervirem os profissionais de saúde referidos, mas as suas normas não podem é contrariar os normativos de diplo-

mas legais de hierarquia superior, como é o citado Decreto Regulamentar n.º 3/95, sob pena de poderem ser impugnados judicialmente, como vimos (art.ºs 72º e segs do CPTA).

**Pergunta nº 2:** São legais os Regulamentos Internos aludidos em 1 que contrariem o Decreto Regulamentar n.º 3/95, do «Diário da República», I Série-B, nº 23 de 27 de janeiro de 1995?

**Resposta:** São ilegais os Regulamentos Internos que contrariem o citado Decreto Regulamentar n.º 3/95, de 27 de janeiro, que como atrás referimos podem ser objeto de impugnação judicial das suas normas ilegais através da ação administrativa especial de Impugnação de Normas prevista nos art.ºs 46º, n.º 2, al. c) e 72º e segs do Código de Processo nos Tribunais Administrativos (CPTA), aprovado pela Lei n.º 13/2002, de 19 de fevereiro e alterada pela Lei n.º 4-A/2003, de 19 de fevereiro e pela Lei n.º 107-D/2003, de 31 de dezembro, que poderá requerer-se no Tribunal Administrativo de Circulo competente, podendo cumular-se em tal processo um pedido de condenação da Administração ao restabelecimento da situação que existiria se o ato da evicção não tivesse sido praticado ou com um pedido de condenação da Administração à reparação dos danos resultantes da sua atuação (art.ºs 4º, n.º 2, al.s a), b) e d), 46º, n.ºs 1 e 2, al. c), 47º, n.º 1 e 72º e segs do CPTA).

**Pergunta nº 3:** A obrigatoriedade ao cumprimento das normas das instituições, impostas por estes Regulamentos Internos, não poderá ser atribuída culpa que poderá ser sancionada e ressarcida?

**Resposta:** Em princípio **ninguém é obrigado ao cumprimento de normas ilegais de Regulamentos Internos** elaborados pelas entidades públicas ou privadas ao abrigo de disposições de direito administrativo, visto que a lei dá ao administrado-lesado os meios de tutela jurisdicional efetiva para poderem impugnar essas normas ilegais ou os atos administrativos anuláveis praticados ao abrigo de tais normas, conforme se deixa expandido em geral no texto deste parecer.

**Pergunta nº 4:** Mesmo que a evicção seja proposta por uma profissional de saúde ou a Autoridade Sanitária concelhia, poderão as suas determinações contrariar as disposições legais do DR.3/95-27.01.95?

**Resposta:** Se a evicção for determinada por um ato da Autoridade de Saúde concelhia (delegado de saúde ou delegado adjunto de saúde) nos termos atrás indicados dos art.ºs 2º e 8º do D.L. n.º 89/77, na redação dada pelo D.L. n.º 229/94, ou seja, através de um ato administrativo (art.º 120º do Cód. Proc. Administrativo) e violando o preceituado no Decreto Regulamentar n.º 3/95 ou com base em norma do Regulamento Interno que violar o que se encontra em normativa naquele Decreto, ou mais concretamente, decretar a evicção com fundamento no referido «Molusco Contagioso», doença que não se encontra na lista de doenças de evicção escolar e que, portanto, carece de fundamentação excecional no âmbito das funções genéricas da Autoridade de Saúde que, não sendo aceite pelas partes, tal ato poderá ser impugnado pelo administrado-lesado, com fundamento em vício de violação de lei ou qualquer outro vício que o ato concreto eventualmente venha a padecer, em ação administrativa especial de anulação de um ato administrativo, a requerer no prazo de três meses (art.ºs 46º, n.º 2, al. a), 50º, n.º 1, 51º, n.º 1, 58º, n.º 2, al. a), 59º, n.ºs 1 a 3 e 78º e segs do CPTA). Tal pedido poderá ser cumulado com o pedido de ilegalidade de norma a que atrás se aludiu ou com o pedido de condenação da

Administração à reparação dos danos resultantes da sua atuação ou da adoção dos atos ou operações necessárias para reconstituir a situação que existiria se o ato anulado não tivesse sido praticado (art.ºs 4º, n.º 2, al.s a), b) e f), 46º, n.º 2, al.s a) e c), 47º, n.ºs 1, 2, al. b) do CPTA).<sup>1</sup> ver comentário b) em rodapé.

**Pergunta nº 5:** Poderão os pais das crianças obrigadas à retirada forçada da instituição em causa, responsabilizar as mesmas instituições por excesso de zelo, quando injustificadas, pedindo indemnização por danos materiais e /ou morais?

**Resposta:** Já atrás demonstrámos que o administrado-lesado tem direito a ser ressarcido pelos danos que na evicção ilícita lhe forem causados pelos titulares dos órgãos, funcionários e agentes públicos, decorrentes de ações ou omissões adotadas no exercício das funções administrativas, como é aquela evicção

O regime da responsabilidade civil extracontratual do Estado e demais entidades públicas por danos decorrentes da função administrativa encontra-se hoje regulado na Lei n.º 67/2007, de 31 de dezembro. O pedido de indemnização formulado ao abrigo de tal diploma pode ser formulado pelo administrado-lesado cumulado com os pedidos de declaração de ilegalidade de norma ou de anulação do ato administrativo, como atrás se referiu, e, neste caso, a ação é de ação administrativa especial (art.ºs 5º, n.º 1 e 46º do CPTA) ou, então, autonomamente, e, nesta situação, seguirá a forma da ação administrativa comum dos art.ºs 37º e segs do CPTA).

Nos termos do aludido diploma: «O Estado e as demais pessoas coletivas de direito público são exclusivamente responsáveis pelos danos que resultem de ações ou omissões ilícitas, cometidas com culpa leve, pelos titulares dos seus órgãos, funcionários ou agentes, no exercício da função administrativa e por causa desse exercício» (ibidem, art.º 7º, n.º 1). «Os titulares de órgãos, funcionários e agentes são responsáveis pelos danos que resultem de ações ou omissões ilícitas, por eles cometidas com dolo ou com diligência e zelo manifestamente inferiores àqueles a que se encontravam obrigados em razão do cargo» (ibid., art.º 8º, n.º 1). «O Estado e as demais pessoas coletivas de direito público são responsáveis de forma solidária com os respetivos titulares de órgãos, funcionários e agentes, se as ações ou omissões referidas no número anterior tiverem sido cometidas por estes no exercício das suas funções e por causa desse exercício» (ibid., art.º 8º, n.º 2).

«Sempre que satisfaçam qualquer indemnização nos termos do número anterior, o Estado e as demais pessoas coletivas de direito público gozam de direito de regresso contra os titulares de órgãos, funcionários ou agentes responsáveis, competindo aos titulares de poderes de direção, de supervisão, de superintendência ou de tutela adotar as providências necessárias à efetivação daquele direito, sem prejuízo do eventual procedimento disciplinar» (ibid., art.º 8º, n.º 3).

b) Só os Delegados de Saúde têm competência para decretar a evicção escolar que se enquadra no âmbito das funções de Autoridade de Saúde. Só muito excecionalmente, doenças não constantes na lista oficial poderão ser motivo de evicção, já que os poderes conferidos pelas funções de Autoridade de Saúde não se esgotam no diploma da evicção escolar. A fundamentação das decisões de Autoridade de Saúde é obrigatória e, neste caso, um consenso clínico alargado seria desejável, já que a fundamentação explícita não está previamente tipificada num diploma legal, sob pena de se poder acusar a Autoridade de Saúde de não defender a saúde pública, como é sua obrigação. São exemplo as doenças emergentes – como a febre hemorrágica ou o síndrome aguda respiratória severa – que por diversos motivos, não estão incluídas na lista de doenças de evicção escolar, mas que, pela sua gravidade e natureza transmissível, colocam em risco a saúde dos contactantes.

Conforme se afirma atrás no texto, «as disposições da presente lei, além de se aplicarem à responsabilidade civil dos titulares de órgãos, funcionários e agentes públicos por danos decorrentes de ações ou omissões adotadas no exercício da função administrativa e por causa desse exercício, aplicam-se também à responsabilidade civil de pessoas coletivas de direito privado e respetivos trabalhadores, titulares de órgãos sociais, representantes legais ou auxiliares, por ações ou omissões que adotem no exercício de prerrogativas de poder público ou que sejam reguladas por disposições ou princípios de direito administrativo (ibid., art.º 1º, nºs 2, 3 e 5)».

«A culpa dos titulares de órgãos, funcionários e agentes deve ser apreciada pela diligência e aptidão que seja razoável exigir, em função das circunstâncias de cada caso, de um titular de órgão, funcionário ou agente zeloso e cumpridor» (ibid., art.º 10º, n.º 1).

«Sem prejuízo da demonstração de dolo ou culpa grave, presume-se a existência de culpa leve na prática de atos jurídicos ilícitos» (ibid., art.º 10º, n.º 2).

As disposições da presente lei, além de se aplicarem à responsabilidade civil dos titulares de órgãos, funcionários e agentes públicos por danos decorrentes de ações ou omissões adotadas no exercício da função administrativa e por causa desse exercício, aplicam-se também à responsabilidade civil de pessoas coletivas de direito privado e respetivos trabalhadores, titulares de órgãos sociais, representantes legais ou auxiliares, por ações ou omissões que adotem no exercício de prerrogativas de poder público ou que sejam reguladas por disposições ou princípios de direito administrativo (ibid., art.º 1º, nºs 2, 3 e 5). Todos aqueles que cometerem danos que resultem de ações ou omissões ilícitas, são responsáveis por esses atos e estão sujeitos ao pagamento de indemnizações.

**Pergunta nº 6:** A evicção nas piscinas é diferente da evicção geral escolar?

**Resposta:** Na parte geral deste parecer (6.9.), para onde agora remetemos os leitores, demos resposta cabal a esta questão.

**Por lacuna do sistema jurídico português, não existe legislação referente à evicção das piscinas coletivas, apenas a informação que a tal evicção tem sido aplicável, por analogia, o regime da evicção escolar.**

Deste modo, e ainda quanto à criação de norma expressa que aplique tal regime da evicção escolar à evicção das piscinas coletivas, por se tratar de uma lacuna do nosso regime jurídico, afigura-se-nos que o processo dialético da evolução das condições epidemiológicas e os avanços verificados nos campos da prevenção e da terapêutica das doenças transmissíveis atrás indicado, permitem concluir que a problemática da «Evicção Escolar por Virtude de Doenças Infetoc contagiosas» não é de forma alguma estática, mas antes dotada de uma dinâmica muito acentuada e própria. Assim sendo, a legislação sobre esta matéria terá necessariamente de estar em permanente mutação. A última, como vimos, remonta a janeiro de 1995.

Deste modo, sugere-se que a matéria constante da consulta e do presente parecer sejam remetidos ao Ministério da Saúde, a fim de ali

ser ponderada a necessidade da revisão do Decreto Regulamentar n.º 3/95, de 27 de janeiro, e a extensão do seu regime à evicção das piscinas coletivas por se tratar de uma lacuna do nosso sistema jurídico.

**Pergunta nº 7:** No caso concreto das conjuntivites, doenças não contempladas pelo DR.3/95-27.01.95, poderão os profissionais de educação obrigar à evicção?

**Resposta:** Não. Dissemos, também na parte geral do parecer (6.3), que tudo o que estiver fora do elenco das doenças infetoc contagiosas acabadas ali de referir é matéria alheia à problemática da evicção legal. Ora se as conjuntivites não constam do elenco do Decreto Regulamentar n.º 3/95, de 27 de janeiro, é-lhes aplicável tudo o que dissemos na resposta à pergunta n.º 4. \* ver comentário c) em rodapé.

**Pergunta nº 8:** Também no caso concreto do molusco contagioso (MC), tratando-se de uma situação clínica absolutamente benigna, em que nem sequer se tem a certeza se o contágio é ou não pela água, poderão os responsáveis / professores de natação das piscinas proibir que as crianças com MC frequentem as mesmas, contrariando a opinião de um médico?

**Resposta:** Nem os professores de natação, nem qualquer titular de órgão ou funcionário têm competência para decretar a evicção, mesmo que esta seja legal. Na evicção escolar e nas piscinas, só a Autoridade de Saúde concelhia (delegado ou delegado adjunto de saúde) tem competência para decretar a evicção e, mesmo estes, só dentro dos limites fixados no Decreto Regulamentar n.º 3/95. \* ver comentário d) em rodapé.

Podem ser impugnados judicialmente as normas dos Regulamentos Internos e os atos administrativos que violarem os normativos daquele diploma legal de hierarquia superior.

Aplica-se aqui também tudo o que foi escrito na resposta à pergunta n.º 4. e na parte geral do parecer (6.9.).

O **molusco contagioso (MC)** não consta do elenco das doenças de evicção obrigatória determinada pelo DR.3/95-27.01.95. Não existe nenhuma regulamentação legal que proíba a utilização das piscinas públicas pelas crianças com MC; Será violar as leis constitucionais do País o obrigar à evicção duma criança com MC duma piscina ou dum estabelecimento escolar; A proibição de frequentar uma piscina pelo facto duma criança ter MC poderá ser impugnada juridicamente pelos pais, que poderão ser ressarcidos.

c) Deve então, a Autoridade de Saúde, expor de novo a fundamentação do seu ato, cabendo ao tribunal decidir.

d) Só os Delegados de Saúde têm competência para decretar a evicção escolar que se enquadra no âmbito das funções de Autoridade de Saúde. Só muito excecionalmente, doenças não constantes na lista oficial poderão ser motivo de evicção, já que os poderes conferidos pelas funções de Autoridade de Saúde não se esgotam no diploma da evicção escolar. A fundamentação das decisões de Autoridade de Saúde é obrigatória e, neste caso, um consenso clínico alargado seria desejável, já que a fundamentação explícita não está previamente tipificada num diploma legal, sob pena de se poder acusar a Autoridade de Saúde de não defender a saúde pública, como é sua obrigação. São exemplo as doenças emergentes – como a febre hemorrágica ou o síndrome aguda respiratória severa – que por diversos motivos, não estão incluídas na lista de doenças de evicção escolar, mas que, pela sua gravidade e natureza transmissível, colocam em risco a saúde dos contactantes.

**Pergunta n.º 9:** Quem legitimidade para decidir da evicção duma criança dum estabelecimento de ensino ou dum local de lazer?

**Resposta:** Legalmente apenas as entidades referidas na resposta à pergunta n.º 8. Se se pretender que tal competência seja alargada a outras entidades, só com uma alteração legislativa dos diplomas que fixam tal competência, que são referidos na parte geral do parecer. Por isso se sugere, tal como o fizemos na resposta à pergunta n.º 6, que a matéria constante da consulta e do presente parecer sejam remetidos ao Ministério da Saúde, a fim de ali ser ponderada a necessidade da revisão do Decreto Regulamentar n.º 3/95, de 27 de janeiro, e a extensão do seu regime à evicção das piscinas coletivas por se tratar de uma lacuna do nosso sistema jurídico.

## Conclusões

- O afastamento temporário (evicção) da frequência dos estabelecimentos de ensino ou dos espaços de lazer dos indivíduos atingidos com doenças infetocontagiosas (DIC) ou que apenas coabitam ou tenham contactos com os atingidos por estas doenças, é um instituto que se integra nos direitos e deveres fundamentais reconhecidos pela Constituição da República Portuguesa.
- Por lacuna do sistema jurídico português, não existe legislação referente à evicção das piscinas coletivas. Apenas existe a informação que a tal evicção tem sido aplicável, por analogia, pelo regime da evicção escolar. Assim, a evicção das piscinas coletivas por virtude das DIC, integra-se nos direitos e nos deveres da mesma natureza.
- Atualmente, tudo o que estiver fora do elenco das DIC referidas no DR.3/95-27.01.95 é matéria alheia à problemática da evicção legal.
- Os **Regulamentos Internos** das instituições de educação, ensino ou de lazer, podem ser criados sem o contributo de um profissional de saúde. Mas as suas normas não poderão violar outras normas de hierarquia superior. Isto é, **são ilegais os Regulamentos Internos das instituições que violem o DR.3/95-27.01.95, havendo então razão à sua impugnação.**
- Só se pode restringir os direitos, liberdades e garantias a qualquer cidadão nos casos expressamente previstos na Constituição Portuguesa. Fora de situações expressas na lei, não são constitucionalmente admissíveis limitações aos direitos fundamentais, nomeadamente através dos **Regulamentos Internos** das instituições.

- Todos os profissionais de saúde estão obrigados a comunicar à **Autoridade de Saúde concelhia** os casos de doenças de declaração obrigatória, referidos no DR.3/95-27.01.95, de que tenham conhecimento.
- Os órgãos responsáveis pelos estabelecimentos de ensino, sempre que tiverem conhecimento da existência de uma provável DIC entre discentes, pessoal docente ou não docente de tal estabelecimento, devem afastar provisoriamente o portador da doença e comunicar o facto, dentro de 24 horas, à Autoridade de Saúde concelhia, para que esta e só esta, determine ou não a evicção.
- Pertence à Autoridade de Saúde concelhia (delegado ou delegado adjunto de saúde) a competência para determinar a evicção de crianças e contactantes dos estabelecimentos de educação e das piscinas, nos casos de suspeita ou confirmados de estarem atingidos por alguma das doenças transmissíveis citadas no DR.3/95-27.01.95
- **A evicção escolar cessa uma vez cumpridos os prazos da lei, sem necessidade de qualquer justificação médica** a atestar da mesma, exceto nos casos que em que uma eventual medicação encurte os respetivos períodos ou para a interrupção da mesma evicção, por cura ou inexistência da doença.
- Obrigar à evicção por doenças que não constam do DR.3/95-27.01.95 será violar a lei. **Ninguém, nem Autoridade de Saúde está acima da lei**, estando todos obrigados a cumprir o DR.3/95-27.01.95, podendo a sua decisão ser impugnada pelo administrado-lesado, com o fundamento de vício de violação da lei.
- A proibição de frequentar uma piscina ou um estabelecimento de educação pelo facto duma criança ter molusco contagioso ou outra doença que não conste do elenco das DIC contemplados no DR.3/95-27.01.95, poderá ser impugnada juridicamente pelos pais ou pelos encarregados de educação, que poderão ser ressarcidos.
- A problemática da «Evicção Escolar por Virtude de Doenças Infetocontagiosas não é de forma alguma estática, mas antes dotada de uma dinâmica muito acentuada e própria. Assim sendo, a legislação sobre esta matéria terá necessariamente de estar em permanente mutação. Recomenda-se para breve a derrogação do DR.3/95-27.01.95.



## Bibliografia

1. Januário L. Evicção escolar. I Curso de Pediatria Comunitária. «Educação para a Saúde»As Crianças, os Infantários, as Escolas e as Infecções. Mealhada, 1 e 2 fevereiro 2007. [http://asic.pt/admin/files/i\\_curso\\_pediatria\\_comunitaria\\_b\\_eviccao.pdf](http://asic.pt/admin/files/i_curso_pediatria_comunitaria_b_eviccao.pdf)
2. Dicionário da Língua Portuguesa. Porto Editora, Porto, 2011.
3. Aronson SS, Shope TR. Managing Infectious Diseases in Child Care and Schools. A Quick Reference Guide. American Academy of Pediatrics, 2005.
4. American Academy of Pediatrics and American Public Health Association. National Resource Center for Health and Safety in Child Care. Exclusion and inclusion of ill children in child care facilities and care of ill children in child care. 2002 Acessível em <http://nrkids.org/SPINOFF/IncExc.pdf>.
5. National Health and Medical Research Council. Australian Government. Staying Healthy in Child Care. Preventing infectious diseases in child care. 4<sup>th</sup> edition, 2005. Acessível em: <http://www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/ch43syn.htm>.
6. Salgado M. Critérios de exclusão crianças das creches, dos jardins de infância e das escolas por virtude de doenças infecciosas. Saúde Infantil 2012;34(2): 21-28.
7. Committee on Infectious Diseases, American Academy of Pediatrics. Children in out-of-home child care. Red Book, 28<sup>th</sup> edition, 2009:124-40.
8. Wald ER. Infections in Daycare Environments. In: Feijin RD, Cherry JD, Demmler-Harrison GJ, Kaplan S L. Feijin & Chery's Textbook of Pediatric Infectious Diseases. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia, Saunders; 2009:3480-96.
9. Waggoner-Fountain LA. Child Care and Communicable diseases. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton B. Nelson Textbook of Pediatrics, 18<sup>th</sup> edition. Philadelphia, 2007:1074-7.
10. Sosinsky LS, Gilliam WS. Child care. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton B. Nelson Textbook of Pediatrics, 18<sup>th</sup> edition. Philadelphia, 2007:81-6.
11. Salgado M, Castelo TM, Dinis AM. Diarreia aguda na criança – 2<sup>o</sup> parte: noções de epidemiologia e medidas preventivas. Saúde Infantil 2009;31(2):49-58.
12. Voigt RG, Johnson SK, Hashikawa AH et al. Why parents seek medical evaluations for their children with mild acute illness. Clin Pediatr (Phila) 2008;47(3):244-51.
13. Silva AP, Salgado M. Evicção escolar e dos infantários. A perspetiva dos educadores-de-Infância. Resultados dum inquérito. I Curso de Pediatria Comunitária. «Educação para a Saúde»As Crianças, os Infantários, as Escolas e as Infecções. Mealhada, 1 e 2 fevereiro 2007. [http://asic.pt/admin/files/i\\_curso\\_pediatria\\_comunitaria\\_b\\_eviccaoeducadoras.pdf](http://asic.pt/admin/files/i_curso_pediatria_comunitaria_b_eviccaoeducadoras.pdf).
14. Barros S, Aguiar C. Assessing the quality of Portuguese child care programs for toddlers. Early Child Res Q 2010;25(4):527-35.
15. Copeland KA, Harris EN, Wang N-Y, Cheng TL. Compliance with American Academy of Pediatrics and American Public Health Association illness exclusion guidelines for child care centers in Maryland: who follows them and when? Pediatrics 2006;118(5):e1369-80.
16. Polyzoi E, Babb JC. The challenge of caring for mildly ill children: a Canadian national child-care study. Early Child Res Q 2004;19:431-48.
17. Pappas DE, Schwartz RH, Sheridan MJ, Hayden GF. Medical exclusion of sick children from child care centers: a plea for reconciliation. South Med J 2000;93(6):575-8.
18. Kahan E, Gross S, Horev Z, Grosman Z, Cohen HA. Pediatrician attitudes to exclusion of ill children from child-care centers in Israel: pressure on ambulatory practices. Pat Educ Counseling 2006;60:164-70.
19. Hashikawa AN, Juhn YJ, Nimmer M, et al. Unnecessary child care exclusions in a State that endorses National exclusion guidelines. Pediatrics 2010;125(5):1003-9 (doi:10.1542/peds.2009-2283).\*
20. Decreto-Regulamentar da fixação dos períodos de evicção escolar por virtude de doenças infetocontagiosas; Decreto-Regulamentar n.º 3/95, do «Diário da República», I Série-B, n.º 23, de 27 de janeiro de 1995.

**Agradecimento:** Ao Dr. Eugénio Cordeiro, médico de Saúde Pública da ARS de Coimbra, pela leitura crítica deste documento.

Comentários do médico de Saúde Pública, Dr. Eugénio Cordeiro, assinalados no texto nas notas a), b), c) e d).

## Decreto-Regulamentar da fixação dos períodos de evicção escolar por virtude de doenças infecto-contagiosas

Decreto-Regulamentar nº 3/95, do «Diário da República», I Série-B, nº 23, de 27 de Janeiro de 1995

«É necessário que se mantenham permanentemente actualizadas as medidas de saúde pública tendentes à promoção e à protecção da saúde, nomeadamente através da análise epidemiológica das causas e dos factores de risco subjacentes às doenças transmissíveis».

«A lista das doenças transmissíveis que originam evicção escolar encontra-se desactualizada face à evolução das condições epidemiológicas e aos avanços verificados nos campos da prevenção e da terapêutica...».

**Artigo 1º** - São afastados temporariamente da frequência escolar e demais actividades desenvolvidas nos estabelecimentos de educação e de ensino os discentes, pessoal docente e não docente quando atingidos pelas seguintes doenças:

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Difteria;</li> <li>b) Escarlatina e outras infecções naso-faríngeas por estreptococo hemolítico do grupo A;</li> <li>c) Febres tifóide e paratifóide;</li> <li>d) Hepatite A;</li> <li>e) Hepatite B;</li> <li>f) Impétigo;</li> <li>g) Infecções meningocócicas – meningite e sepsis;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>h) Parotidite epidémica;</li> <li>i) Poliomielite</li> <li>j) Rubéola;</li> <li>l) Sarampo;</li> <li>m) Tinha;</li> <li>n) Tosse convulsa;</li> <li>o) Tuberculose pulmonar;</li> <li>p) Varicela.</li> </ul> |
|---|--|

**Art. 2º** - São afastados temporariamente da frequência escolar e demais actividades desenvolvidas nos estabelecimentos de educação e de ensino os discentes, pessoal docente e não docente nas situações em que coabitem ou tenham contactos com indivíduos atingidos pelas seguintes doenças:

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Difteria;</li> <li>b) Poliomielite;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>c) Tosse convulsa;</li> <li>d) Infecções meningocócicas – meningite e sepsis.</li> </ul> |
|--|---|

**Art. 3º** - Os prazos de afastamento temporário da frequência escolar dos indivíduos atingidos pelas doenças referidas no artigo 1º são as seguintes:

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>a) <b>Difteria</b> – o afastamento deve manter-se até à apresentação de duas análises negativas dos exsudados nasal e faríngeo, feitas com o mínimo de vinte e quatro horas de intervalo e após vinte e quatro horas de suspensão do tratamento antimicrobiano;</li> <li>b) <b>Escarlatina e outras infecções naso-faríngeas por estreptococo hemolítico do grupo A</b> – o afastamento deve manter-se até à cura clínica, devendo, contudo, terminar após a apresentação de análise do exsudado naso-faríngeo negativa para o estreptococo hemolítico do grupo A, excepto no caso de início de antibioticoterapia correcta, comprovada por declaração médica, em que o afastamento termina vinte e quatro horas após o início do tratamento;</li> <li>c) <b>Febre tifóide e paratifóide</b> – o afastamento deve manter-se pelo menos durante quatro semanas após o início da doença e até à apresentação de três análises de fezes negativas, colhidas com um mínimo de vinte e quatro horas de intervalo e não antes de quarenta e oito horas após a interrupção da terapêutica antibiótica; se as análises se mantiverem positivas, o afastamento poderá ser suspenso de acordo com a apresentação de declaração comprovativa da autoridade de saúde concelhia;</li> <li>d) <b>Hepatite A</b> – o afastamento deve manter-se pelo menos durante sete dias após o início da doença ou até ao desaparecimento da icterícia, quando presente;</li> <li>e) <b>Hepatite B</b> – o afastamento deve manter-se nos casos de doença aguda e até à cura clínica; nos portadores crónicos com ou sem doença hepática activa deve manter-se também o afastamento quando se verificarem dermatoses exsudativas ou coagulopatias com tradução clínica e em fase de hemorragia activa;</li> <li>f) <b>Impétigo</b> – o afastamento deve manter-se até à cura clínica ou até à apresentação de declaração médica comprovativa da não existência de risco de contágio;</li> <li>g) <b>Infecções meningocócicas (meningite e sepsis)</b> – o afastamento deve manter-se até à cura clínica;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>h) <b>Parotidite epidémica</b> – o afastamento deve manter-se por um período mínimo de nove dias após o aparecimento da tumefacção glandular;</li> <li>i) <b>Poliomielite</b> – o afastamento deve manter-se até ao desaparecimento do vírus nas fezes, comprovado através de análise;</li> <li>j) <b>Rubéola</b> – o afastamento deve manter-se pelo período mínimo de sete dias após o início do exantema; em função do risco de contágio deve proceder-se ao afastamento das mulheres grávidas com menos de 20 semanas de gestação, até ao esclarecimento dos resultados serológicos para o vírus da rubéola, e quando estas não se encontrem imunologicamente protegidas;</li> <li>l) <b>Sarampo</b> – o afastamento deve manter-se pelo período mínimo de quatro dias após o início do exantema;</li> <li>m) <b>Tinha</b> – o afastamento deve manter-se nos casos de tinha do couro cabeludo até à apresentação de declaração médica comprovativa de que o doente está a efectuar o tratamento adequado. No caso de tinha dos pés, unhas e outras localizações cutâneas é obrigatória a exclusão de actividades ou de locais de maior perigo de contágio, nomeadamente piscinas e balneários, até à cura clínica ou até à apresentação de declaração médica comprovativa de ausência de risco de contágio;</li> <li>n) <b>Tosse convulsa</b> – o afastamento deve manter-se durante cinco dias após o início da antibioticoterapia correcta. Na ausência de tratamento deve manter-se o afastamento pelo período de 21 dias após o estabelecimento dos acessos paroxísticos de tosse;</li> <li>o) <b>Tuberculose pulmonar</b> – o afastamento deve manter-se até à apresentação de declaração médica comprovativa de ausência de risco de contágio passada com base no exame bacteriológico;</li> <li>p) <b>Varicela</b> – o afastamento deve manter-se durante um período de cinco dias após o início de erupção.</li> </ul> |
|--|--|

**Art. 4º** - Os prazos de afastamento dos indivíduos que coabitem ou tenham contactos com os atingidos pelas doenças referidas no artigo 2º são os seguintes:

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>a) <b>Difteria</b> – o afastamento deve manter-se durante sete dias, podendo, contudo, terminar antes desse prazo, mediante a apresentação de duas análises negativas dos exsudados nasal e faríngeo colhidas com, pelo menos, vinte e quatro horas de intervalo;</li> <li>b) <b>Poliomielite</b> – o afastamento deve manter-se até à comprovação de ausência de vírus nas fezes nos indivíduos não correctamente vacinados;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>c) <b>Tosse convulsa</b> – o afastamento deve manter-se durante um período mínimo de cinco dias após o início da antibioticoterapia profiláctica adequada, nos indivíduos com menos de 7 anos de idade e não correctamente vacinados;</li> <li>d) <b>Infecções meningocócicas (meningite e sepsis)</b> – o afastamento deve manter-se até à apresentação de declaração médica comprovativa do início da quimioprofilaxia adequada.</li> </ul> |
|---|--|

# Critérios de exclusão de crianças das creches, dos jardins de infância e das escolas por virtude de doenças infecciosas

*Temporary exclusion criteria of children from day-care centers and schools due to infectious diseases*

Manuel Salgado

## Resumo

A exclusão temporária ou evicção temporária (ET) de crianças das creches, jardins de infância, escolas (CJIE) e das instituições de desporto e/ou lazer, em virtude de doenças infecciosas agudas benignas (DIAB), é uma problemática diária das famílias, das instituições empregadoras e dos profissionais de educação e de saúde.

Em países com regras bem definidas de exclusão e inclusão destas crianças, por cada ET adequadamente proposta, outras seis são desnecessárias. Na ausência de critérios bem definidos de ET, a exclusão desnecessária será substancialmente maior.

A ET pelas DIAB são responsáveis por mais de 40% do absentismo dos pais ao trabalho (APT). Este é frequentemente responsável por divergências e conflitos entre os pais, os profissionais de educação das CJIE e os profissionais de saúde, sobre o real estado de saúde das crianças com DIAB.

O APT devido às DIAB dos filhos é oneroso para as famílias, para as instituições empregadoras e para o país. Em Portugal, onde a palavra de ordem atual é poupar, será imperativo criarem-se critérios de ET uniformes e justos, de aplicação universal e responsável, de forma a minimizar a ET desnecessária. Mas isso só será possível se esses critérios forem elaborados numa ação concertada, de peritos cientificamente atualizados, e nomeados pelos diferentes Ministérios Portugueses envolvidos nesta problemática, sem esquecer os profissionais de educação.

**Palavras-chave:** doenças infecto-contagiosas, evicção, infantil, creche, escola, piscina, educadores de infância, absentismo.

## Summary

The temporary exclusion of children from day-care centers, schools and sportive and leisure recreation centers due to benign acute infectious diseases (BAID) is a daily problem for families, businesses and institutions and the educational facilities professionals.

In countries with well defined exclusion and inclusion criteria from participation in day-care centers and schools, for each child rightly excluded, six others children with BAID are unduly obliged to exclusion as well. When there are no rules in these education or sports centers, excessive exclusion is usually higher.

The BAID are responsible for more than 40% of parents' work absenteeism. This is a frequent cause of different opinions and conflicts between parents, the daycare staff, and health professionals.

Parents' absenteeism from work due to BAID of their children is onerous for families, businesses institutions and for the countries. In Portugal, at a time of economic restrain, it is very important to avoid unduly expenses, and it is imperative to elaborate the daycare and school exclusion criteria to minimize the erroneous exclusions and their consequences. Universal and responsible application of the exclusion criteria in schools and daycare centers is fundamental to obtain this objective. Only a concerted action by all Portuguese Ministries involved, will allow the creation of uniform and fair criteria of school and childcare eviction, by scientific updated experts, without forgetting the educational professionals.

**Keywords:** infectious diseases, contagious, eviction, day-care centre, childcare, school, swimming-pool, absenteeism.

## ACRÓNIMOS

AAP	– American Academy of Pediatrics
APHA	– American Public Health Association
APT	– absentismo dos pais ao trabalho
CJI	– Creches e jardins-de-infância
CJIE	– Creches jardins-de-infância e escolas
DIAB	– Doença(s) infecciosa(s) aguda(s) benigna(s)
DIC	– Doenças infectocontagiosas
ET	– Evicção temporária

EUA	– Estados Unidos da América
FFCG	– Fédération Fribourgeoise des Crèches et Garderies (Suíça)
Hib	– <i>Haemophilus influenzae</i> do tipo B
IDL	– Instituições de desporto e/ou de lazer
NHMRCAG	– National Health and Medical Research Council, Australian Government
PE	– Profissionais de educação
PS	– Profissionais de saúde

## 1. Definição de evicção temporária

Por **evicção temporária** (ET) em virtude de doenças infectocontagiosas (DIC) deverá entender-se «o afastamento temporário legal dos alunos de uma escola, por motivo de doença infecto-contagiosa, sem dar lugar a faltas» <sup>(1,2)</sup>. Especificamente, **evicção** significa exclusão ou

afastamento temporário, de forma a prevenir ou a minimizar os contágios nas creches e jardins de infância (CJI), nas escolas e nas instituições de desporto e/ou de lazer (IDL) <sup>(1-5)</sup>.

## 2. Incidência das doenças infecto-contagiosas nas creches e jardins de infância

São conhecidos cerca de 1.000 vírus capazes de induzir doenças em humanos <sup>(6)</sup>. A agregação de crianças nas CJI e escolas facilita e potencia a transmissão de vírus e de bactérias dumas crianças para as outras <sup>(1-9)</sup>.

Comparativamente às crianças que ficam ao cuidado dos familiares, as que frequentam regularmente as CJI adoececem pelo menos 2 a 3 vezes mais vezes com doenças infecciosas agudas benignas (DIAB) <sup>(2-5,9-14)</sup>, em especial nos meses de inverno <sup>(9,15,16)</sup>.

As DIAB mais comuns nas creches, jardins de infância e escolas (CJIE), são as rinofaringites, as bronquiolites, as dispneias associadas à asma induzidas por vírus, as broncopneumonias, as pneumonias, as otites médias agudas, as gastroenterites agudas, as conjuntivites, os exantemas virais, e as febres e/ou as tosse e/ou os vômitos de etiologia presumivelmente viral, a amigdalite estreptocócica, a varicela e o impetigo <sup>(2-5,10,11,17-20)</sup>.

As DIAB são mais frequentes nos primeiros dois a três anos após o ingresso nas CJI <sup>(3,4,9-13,17-20)</sup>, totalizando uma média de 6 a 9 DIAB por ano <sup>(3,10-15,19-21)</sup>, mas com uma incidência inversamente proporcional à idade <sup>(10,19,20)</sup> (Tabela I). Num estudo Finlandês, a duração média das DIAB foi de 4,7 dias, tendo sido de 5,8 dias no primeiro ano de vida <sup>(10)</sup>.

Tabela I • Incidências anuais médias dos episódios das doença(s) infecciosa(s) aguda(s) benigna(s) (DIAB) nas CJIE em função da idade

Anos de vida	Pönkä <sup>(10)</sup>	Cordell <sup>(20)</sup>
1º ano	11,1	12,4
2º ano	9,1	10,7
3º ano	6,6	7,6
4º ano	4,8	4,6
5º ano	3,8	4,0
≥5 anos	3,2	2,8
Média (0-10 anos)	4,9	≈ 6,0

Nas crianças com idades mais jovens que frequentam CJI, é significativo o número de infeções por ano. No primeiro ano de vida, as crianças que frequentam creches poderão atingir uma média de 11 a 12 infeções por ano <sup>(10,20)</sup>. Num estudo com 1.050 crianças francesas a frequentar creches, o número máximo de DIAB adquiridas por algumas crianças, foi de 19 em 10 meses <sup>(22)</sup>.

Em situações extremas, no primeiro ano de admissão nas CJI, algumas crianças poderão totalizar duas novas doenças infecciosas agudas sintomáticas por mês <sup>(22)</sup>.

Com o aumento da idade, assiste-se a uma redução progressiva das DIAB (Tabela I) <sup>(10,19,20)</sup>. Contudo, as crianças que nunca frequentaram CJI antes dos 3 anos de idade, quando ingressam no jardim de infância ou na escola, inicialmente contraem um número significativamente superior de DIAB comparativamente às que foram residentes nos anos anteriores <sup>(3,9)</sup>.

## 3. Incidência do absentismo às creches e jardins de infância por doenças infecciosas agudas

Considera-se **absentismo por DIAB** a não comparência à estadia programada ou o abandono das CJIE pela presença de pelo menos um sinal e/ou sintoma compatível com uma doença infecciosa <sup>(19,20)</sup>.

A taxa anual média de absentismo por episódios de DIAB (e não por dias de doença), foi respetivamente de 4,9 episódios / ano na Finlândia <sup>(10)</sup> e de 3,3 episódios / ano na Austrália <sup>(23)</sup>, sendo maior nos primeiros dois anos de vida <sup>(19,20,24,25)</sup>.

Como apenas 25% dos episódios de ET foi de apenas uma dia, mas 12,5% duraram entre 6 a 10 dias <sup>(24)</sup> (num estudo sueco), a média e o total de dias de ET por criança será significativamente maior <sup>(24,25)</sup> do que a taxas anuais médias de absentismo atrás referidas <sup>(10,23)</sup>.

Num estudo finlandês, no ano letivo 1985-1986, a taxa anual de absentismo nas CJIE, em dias, foi de 11,4 dias, com extremos de 4,8 dias entre os 7 e os 10 anos de idade, e de 20,2 dias nos dois primeiros anos de vida <sup>(25)</sup>. Noutros estudos alargados, da autoria do mesmo primeiro autor (Cordell RL) <sup>(19,20)</sup>, realizados nos Estados Unidos da América (EUA) entre 1992 e 1994, o absentismo anual médio nas CJIE, em dias, foi de 4,6 dias (extremos de 2,8 e 8,2 dias) <sup>(19)</sup> e de 3,9 dias (extremos de 1,9 e 4,5 dias) <sup>(20)</sup>, sendo maior nas idades mais jovens como seria previsível <sup>(19,20,25)</sup>.

A taxa de absentismo anual das crianças às CJIE, por DIAB, em dias, é diferente de instituição para instituição e de país para país <sup>(19,20,23-26)</sup>, variando de médias de 3,9 dias <sup>(20)</sup> a 11,4 dias <sup>(25)</sup>, com extremos entre os 1,9 dias <sup>(20)</sup> e os 20,2 dias <sup>(25)</sup>, com a maior taxa a verificar-se nos primeiros dois anos de vida <sup>(25)</sup>.

As diferenças nas taxas de absentismo de instituição para instituição <sup>(19,20,23-26)</sup>, refletirá a adoção de diferentes critérios de ET, de país para país, e de instituição para instituição <sup>(26)</sup>.

Para o mesmo número de DIAB, a taxa e o número de dias de absentismo por DIAB das crianças que frequentam as CJIE, é pelo menos duas a três vezes maior do que o verificado tanto em acolhimentos familiares com apenas 3 a 6 crianças (Suécia) <sup>(24)</sup>, como nas instituições nos com menos de 12 crianças (EUA) <sup>(19,20)</sup>.

A maior tolerância às DIAB dos profissionais dos acolhimentos familiares, comparativamente aos profissionais de educação (PE) das CJIE, reflete-se numa significativa redução da ET das crianças nas pequenas instituições comparativamente às CJIE <sup>(19,20,24,26)</sup>.

A formação aos PE em questões básicas de saúde, poderá reduzir significativamente o absentismo por DIC/DIAB nas CJIE. Um estudo recente, realizado nos EUA, com a utilização de telemedicina, verificou-se uma diminuição de 63% de ET nessas CJIE <sup>(27)</sup>.

A maioria das DIAB não justifica obrigar à ET das crianças das CJIE. Se as DIAB não perturbarem, nem a participação confortável das crianças nas atividades do grupo e/ou não requerem, dos PE, maior disponibilidade do que estes podem proporcionar, sem o risco de comprometer a saúde e a segurança das restantes crianças, essas crianças com doenças benignas poderão continuar a frequentar as CJIE <sup>(2-5,19,20)</sup>.

Contudo, a frequente intransigência dos PE de muitas das CJIE, exigindo a ET de forma arbitrária, transformam as DIAB num elevado peso económico para as famílias, para as entidades empregadoras e para o país <sup>(14,16,19,20,21,24,28,29)</sup>.



#### 4. Repercussões sociais da evicção desnecessária de crianças das CJIE

Em Portugal e em países desenvolvidos, tem sido crescente o aumento do número de mulheres no mercado de trabalho. Nestes, mais de 70% das mães de crianças com menos de 5 anos de idade trabalham fora de casa <sup>(30-32)</sup>.

São muito consideráveis os custos familiares e sociais da ET das crianças das CJIE por virtude das DIAB. Nos cálculos dever-se-á ter em conta os custos diretos da ET (consultas médicas e medicações) e os custos indiretos: absentismo dos pais ao trabalho (APT), despesa com as viagens e os encargos com outros prestadores de cuidados aos filhos em substituição das CJIE <sup>(16,21,25,27-29)</sup>.

Estudos internacionais, alguns não recentes, constataram:

- Na década de 80, mais de 40% do APT devia-se às DIAB dos filhos <sup>(28)</sup>; O APT representou o principal componente do total dos custos com a ET das crianças das CJIE <sup>(16,25,28,29)</sup>.
- Muitos pais têm dificuldades laborais devido às DIAB dos filhos, com repercussões na carreira profissional e/ou académica; muitos não têm nem possibilidade, nem disponibilidade para recorrer ao médico sempre que os filhos adoecem <sup>(33,34)</sup>.

Num trabalho realizado nos EUA, e publicado em 2008, a vontade de não faltar ao trabalho e/ou às atividades escolares, pesou mais na decisão dos pais em recorrer aos cuidados de saúde por DIAB dos filhos, do que as reais preocupações com o seu estado de saúde <sup>(33)</sup>.

#### 5. Razões e consequências das divergências entre os profissionais de educação, os pais e os profissionais de saúde

Num inquérito realizado a 95 educadores de infância portugueses, em Dezembro de 2006 e Janeiro de 2007 <sup>(35)</sup>, constatou-se o desconhecimento de noções básicas sobre DIC / DIAB e da legislação portuguesa sobre «evicção escolar» (Quadro I).

Quadro I • Resultados dum inquérito realizado em Dezembro 2006 a 95 educadores de infância do distrito de Aveiro <sup>(35)</sup>.

- 95% desconhecia o teor do decreto regulamentar 3/95-27.01.1995 sobre evicção escolar <sup>(1)</sup>;
- Mais de 70% não tiveram qualquer formação em questões de saúde;
- A larga maioria fazia confusão entre doenças e sinais e sintomas das mesmas;
- A larga maioria não distinguia as doenças contagiosas das doenças não contagiosas;
- Mais de 35% desconhecia os significados de período de contágio e de período de incubação;
- A larga maioria recomendava a evicção baseada no «seu bom senso», em experiências prévias, na pressão dos familiares, etc.

As lacunas na formação em noções básicas de saúde pelos PE das CJIE, com a consequente adoção arbitrária e não uniformidade de critérios de ET, são também uma realidade noutros países, condicionando frequentes divergências entre pais, os PE das CJIE e os profissionais de saúde (PS) <sup>(36-46)</sup>.

Nas instituições em que a gestão da ET é orientada exclusivamente pelos PE – baseados em experiências prévias, no «bom senso», na pressão dos pais, etc. – a relação exclusão indevida / exclusão adequada é substancialmente maior <sup>(35-46)</sup>.

Em países com regras bem definidas de evicção de crianças das CJIE e das IDL, por cada criança justificadamente excluída, outras 6 crianças são indevidamente excluídas <sup>(45)</sup>. Na ausência do cumprimento de Normas regulamentadas, criadas por peritos atualizados, a ET desnecessária será substancialmente maior.

Contudo, mesmo em países com Normas bem definidas de ET das crianças das CJIE, é muito frequente o incumprimento das mesmas <sup>(36,45,46)</sup>. O desconhecimento da existência e do teor dessas Normas, pelos PE das CJIE, pelos pais e até pelos PS, justifica o frequente incumprimento <sup>(45,46)</sup>. Num estudo realizado nos EUA, mais 70% dos inquiridos por grupo profissional (pais, PE e PS) desconheciam o conteúdo das Normas de ET das crianças das CJIE <sup>(45)</sup>. Naturalmente que o incumprimento dessas Normas é maior se os diretores das CJIE tiverem menos experiência do cargo, menos conhecimentos sobre noções básicas em saúde e desconhecerem essas Normas <sup>(36,44)</sup>.

#### 6. Razões do insucesso da propagação das DIAB pela evicção individual

Embora a generalidade das doenças infecciosas agudas sejam contagiosas <sup>(2-8,46-49)</sup>, a larga maioria são benignas e autolimitadas e só algumas são potencialmente graves <sup>(2,3,49)</sup>. Só estas últimas justificam a adoção sistemática da ET dos doentes <sup>(2-5,49)</sup>, seja pela gravidade e elevado risco de contágio (são exemplos a tuberculose pulmonar e a tosse convulsa), ou somente pela potencial gravidade, e menos pelo risco de contágio, de que é exemplo a doença meningocócica <sup>(2,3,49)</sup>.

Em relação à doença meningocócica, o risco de um segundo caso (criança ou adulto) nas CJIE nos contactos íntimos (mesma sala e/ou convívio entre si a menos de 1,5 metros de distância nos últimos 10 dias) é inferior a 3% <sup>(2,49)</sup>.

Da maior abrangência nas exclusões das crianças das CJIE não se verificam reais benefícios, nem para as crianças excluídas, nem para os conviventes destas <sup>(2,12,13,16,18-21,36-45)</sup>.

A ET das crianças e dos adultos com DIAB das CJIE e das IDL, só se justificará se essa exclusão diminuir os casos secundários <sup>(2,3,7,13,42,50)</sup>. Na prática, e pelas razões indicadas no Quadro II, não é o que acontece no dia a dia.

Quadro II • Razões do frequente insucesso na prevenção dos contágios de agentes infecciosos pela exclusão temporária de crianças das CJIE e das IDL (1-8,12,13,18,26,30,31,42,47,51)

- A maioria dos contágios dos agentes infecciosos das DIC/DIAB:
  - a) Iniciam-se um a três dias antes do início dos sintomas;
  - b) Prolongam-se por vários dias a várias semanas após a resolução das manifestações clínicas;
  - c) Podem ter origem em indivíduos pouco sintomáticos ou em portadores-sãos (indivíduos colonizados sem sintomas);
- As **fomites** – as superfícies ou objetos inanimados, porosos ou não porosos, contaminados com agentes infecciosos – são uma das principais formas de contágio dos agentes infecciosos nas CJIE e nas IDL.

## 7. Critérios de exclusão das crianças das CJIE por virtude das DIAB

A discussão dialética da evolução dos conhecimentos, justifica as atualizações e as consequentes periódicas modificações das Nor-

mas previamente estabelecidas sobre ET <sup>(1)</sup>. Essa foi a razão que levou o *American Academy of Pediatrics* (AAP) modificar os critérios de ET das CJIE sobre conjuntivites, gripe e gastroenterites no livro «Managing Infectious Diseases in Child Care and Schools. A Quick Reference Guide», da primeira edição (2005) <sup>(52)</sup> para a segunda (2009) <sup>(3)</sup>.

Nos Quadros III e IV são discriminadas as recomendações sobre ET de crianças das CJIE, baseadas em consensos de peritos da *Fédération Fribourgeoise des Crèches et Garderies* (FFCG) Suíça <sup>(2,53)</sup>; da AAP <sup>(3,30,31,50,54)</sup>; da *American Public Health Association* (APHA) <sup>(4)</sup> e do *National Health and Medical Research Council, Australian Government* (NHMRCAG) <sup>(5)</sup>.

De país para país não existe unanimidade na adoção dos critérios de ET das DIC e DIAB, com algumas doenças – tais como varicela, a parotidite epidémica e a hepatite A – a serem motivo sistemático de ET das CJIE nos EUA <sup>(3)</sup> e na Austrália <sup>(2-4)</sup>, mas não na Suíça <sup>(2,53)</sup> (Tabela II), nem no Canadá <sup>(55)</sup>.

Quadro III • Critérios de exclusão temporária de crianças das CJIE e IDL por motivo de DIA – baseados nas recomendações da FFCG (Suíça) <sup>(2,53)</sup>, do AAP <sup>(3,12,18,30,31,50,54)</sup>, da APHA <sup>(4)</sup> e do NHMRCAG <sup>(5)</sup>:

- A – Doenças que, pela interpretação dos profissionais de educação (PE), impeçam a participação da criança nas atividades de grupo:** <sup>(i,ii)</sup>
- B – Doenças que exigem mais cuidados dedicados à criança doente do que os profissionais de educação da instituição podem proporcionar, com risco de comprometer a saúde e a segurança das restantes crianças;** <sup>(i,ii)</sup>
- C – Doenças com risco acrescido de contágio e consequente doença às restantes crianças** Uma vez que existem atualizações recentes sobre este grupo de doenças, na Tabela II, de forma comparativa, discriminam-se as recomendações atuais da FFCG <sup>(2)</sup> e da AAP <sup>(3)</sup>.
- D – Presença dos seguintes sinais e/ou sintomas cuja intensidade ou potencial gravidade exijam cuidados médicos e/ou vigilância apertada:** <sup>(ii,iii)</sup>
  - ◊ **Mau julgamento clínico** – «Parecer estar muito doente» <sup>(ii)</sup>; mau aspeto;
  - ◊ **Febre associada a:** <sup>(ii)</sup>
    - Idade inferior a 4 meses;
    - Alteração do comportamento e/ou do estado de consciência;
    - Prostração <sup>iv</sup>;
    - Vômitos repetidos / incoercíveis;
    - Exantema / erupção de início muito recente;
    - Petéquias, equimoses;
    - Convulsão.
  - ◊ **Sintomas ou sinais de doença potencialmente grave e/ou perturbadora do bem-estar** <sup>(iii)</sup>:
    - Prostração <sup>iv</sup>;
    - Letargia (≈ excessivamente sonolento e pouco reativo);
    - Gemido, choro ou irritabilidade mantidos ou intermitentes;
    - Dores mantidas, intermitentes e/ou intensas, em qualquer local;
    - Convulsão;
    - Sonolência progressiva ou excessiva;
    - Rigidez da nuca;
    - Exantema associado a febre e/ou a alteração do comportamento e/ou do estado de consciência <sup>(iii)</sup>;
    - Sinais de dificuldade respiratória: polipneia, adejo nasal, gemido expiratório, tiragem;
    - Incapacidade em falar;
    - Tosse perturbadora para a criança;

- Sangue nas fezes (retorragia) ou melenas;
- Vômitos repetidos (2 ou mais nas 24 horas prévias) ou com sangue;
- Diarreia profusa (muitas dejeções por dia ou dejeções muito volumosas) <sup>v</sup>;
- Sede intensa e/ou outros sinais de desidratação;
- Icterícia;
- Melenas e/ou retorragias
- Aftas orais / inflamação na boca com sialorreia <sup>(ii)</sup>.

**i) Os profissionais de educação (PE) deverão especificar o grau de severidade das manifestações das doenças em 3 graus** <sup>(30)</sup>:

- **Grau 1:** a criança apesar de estar doente, manifesta interesse pelas atividades e tem envolvimento total nas mesmas, e não apresenta sintomas sistémicos de doença (exemplos exantema macular não febril, varicela não febril);
- **Grau 2:** a criança reduz a sua atividade habitual normal, pela presença de sintomas sistémicos – por exemplo por ter febre – mas volta a interessar-se pelas atividades do grupo algum tempo após a administração do antipirético;
- **Grau 3:** a criança manifesta pouca vivacidade e atividade, com sinais e/ou sintomas que impedem o seu envolvimento nas atividades do grupo <sup>(30)</sup>.

**ii) Se os pais e os PE das instituições discordarem nas razões para a exclusão, e estas assentarem nas capacidades da criança para participar ou na disponibilidade dos PE em assegurar as atividades educativas às restantes crianças, os PE são soberanos na sua decisão, não podendo os pais exigir aos PE a responsabilidade de aceitar a criança e de lhes assegurar os cuidados e a vigilância, durante o período em que a criança cumpre os critérios dos PE para a ET** <sup>(3,4,30)</sup>. Se a razão para a exclusão se dever a potencial DIC que ponha em risco as outras crianças do grupo, e existirem diferentes opiniões por profissionais de saúde <sup>(3,4,30)</sup>, caberá à Autoridade de Saúde a decisão final <sup>(1,30)</sup>.

**iii) Exceto se um profissional de saúde determinar que a situação clínica não exige a exclusão** <sup>(2-4,31)</sup>.

**iv) Por prostração** deverá entender-se, estando acordado, comportar-se na alma e no corpo como se estivesse a dormir;

**v) As gastroenterites agudas são 17 vezes mais frequentes nas crianças que usam fraldas comparativamente às que já têm controlo dos esfíncteres** <sup>(18)</sup>.

Tabela II • **Recomendações da FFCG (2011) <sup>(2,53)</sup> e do AAP (2009) <sup>(3)</sup> sobre as doenças com risco acrescido de contágio e consequente doença às restantes crianças** (desde que o estado geral da criança o permita e não se aplique nenhuma das recomendações do Quadro III). **Que doenças infecciosas exigem evicção temporária?**

	Recomendações da AAP <sup>(3)</sup> (2009)	Recomendações da FFCG <sup>(2,53)</sup> (2011)
<b>Amigdalite estreptocócica</b>	<b>Sim</b> , até 24 horas após o início do tratamento antibiótico e fim da febre	<b>Sim</b> ; até 24 horas após o início do tratamento antibiótico
<b>Conjuntivite bacteriana / banal</b>	<b>Não</b> ; nem medicação <sup>a)</sup>	<b>Não</b> ; recomendado tratamento com antibiótico tópico
<b>Conjuntivite por adenovírus <sup>a)</sup></b>	<b>Sim</b>	<b>Sim</b> ; até declaração médica de que não representa risco de contágio <sup>a)</sup>
<b>Cólera</b>	Omisso <sup>b)</sup>	<b>Sim</b> ; até à declaração médica de que não representa risco de contágio <sup>b)</sup>
<b>Dermatite perianal estreptocócica</b>	Omisso	<b>Sim</b> ; até 24 horas após o início do tratamento antibiótico
<b>Diarreia – gastroenterite aguda (GEA) (ver exceções)</b>	<b>Sim</b> se as dejeções saírem da fralda, a criança não controla as fezes ou se se aplicar qualquer dos critérios A, B ou D do Quadro IV; <b>Não</b> nas restantes situações	<b>Sim</b> , até parar a diarreia mas não é obrigatório; <b>Não</b> se a instituição tem capacidades de assegurar os cuidados higiénicos;
<b>Diarreia aguda por <i>Salmonella spp</i>, <i>Shigella spp</i></b>	<b>Sim</b> se as dejeções saírem da fralda, a criança não controla as fezes ou se se aplicar qualquer dos critérios A, B ou D do Quadro IV; <b>Não</b> nas restantes situações	<b>Sim</b> , até parar a diarreia mas não é obrigatório; <b>Não</b> se a instituição tem capacidades de assegurar os cuidados higiénicos;
<b>Diarreia aguda a norovírus</b>	Omisso	<b>Sim</b> ; até 48 horas após terminar a diarreia
<b>Escabiose (sarna)</b>	<b>Sim</b> até que seja iniciado o tratamento (de um dia para o outro)	<b>Sim</b> até que seja iniciado o tratamento (de um dia para o outro)
<b>Escarlatina</b>	<b>Sim</b> ; até 24 horas após o início do tratamento antibiótico	<b>Sim</b> ; até 24 horas após o início do tratamento antibiótico
<b>Febre tifóide</b>	Omisso	<b>Sim</b> ; até ao fim da diarreia; menos tempo se a instituição tem capacidades de assegurar os cuidados higiénicos.
<b>Furunculose</b>	<b>Não</b> ; <b>Sim</b> se lesões expostas	<b>Sim</b> ; até 24 horas após o início do tratamento antibiótico.
<b>Giardíase sintomática</b>	<b>Sim</b> se as dejeções saírem da fralda, a criança não controla as fezes ou se se aplicar qualquer dos critérios A, B ou D do Quadro IV; <b>Não</b> nas restantes situações	<b>Sim</b> ; até ao fim da diarreia; menos tempo se a instituição tem capacidades de assegurar os cuidados higiénicos.
<b>Hepatite A</b>	<b>Sim</b> ; até uma semana após o início da doença	- Se < 5 anos de idade: <b>sim</b> até 6 dias após o início das queixas; - Se ≥ 5 anos; <b>não</b> <sup>c)</sup>
<b>Impétigo</b>	<b>Sim</b> ; até 24 horas após o início do tratamento antibiótico; igual no caso de <i>Staphylococcus aureus</i> metilino-resistente	<b>Sim</b> ; até 24 horas após o início do tratamento antibiótico; no caso de <i>Staphylococcus aureus</i> metilino-resistente a evicção está indicada até declaração médica de que não representa risco de contágio.
<b>Meningite / doença meningocócica</b>	<b>Sim</b> ; imediatamente que haja suspeita; profilaxia dos contactos íntimos <sup>d)</sup>	<b>Sim</b> ; imposta pela gravidade da doença e não pelo risco de contágio (risco de um segundo caso < 3%).
<b>Meningites bacterianas por <i>Streptococcus pneumoniae</i> e <i>Haemophilus influenzae</i> do tipo b</b>	<b>Sim</b> ; não diferencia a doença meningocócica das meningites não meningocócicas. Mas em regra a criança está incapaz de frequentar as CJIE e as escolas <sup>b), e)</sup>	<b>Não</b> ; mas em regra a criança está incapaz de frequentar as CJIE e as escolas <sup>b), e)</sup> .
<b>Parotidite epidémica</b>	<b>Sim</b> ; até 5 dias após início da tumefação	<b>Não</b> ; assegurar da imunidade ou do cumprimento da vacinação com duas doses nas restantes crianças e nos profissionais de educação;
<b>Pediculose</b>	<b>Sim</b> (mas pode esperar até ao fim do dia em que foi detetado) e até que seja iniciado o tratamento	<b>Sim</b> (mas pode esperar até ao fim do dia em que foi detetado) e até que seja iniciado o tratamento
<b>Pneumonia bacteriana</b>	<b>Não</b> <sup>b)</sup>	<b>Não</b> ; igual à das meningites não meningocócicas; <sup>b)</sup>
<b>Rubéola</b>	<b>Sim</b> ; até 7 dias após o início do exantema	<b>Não</b> ; assegurar o cumprimento da vacinação das restantes crianças e dos profissionais de educação;
<b>Sarampo</b>	<b>Sim</b> ; até 4 dias após o início do exantema	<b>Sim</b> ; até 4 dias após o início do exantema
<b>Tinha</b>	<b>Sim</b> (mas pode esperar até ao fim do dia em que foi detetado) e até que seja iniciado o tratamento	<b>Sim</b> (mas pode esperar até ao fim do dia em que foi detetado) e até que seja iniciado o tratamento; se <b>tinha plantar</b> , justifica-se a <b>evicção das piscinas até à cura</b>
<b>Tosse convulsa</b>	<b>Sim</b> ; até 5 dias após início de tratamento adequado	<b>Sim</b> ; até 5 dias após início de tratamento adequado
<b>Tuberculose pulmonar</b>	<b>Sim</b> ; até declaração médica de que iniciou tratamento adequado e não representa risco de contágio; <sup>d)</sup>	<b>Sim</b> ; até à declaração médica de que iniciou tratamento adequado e não representa risco de contágio; <sup>d)</sup>
<b>Tuberculose extra pulmonar</b>	Omisso <sup>d)</sup>	<b>Não</b> ; <sup>d)</sup>
<b>Tuberculose latente (viragem tuberculínica)</b>	Omisso <sup>d)</sup>	<b>Não</b> ; <sup>d)</sup>
<b>Varicela</b>	<b>Sim</b> ; até que todas as lesões fiquem em crosta (geralmente 6 dias após início do exantema).	<b>Não</b> <sup>f)</sup>
<b>Vírus da imunodeficiência humana (SIDA)</b>	<b>Não</b> ; exceto se se aplicar qualquer dos critérios A, B ou D do Quadro IV;	<b>Não</b>
<b>Zona (herpes zooster)</b>	<b>Não</b> , exceto se as lesões estiverem expostas	<b>Não</b> <sup>f)</sup>

a) Conjuntivite ou queratoconjuntivite epidémica por adenovírus, febre faringoconjuntival – o adenovírus – o período de contágio dura até 14 dias após o início das queixas <sup>(56)</sup>; um estudo prospetivo sobre conjuntivites purulentas em idade pediátrica, que comparou crianças medicadas com cloranfenicol tópico versus placebo, mostrou uma resolução média em 5,4 dias nos medicados com antibiótico versus 5,0 dias nos que fizeram placebo <sup>(57)</sup>;

b) Os doentes em regra têm critérios para a evicção (ver critérios A, B e D do Quadro IV),

c) O principal objetivo é a proteção dos adultos não imunes; se os PE estiverem imunes (por infeção natural ou por vacina) não é exigida a evicção; deve-se vacinar os PE não imunes e reforçar os cuidados gerais de higiene;

- d) Está indicado contactar a Autoridade de Saúde na doença confirmada ou na suspeita da mesma <sup>(56)</sup>;
- e) A meningite bacteriana por *Streptococcus pneumoniae* é considerada não contagiosa, porque, para haver doença, é exigida a colonização prévia e, só depois, se processa a proliferação e a invasão da corrente sanguínea e a consequente focalização à distância <sup>49</sup>; nas crianças saudáveis com menos de 2 anos que frequentam CJI, a colonização das mucosas das vias aéreas superiores, por *Streptococcus pneumoniae*, varia entre 20% a 60% <sup>(15,18)</sup> e, por *Haemophilus influenza*, entre 13% a 18,7% <sup>(15)</sup>.
- f) Não existe prova da eficácia preventiva da evicção dos doentes com varicela <sup>(2,55)</sup>; também a Sociedade Canadana de Pediatria não obriga a evicção das crianças com varicela das CJIE <sup>(55)</sup>.

Estas recomendações ultrapassam, em muito, o proposto pelo Decreto Regulamentar nº 3/95, do «Diário da República», I Série-B, nº 23, de 27 de Janeiro de 1995 <sup>(1)</sup>.

## 8. Situações que não justificam a exclusão das crianças das CJIE e das IDL:

Para a FFCG <sup>(2,53)</sup>, a AAP <sup>(3,12,18,30,31,50,54)</sup>, a APHA <sup>(4)</sup> e o NHMRCAG <sup>(5)</sup> não se justifica a ET das crianças das CJIE e das IDL com as doenças e/ou os sinais ou sintomas discriminados no Quadro IV, a que se acrescenta-se as conjuntivites banais <sup>(2,3)</sup>.

**Quadro IV • Situações clínicas infecciosas que NÃO justificam a exclusão temporária das CJIE** (desde que o estado geral da criança o permita e não se aplique nenhuma das recomendações do Quadro III), segundo a FFCG a AAP, a APHA e o NHMRCAG <sup>(2-5,12,18,30,31,50,53,54)</sup>

- Amigdalite viral (após teste rápido ou cultura da orofaringe negativos)
- Bronquiolite e bronquite infecciosa
- Candidíase oral, genital, da pele ou das unhas
- Citomegalovírus
- Conjuntivites banais
- Corizas, rinorreia, com ou sem tosse e independentemente da cor das secreções;
- Diarreia (gastroenterite) em criança autónoma nos cuidados de higiene pessoal, e não apresentar nenhum dos sinais de alerta do grupo D do Quadro IV.
- Doença boca, mãos e pés <sup>(i)</sup>
- Exantemas / erupções cutâneas na ausência de febre e/ou de alteração do comportamento e/ou do estado de consciência;
- Exantema súbito (na fase de exantema, já com apirexia)
- Febre sem nenhum dos sinais de alerta (enunciados no grupo D do Quadro IV após antipirético) em criança com mais de 4 meses;
- Gengivostomatite herpética (vírus herpes simplex)
- Giardíase assintomática (sem diarreia)
- Gripe sazonal
- Hepatites B e C e os portadores destes vírus.
- Herpes simplex em qualquer local (recidivante ou não)
- Infecção urinária
- Laringotraqueíte
- Megaloeritema (5ª doença) <sup>(ii)</sup>
- Meningite viral
- Molusco contagioso <sup>(iii)</sup>
- Mononucleose infecciosa
- Micobactérias não tuberculosas
- Otite média aguda
- Parasitas intestinais helmintas: *Enterobius vermiculares* (oxiúros), *Ascaris lumbricoides*, etc.
- Portadores assintomáticos de gérmens intestinais patogénicos: *Giardia lamblia*, *Salmonella spp*, *Shigella spp*;
- Portadores assintomáticos de gérmens patogénicos nas mucosas respiratórias: *Neisseria meningitidis*; *Streptococcus pneumoniae*; *Haemophilus influenzae b*; *Moraxella catarrhalis*; *Streptococcus pyogenes*;
- Toxoplasmose
- Verrugas (qualquer local)
- Vírus da imunodeficiência humana adquirida (SIDA)
- Zona (herpeszoster) – desde que as lesões fiquem cobertas pela roupa.

i) Apenas o NHMRCAG <sup>(5)</sup> recomenda a exclusão até à cura das lesões cutâneas;

ii) O parvovírus B19 inicia o contágio uma semana antes do início do exantema <sup>(31)</sup> e deixa de ser contagioso uma vez iniciado o exantema <sup>(12,50,54)</sup>.

iii) A FFCG recomenda evitar-se os banhos em comum nas piscinas, manter as lesões cobertas e a utilizar sandálias de plástico <sup>(2)</sup>.

As hepatites B e C e a infeção pelo vírus da imunodeficiência humana adquirida (SIDA) são transmitidas através do contacto com sangue, mucosas ou feridas expostas <sup>(3,12)</sup>.

Embora, teoricamente, seja possível a transmissão da hepatite B, da hepatite C e da SIDA por mordeduras humanas, essa possibilidade é muito remota, pelas seguintes razões:

- a) A saliva contém muito menos vírus do que os existentes no sangue <sup>(3,50)</sup>;
- b) Não obstante ocorrer a laceração da pele com a mordedura, o tempo de permanência dos dentes é muito fugaz, não dando tempo para a transferência do sangue da vítima para a que morde ou vice-versa <sup>(3,12,18)</sup>.

Mas este facto não dispensa a avaliação serológica nos casos suspeitos de potencial contágio <sup>(50)</sup>.

## 9. Variabilidades de interpretação e de aplicação prática dos conhecimentos científicos pelos profissionais de saúde

As recomendações para a evicção de crianças das CJIE e IDL por virtude de DIC não são universalmente aceites, nem são exatamente iguais de país para país. A recomendação para a ET das crianças com varicela é exemplo.

O período de maior contágio da varicela ocorre desde um a dois dias antes das crianças manifestarem sinais e sintomas e durante os primeiros dois dias de doença <sup>(2,3,55,56)</sup>, podendo começar desde 96 horas antes do início da erupção <sup>(55)</sup>. Uma vez que é comum que, neste período, as crianças com varicela permaneçam nas CJIE, a sua exclusão, não impede a sucessão de contágios e, consequentemente, o aparecimento de novos casos <sup>(2,55)</sup>. A varicela é, em regra, uma doença benigna na primeira década da vida, sendo potencialmente mais grave na adolescência e na vida adulta <sup>(56,58)</sup>. Daí ser preferível contrair-se a varicela nos primeiros anos de vida ou, em alternativa, adotar-se a vacinação universal <sup>(2,58)</sup>, idealmente no segundo ano de vida.

Vários países recomendam a ET das crianças com varicela das CJIE <sup>(3-5)</sup>. Já o Comité de Doenças Infecciosas e Vacinas da Sociedade Canadana de Pediatria <sup>(55)</sup> e o Comité Suíço que redigiu as recomendações para ET das crianças com DIC/DIAB <sup>(2,53)</sup> são muito mais liberais. Também em França é conhecido uma dualidade de recomendações em relação à varicela <sup>(59)</sup>. Em muitas CJIE recomenda-se a ET das crianças. Noutras, dado o carácter inevitável da doença e os riscos da varicela a partir da adolescência (inclusive), justifica que sejam liberais aos contágios, permitindo que a criança permaneça na instituição e adquira imunidade nos primeiros anos da vida <sup>(59)</sup>.



## 10. Medidas de prevenção ou minimização dos contágios

As medidas mais eficazes na prevenção ou minimização dos contágios são (pelas crianças e pelos PE das CJIE) a vacinação, a lavagem frequente das mãos, a eliminação dos germes existentes nas *fomites* e o cumprimento, sem interrupções, das normas de higiene <sup>(3,17,18,31,54)</sup>. A lavagem das mãos (pelas crianças e pelos PE) mantém-se como a forma mais eficaz de prevenção da transmissão dos agentes infecciosos <sup>(3,6,8,17,31,47,48,60)</sup>.

Nas CJIE e IDL onde existem regras escritas, sucintas mas claras, permanentemente disponíveis em locais acessíveis para consultas regulares, e quando cumpridas, verifica-se uma acentuada diminuição da incidência das DIC / DIAB <sup>(5,17,18,30,31,40,50,54)</sup>.

Mas as recomendações escritas têm pouco valor e não serão cumpridas, se não forem compreendidas <sup>(40)</sup>. A formação adequada e contínua dos profissionais de educação nas medidas preventivas dos contágios das DIC / DIAB são as medidas mais importantes para uma significativa redução da transmissão de agentes infecciosos nas CJIE <sup>(8,17,18,31,51)</sup>. A explicitação dessas Normas sai do âmbito desta revisão, podendo ser consultadas noutros textos atualizados <sup>(3,61)</sup>.

## 11. Conclusões

A decisão para recomendar a ET das crianças das CJIE e IDL justifica que se deva ponderar das consequências dessa medida, tendo

em conta os variados condicionantes e as consequências da mesma (Quadro V).

Quadro V • Considerandos a ter em conta na indicação para ET das crianças CJIE <sup>(1-5)</sup>

- 1) As necessidades das crianças doentes (de bem estar e conforto)
- 2) Doenças graves com risco acrescido de contágio às restantes crianças;
- 3) As capacidades das instituições em assegurar os cuidados suficientes à criança doente, sem comprometer a segurança das outras crianças;
- 4) As necessidades profissionais e sociais dos pais;
- 5) Os eventuais benefícios e os prejuízos sociais da evicção.

A adoção de Normas uniformes e justas de evicção das crianças das CJIE e das IDL, foram já delineados noutros países <sup>(2-5)</sup>. Em Portugal, para a implementação de Normas de ET das crianças com DIC/DIAB das CJIE, é necessário haver vontade política dos diferentes Ministérios envolvidos, mas com o parecer de todos os intervenientes no dia a dia: representantes das famílias, dos profissionais de saúde e dos profissionais de educação.

## Bibliografia

1. Salgado NS, Salgado M. Parecer jurídico sobre evicção das creches, jardins de infância, escolas e piscinas coletivas por virtude de doenças infecto-contagiosas. *Saúde Infantil* 2012;34(1): 34 (2)
2. Fédération Fribourgeoise des Crèches et Garderies. Prevention des maladies infectieuses dans les structures d'accueil de la petite enfance. Service du Médecin Cantonal; Service de l'Enfance et de la Jeunesse: secteur des milieux d'accueil. Dernière mise à jour 25.02.2011. Accessible en: [http://www.fr.ch/smc/files/pdf30/manuel\\_prevention\\_maladies\\_infectieuses\\_110301\\_f.pdf](http://www.fr.ch/smc/files/pdf30/manuel_prevention_maladies_infectieuses_110301_f.pdf).
3. Aronson SS, Shope TR. Managing Infectious Diseases in Child Care and Schools. A Quick Reference Guide, 2<sup>nd</sup> edition. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, 2009.
4. American Academy of Pediatrics and American Public Health Association. National Resource Center for Health and Safety in Child Care. Exclusion and Inclusion of Ill Children in Child Care Facilities and Care of Ill Children in Child Care, 2002; <http://nrkids.org/SPINOFF/IncExc.pdf>.
5. National Health and Medical Research Council. Australian Government. Staying Healthy in Child Care. Preventing infectious diseases in child care. 4<sup>th</sup> edition, 2005. Accessível em: <http://www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/ch43syn.htm>.
6. Barker J, Stevens D, Bloomfield SF. Spread and prevention of some common viral infections in community facilities and domestic homes. *J Appl Microbiol* 2001;91:7-21.
7. Richardson M, Elliman D, Maguire H, Simpson J, Nicoli A. Evidence base of incubation periods, periods of infectiousness and exclusion policies for the control of communicable diseases in schools and preschools. *Pediatr Infect Dis J* 2001;20:380-91.
8. Boone SA, Gerba CP. Significance of fomites in the spread of respiratory and enteric viral disease. *Appl Environ Microbiol* 2007;73(6):1687-96.
9. National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Early Child Care Research Network. Child care and common communicable illnesses in children aged 37 to 54 months. *Arch Pediatr Adolesc* 2003;157(2):196-200.
10. Pönkä A, Nurmi T, Saminen E, Nykyri E. Infections and other illnesses of children in day-care centers in Helsinki. I: incidences and effect of home and day-care variables. *Infection* 1991;19:230-6.
11. Pappas DE, Hendley JO: Common cold. In: Long SS, Pickering LK, Prober CG. Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia, Churchill Livingstone Elsevier 2008:203-6.
12. Waggoner-Fountain LA. Child care and communicable diseases. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton B. Nelson Textbook of Pediatrics, 18<sup>th</sup> edition. Philadelphia, 2007:1074-7.
13. Brady MT. Infectious disease in pediatric out-of-home child care. *Am J Infect Control* 2005;33:276-85.
14. Sterne GG. Daycare for sick children. *Pediatrics* 1987;80(4):598-9 (Letter).
15. Couloigner V, van Den Abbeele T. Rhinopharyngites de l'enfant. *EMC-Oto-Rhino-Laryngol* 2004;1:93-112.
16. Carabin H, Gyorkos TW, Soto JC, Penrod J, Joseph L, Collet J-P. Estimation of direct and indirect costs because of common infections in toddlers day care centers. *Pediatrics* 1999;103(3):556-64.
17. Nesti MMM, Golbaum M. Infectious diseases and daycare and preschool education. *J Pediatr (Rio J)* 2007;83(4):299-312.
18. Shane AL, Pickering LK. Infections associated with group childcare. In: Long SS, Pickering LK, Prober CG. Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia, Churchill Livingstone Elsevier 2008:23-32.
19. Cordell RL, MacDonald JK, Solomon SL, Jackson LA, Boase J. Illnesses and absence due to illness among children attending child care facilities in Seattle-King County, Washington. *Pediatrics* 1997;100:850-5.
20. Cordell RL, Waterman SH, Chang A, Saruwatari M, Brown M, Solomon SL. Provider-reported illness and absence due to illness among children attending child-care homes and centers in San Diego, Calif. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153:275-80.
21. Polyzoi E, Babb JC. The challenge of caring for mildly ill children: a Canadian national child-care study. *Early Child Res Q* 2004;19:431-48.
22. Delour M, Caparros N, Rufat P, et al. Facteurs organisationnels associés à la répétition des épisodes infectieux des enfants accueillis en crèche à Paris. *Arch Pédiatr (Paris)* 2006;13:1215-21.
23. Slack-Smith LM, Read AW, Stanley FJ. A prospective study of absence for illness and injury in childcare children. *Child Care Health Dev* 2002;28(6):487-94.
24. Dahl IL, Grufman M, Hellberg C, Krabbe M. Absenteeism because of illness at daycare centres and in three-family systems. *Acta Paediatr Scand* 1991;80:436-45.

25. Nurmi T, Salminen E, Pönkä A. Infections and other illnesses of children in day-care centers in Helsinki. II: The economic losses. *Infection* 1991;19(5):331-5.
26. Shapiro ED, Kuritsky J, Potter J. Policies for the exclusion of ill children from group day care: an unresolved dilemma. *Rev Infect Dis* 1986;8(4):622-5.
27. McConnochie KM, Woods NE, Kitzman HJ, Herendeen NE, Roy J, Roghmann KJ. Telemedicine reduces absence resulting from illness in urban child care: evaluation of an innovation. *Pediatrics* 2005;115(5):1273-82.
28. Bell DM, Gleiber DW, Mercer AA, et al. Illness associated with child day care: a study of incidence and cost. *Am J Public Health* 1989;79:479-84.
29. Haskins R. Acute illness in day care: how much does it cost? *Bull N Y Acad Med* 1989;65(3):319-43.
30. Sosinsky LS, Gilliam WS. Child care. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton B. *Nelson Textbook of Pediatrics*, 18<sup>th</sup> edition. Philadelphia, 2007:81-6.
31. Wald ER. Infections in daycare environments. In: Feijin RD, Cherry JD, Demmler-Harrison GJ, Kaplan S L. *Feijin & Chery's Textbook of Pediatric Infectious Diseases*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia, Saunders; 2009:3480-96.
32. Pessanha M, Aguiar C, Bairoão J. Influence of structural features on Portuguese toddler child care quality. *Early Child Res Q* 2007;22:204-14.
33. Voigt RG, Johnson SK, Hashikawa AH et al. Why parents seek medical evaluations for their children with mild acute illness. *Clin Pediatr (Phila)* 2008;47(3):244-51.
34. Slack-Smith LM, Read AW, Stanley FJ. Parental attitudes to health of children in child-care centres and options when children are ill. *J Paediatr Child Health* 2000;36:577-80.
35. Silva AP, Salgado M. Evicção escolar e dos infantários. A perspectiva dos educadores de infância. Resultados dum inquérito. I Curso de Pediatria Comunitária. "Educação para a Saúde" As Crianças, os Infantários, as Escolas e as Infecções. Mealhada, 1 e 2 Fevereiro 2007. [http://asic.pt/admin/files/i\\_curso\\_pediatria\\_comunitaria\\_b\\_eviccaoeducadoras.pdf](http://asic.pt/admin/files/i_curso_pediatria_comunitaria_b_eviccaoeducadoras.pdf).
36. Hashikawa AN, Juhn YJ, Nimmer M, et al. Unnecessary child care exclusions in a State that endorses National exclusion guidelines. *Pediatrics* 2010;125(5):1003-9 (doi:10.1542/peds.2009-2283).
37. Pappas DE, Schwartz RH, Sheridan MJ, Hayden GF. Medical exclusion of sick children from child care centers: a plea for reconciliation. *South Med J* 2000;93(6):575-8.
38. Kahan E, Gross S, Cohen HA. Exclusion of ill children from child-care centers in Israel. *Patient Educ Couns* 2005;56:93-7.
39. Kahan E, Gross S, Horev Z, Grosman Z, Cohen HA. Pediatrician attitudes to exclusion of ill children from child-care centers in Israel: pressure on ambulatory practices. *Patient Educ Couns* 2006;60:164-70.
40. Landis S, Earp JA. Day care center illness: policies and practice in North Carolina. *Am J Public Health* 1988;78:311-3.
41. Landis SE, Earp JA, Sharp M. Day-care center exclusion of sick children: comparison of opinions of day-care staff, working mothers, and pediatricians. *Pediatrics* 1988;81(5):662-7.
42. Paúl A, Faro A, Cordinhã C, Salgado M. Doenças infecciosas em idade escolar e pré-escolar e respetivos períodos de incubação, contágio, excreção e de exclusão. *Saúde Infantil* 2011;33:17-22.
43. Skull SA, Ford-Jones EL, Kulin NA, Einarson TR, Wang EEL. Child care center staff contribute to physician visits and pressure to antibiotic prescription. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154:180-3.
44. M'ikanatha NM, Gasink LB, Kunselman A, Warren K, Lautenbach E. Child care center exclusions policies and director's opinions on the use of antibiotics. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2010;31:408-11.
45. Copeland KA, Harris EN, Wang N-Y, Cheng TL. Compliance with American Academy of Pediatrics and American Public Health Association illness exclusion guidelines for child care centers in Maryland: who follows them and when? *Pediatrics* 2006;118(5):e1369-80.
46. Copeland KA, Duggan AK, Shope TR. Knowledge and beliefs about guidelines for exclusions of ill children from child care. *Ambul Pediatrics* 2005;5:365-71.
47. Vale B, Dinis A. O papel das *fomites* na transmissão de doença infecciosas. *Saúde Infantil* 2011;33:23-7.
48. Boone SA, Gerba CP. Significance of fomites in the spread of respiratory and enteric viral disease. *Appl Environ Microbiol* 2007;73(6):1687-96.
49. Musher DM. How contagious are common respiratory tract infections? *N Engl J Med* 2003;348:1256-66.
50. Committee on Infectious Diseases, American Academy of Pediatrics. Children in out-of-home child care. *Red Book*, 28<sup>th</sup> edition, 2009:124-40.
51. Salgado M, Castelo TM, Dinis AM. Diarreia aguda na criança – 2<sup>o</sup> parte: noções de epidemiologia e medidas preventivas. *Saúde Infantil* 2009;31(2):49-58.
52. Aronson SS, Shope TR. Managing Infectious Diseases in Child Care and Schools. A Quick Reference Guide. American Academy of Pediatrics, 2005.
53. Vaudaux B, Anderau R, Bouvier P et al. Recommandations romandes e tessinoises d'éviction (pré)scolaire pour maladie transmissible. *Paediatrica* 2005;16(5):45-8.
54. Committee on Infectious Diseases, American Academy of Pediatrics. School Health. *Red Book*, 28<sup>th</sup> edition, 2009:140-8.
55. Infectious Diseases and Immunizations Committee, Canadian Paediatric Society. School and daycare exclusion policies for chickenpox: a rational approach. *Paediatr Child Health* 1999;4:287-8.
56. Heymann DL (Editor). *Control of Communicable Diseases Manual*. An official report of the American Public Health Association (APHA). Washington 2008.
57. Rose P W, Hamden A, Brueggemann et al. Chloramphenicol treatment for acute infective conjunctivitis in children in primary care: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Lancet* 2005;366:37-43.
58. Harvin AM. Varicella-zoster virus. In: Long SS, Pickering LK, Prober CG. *Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases*. 3<sup>th</sup> ed. Philadelphia, Churchill Livingstone Elsevier 2008:1021-9.
59. Cohen R, Bourrillon A. Éviction de creche: principes et applications pratiques. *Arch Pédiatr (Paris)* 1999;6(S3):618-9.
60. Cancelinha C, Neves N. Papel das secreções respiratórias na transmissão de infecções. *Saúde Infantil* 2011;33:28-33.
61. Département de la Formation de la Jeunesse et de la Culture, Service de la Protection de la Jeunesse (SPJ); Département de la Santé et de l'Action Sociale, Service de Santé Publique (SSP); Département de la Sécurité et de l'Environnement, Service de la Consommation et des Affaires Vétérinaires (SCAV); Promotion de la Santé et Prévention. Recommandations pour l'accueil collectif de jour des enfants. Accessible en: [http://www.vd.ch/fileadmin/user\\_upload/themes/sante\\_social/protection\\_jeunesse/fichiers\\_pdf/Recommandations\\_sante\\_acc\\_coll\\_jour\\_01.pdf](http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/protection_jeunesse/fichiers_pdf/Recommandations_sante_acc_coll_jour_01.pdf).

#### Resumo

**Objectivo:** Conhecer os hábitos de prescrição de antibióticos dos Médicos de Medicina Geral e Familiar e Pediatras do concelho de Vila Nova de Gaia na Otitis Média Aguda e na Faringoamigdalite Aguda.

**Material e método:** Estudo transversal e analítico através da distribuição de um Questionário de resposta múltipla aos Médicos de Família e Pediatras dos Centros de Saúde e Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia. As respostas foram registadas em suporte informático, calculando-se dados estatísticos descritivos e comparando variáveis qualitativas.

**Resultados:** Foram distribuídos 80 inquéritos obtendo-se uma taxa de resposta de 91%. A amostra final foi de 73 inquéritos, 58.9% de Médicos de Família e 41.1% de Pediatras. Na otite média aguda, a otorreia e a febre associada a otalgia com 48h de evolução são os principais factores referidos como critério para prescrição de antibióticos, sendo a amoxicilina o antibiótico de eleição por todos os Pediatras da amostra. Entre os Médicos de Família, 51% utiliza a amoxicilina-ácido clavulânico como fármaco de primeira linha. Na faringoamigdalite aguda, o principal critério para antibióterapia é a presença de exsudado (72%), sendo a amoxicilina prescrita por 90% dos Pediatras e a amoxicilina-ácido clavulânico por 63% dos Médicos de Família ( $p < 0.01$ ). A redução do consumo de antibióticos depende, segundo os Pediatras, da criação de critérios de prescrição e, de acordo com os Médicos de Família, da proibição de venda de antibióticos sem receita ( $p < 0.01$ ).

**Comentários:** A amoxicilina é o antibiótico de escolha dos Pediatras na otite média aguda e faringoamigdalite aguda. A amoxicilina-ácido clavulânico é a escolha de 50% dos médicos de família na otite média aguda e na maioria das crianças com faringoamigdalite. Os resultados obtidos evidenciam a necessidade de uniformização dos critérios de prescrição pelos Médicos de Família e Pediatras.

**Palavras-chave:** otite média aguda, faringoamigdalite aguda, antimicrobianos, pediatria, Medicina Geral e Familiar.

#### Abstract

**Objective:** To explore antibiotic prescribing habits of Physicians of Family Medicine and Pediatrics of Vila Nova de Gaia in Acute Otitis Media and Acute pharyngitis.

**Material and methods:** Cross sectional and analytical study by distributing a questionnaire of multiple answers to Family Physicians Health Centers and Pediatricians of Vila Nova de Gaia Hospital. Responses were recorded on computer, calculating descriptive statistics and comparing qualitative variables.

**Results:** We distributed 80 surveys yielding a response rate of 91%. The final sample of 73 surveys, of which 58.9% were distributed to Family Physicians and 41.1% to Pediatrics. In acute otitis media, the otorrhea and otalgia associated to fever with 48h of evolution are the main factors mentioned as a criterion for the prescription of antibiotics, with amoxicillin being the antibiotic of choice for all Pediatricians in the sample. In the group of Family Physicians, 51% were using amoxicillin-clavulanate as the drug of 1<sup>st</sup> choice. In acute pharyngitis, the main criterion for antibiotic treatment is the presence of exudate (72%). Amoxicillin is prescribed by 90% of Pediatricians and amoxicillin-clavulanate by 63% of Family Physicians ( $p < 0.01$ ). The reduction of antibiotic consumption mainly depends on the establishment of criteria for prescription according to Pediatrics, and the ban on sale of nonprescription antibiotic according to the Family Physicians. ( $p < 0.01$ ).

**Comments:** Amoxicillin is the antibiotic of choice of Pediatrics acute otitis media and acute tonsillitis. Amoxicillin-clavulanate is the choice of 50% of family physicians in acute middle otitis and in most children with pharyngitis. The results highlight the need for standardizing the criteria prescribed by Family Physicians and Pediatricians.

**Keywords:** acute otitis media, acute pharyngitis, antimicrobial agents, Pediatrics, Family Medicine.

#### Introdução

A maioria das crianças apresenta múltiplos episódios de nasofaringite aguda por ano, demonstrando-se num estudo realizado nos Estados Unidos da América que 60% destes pacientes são medicados com antibióticos <sup>(1)</sup> (ATB). Nos últimos anos verificou-se a emergência de estirpes bacterianas resistentes aos agentes antimicrobianos comumente utilizados, constituindo um factor de preocupação a nível mundial <sup>(1-5)</sup>. Na prática clínica os médicos são diariamente confrontados com a avaliação da necessidade do uso de antibióticos perante cada patologia,

questionando-se quanto ao momento adequado para a sua prescrição e quanto ao tipo de antimicrobiano mais adequado à situação clínica e ao doente em causa <sup>(6)</sup>. O controlo da prescrição inadequada destes fármacos e consequente redução das resistências bacterianas, resulta inevitavelmente de acções de promoção de boas práticas clínicas incentivando ao uso judicioso de antibióticos, devendo o eleito apresentar um espectro de acção o mais restricto possível para ser eficaz. O uso apropriado de antibióticos deve ter em atenção não só ao uso do

1 Interna de Pediatria, Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia; 2 Assistente Hospitalar, Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia; 3 Chefe de Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.

**Correspondência:** Joana Cardoso - jfcardoso10@gmail.com ou jfcardoso@yahoo.com

antibiótico adequado, mas também na dose e duração necessária para não promover o aparecimento de resistências <sup>(7)</sup>.

Como referido, nos últimos anos tem-se assistido a um aumento da resistência antibiótica entre os agentes mais frequentemente responsáveis pelas infecções respiratórias como o *Streptococcus pneumoniae*, o *Haemophilus influenzae* e a *Moraxella catarrhalis* tornando-se assim num problema maior de saúde pública a nível mundial <sup>(1,4,8)</sup>, sendo o seu uso, com ou sem justificação médica, promotor dessa resistência <sup>(1)</sup>.

A Oíte Média Aguda (OMA) surge frequentemente como uma complicação de uma infecção vírica das vias aéreas superiores <sup>(3,9)</sup>, manifestando-se clinicamente por um início agudo, associado a otalgia e eritema que interferem com a actividade diária e sono, e/ou presença de derrame no ouvido médio com abaulamento e ausência de mobilidade da membrana timpânica <sup>(7)</sup>. Resolve-se espontaneamente em cerca de 80-90% dos casos <sup>(6,9-14)</sup>, sendo frequente o seu sobrediagnóstico <sup>(6)</sup>. É a doença mais frequentemente diagnosticada nas crianças e segundo alguns estudos, a principal indicação para antibioterapia nas crianças <sup>(1,10,15)</sup>, sendo o *Streptococcus pneumoniae* o principal agente isolado <sup>(9-13,16)</sup>. O aumento da resistência deste agente à penicilina, correlaciona-se não com a produção de  $\beta$ -lactamases mas com uma alteração das proteínas que se ligam à penicilina <sup>(15)</sup>, devido ao uso massivo de antibióticos  $\beta$ -lactâmicos <sup>(17)</sup>.

A faringoamigdalite aguda (FA) é pouco frequente abaixo dos 2 anos e praticamente inexistente abaixo dos 18 meses <sup>(7)</sup>, sendo que na grande maioria dos casos esta patologia é de etiologia vírica <sup>(3)</sup>. Manifesta-se clinicamente por febre, inflamação, exsudado amigdalino e adenopatias <sup>(7)</sup>. O agente mais comumente associado a FA de etiologia bacteriana é o *Streptococcus* grupo A, sendo este agente responsável por cerca de 10-20% de todas as FA <sup>(3,7)</sup>. O seu diagnóstico é possível mediante o isolamento do agente numa zaragatoa de exsudado amigdalino <sup>(1,3,7)</sup>. Até à actualidade ainda não foi identificada qualquer resistência do *Streptococcus* grupo A aos antibióticos <sup>(8)</sup>, devendo o seu tratamento basear-se no uso de amoxicilina <sup>(18)</sup>, dada a ausência de comercialização da penicilina V no nosso país.

Apesar de toda a bibliografia referir a necessidade de reduzir o uso inapropriado de antimicrobianos, tal não se tem verificado, sendo necessárias intervenções eficazes para promover a sua utilização apropriada e conduzir a uma diminuição das resistências bacterianas <sup>(2,5,19,20)</sup>.

Na tentativa de conhecimento da prescrição de antibioterapia nos Cuidados de Saúde Primários e Secundários representativos do Concelho de Vila Nova de Gaia, fez-se um inquérito para conhecer a opinião dos Médicos de Família e Pediatras quanto à prescrição de antibióticos na OMA e FA.

## Material e método

Estudo transversal e analítico realizado sob a forma de questionário semi-estruturado (ver anexo 1), de resposta não exclusiva, distribuído aos Médicos de Família (MGF) e Pediatras (Ped) dos Centros de Saúde e Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia sobre as seguintes questões:

- Uso de antibióticos na Oíte Média Aguda (OMA) e Faringoamigdalite (FA), solicitando informação sobre o uso de tratamento empírico, critérios de antibioterapia, fármaco utilizado, duração do tratamento e qual a dose e tratamento na suspeita de OMA a

*Streptococcus pneumoniae*.

- Interacção entre pais e médicos no momento de prescrição antibiótica, nomeadamente no que diz respeito ao uso exagerado destes, pedido de antibioterapia pelos pais e cedência dos clínicos à sua pressão, bem como soluções para diminuir o consumo inapropriado de antibióticos.

As variáveis foram posteriormente registadas e codificadas em suporte informático, calculando-se dados estatísticos descritivos e comparando-se variáveis qualitativas através do programa SPSS for Windows (versão 16.0), tendo sido considerado um nível de significância de 1% ( $p=0.01$ ).

## Resultados

No nosso trabalho obtivemos uma taxa de resposta de 91%, correspondendo a um total de 73 inquéritos entregues, nos quais se baseou a nossa análise.

A maior parte dos inquiridos eram MGF (58.9%) que em 100% dos casos trabalhavam nos Centros de Saúde, ainda que destes, 9.3% tivessem actividade privada (9/43). Os Pediatras corresponderam a 41.1% da nossa amostra, em 93.3% (28/30) dos casos trabalhavam no Hospital e 26.7% referiram actividade privada. Os outros 6.7% (2/30) trabalhavam no Centro de Saúde. A maioria dos inquéritos foi respondida por especialistas (80.8%), correspondendo os internos complementares de MGF ou Pediatras aos restantes 19.2%. Cerca de 59% dos inquiridos trabalhavam há mais de 20 anos e 28.7% trabalhavam há menos de 10. Em relação à OMA, verificou-se que 31.5% dos inquiridos prescreviam antibiótico em todos os casos, referindo a presença de otorreia (82%) e a febre associada a otalgia com mais de 48h de evolução (72%) como principais critérios de prescrição. O antibiótico mais utilizado por Ped e MGF é a amoxicilina, sendo prescrito por 74% do total de inquiridos (correspondendo a 100% da prescrição dos Pediatras), seguido da associação amoxicilina-ácido clavulânico prescrito por 31.5% da nossa amostra (correspondendo a 51.2% MGF) ( $p=0.000$ ). A maioria dos inquiridos referiu orientar a sua prescrição para tratar o *S. pneumoniae*, seguido do *H. influenzae*. Em caso de suspeita de OMA por *S. pneumoniae* resistente à penicilina 90% dos Pediatras prescreve amoxicilina mas na dose de 80-100 mg/kg/dia; 42% dos MGF opta por outro antibiótico, sendo o mais frequente a cefalosporina de terceira geração. Cerca de 93% dos Pediatras indica no caso da OMA o cumprimento de terapêutica por um período de 7-10 dias vs 70% dos MGF ( $p=0.009$ ). Cerca de um terço dos MGF indicam um período de tratamento de 5-6 dias (tabela 1).

Nesta amostra, 23.3% dos MGF vs 0% dos Pediatras medicam sempre com antibiótico uma criança com FA. Nos que referiram que medicam apenas em algumas situações os principais critérios escolhidos para a utilização de antibiótico são o exsudado amigdalino (67.6% MGF e 75.9% Pediatras), a idade igual ou superior a 3 anos no caso dos Ped e a febre, odinofagia e adenopatias no caso dos MGF ( $p=0.000$ ). O antibiótico mais prescrito pelos Pediatras é a amoxicilina (90%) e pelos MGF é a amoxicilina-ácido clavulânico (63%) (tabela 2). A duração recomendada de tratamento é de 7-10 dias pela maioria dos MGF e dos Pediatras.



Tabela 1 • Critérios, antibiótico usado, agente alvo e duração de tratamento na OMA pelos Ped e MGF (n=73)

OMA	MGF	Ped	p	
«Quando usa ATB?»	Sempre	41,9%	16,7%	< 0,05
	Algumas vezes	58,1%	83,3%	
«Se respondeu anteriormente algumas vezes, qual(is) o(s) critério(s) que usa para iniciar antibioterapia?»	Idade inferior a 2 anos	30,4%	69,6%	< 0,05
	Idade inferior a 12 meses	20%	80%	> 0,05
	Febre e otalgia > 48h	47,2%	52,8%	
	Otorreia	46,3%	53,7%	
	Otites de repetição	58,3%	41,7%	
	Difícil reobservação	35,3%	64,7%	
«Qual o ATB que usa?»	Amoxicilina	55,8%	100%	< 0,05
	Amoxicilina-clavulânico	51,2%	3,3%	< 0,05
	Cefalosporina 2ªG	0%	0%	>0,05
	Cefalosporina 3ªG	2,3%	3,3%	
	Claritromicina	2,3%	0%	
	Azitromicina	2,3%	0%	
«Com o ATB, qual o agente que quer tratar?»	S. pneumoniae	80,5%	96,7%	< 0,05
	H. influenzae	63,4%	20%	>0,05
	M. catharalis	17,1%	23,3%	
«Se suspeita de Pneumococo resistente à penicilina, usa amoxicilina? Se sim, em que doses?»	Sim, de 30-50 mg/kg/dia	9,3%	0%	< 0,05
	Sim, de 60-80 mg/kg/dia	14%	10%	
	Sim, de 80-100 mg/kg/dia	34,9%	90%	
	Não, uso outro	41,9%	0%	
«Qual a duração do tratamento?»	5-6 Dias	30,2%	6,7%	< 0,05
	7-10 Dias	69,8%	93,3%	

No que diz respeito à interacção entre pais e médicos no momento de prescrição de antibióticos, 37% dos MGF e 54% dos Pediatras inquiridos referem ser questionados pelos pais das crianças observadas quanto ao facto do seu filho receber demasiados antibióticos. Ainda assim, 32,6% dos MGF e 56,7% dos Pediatras referem sentir frequentemente pressão por parte dos pais para prescrever antibióticos. Na nossa

amostra 34,9% dos MGF referem que raramente cedem ao pedido dos pais vs 76,7% dos Pediatras que referem nunca ceder a esse pedido. De acordo com os MGF o que mais contribuiu para a prescrição inadequada de antibióticos é a necessidade de ser «eficiente» na prática clínica (76,2%), enquanto para os Pediatras é o receio de falha no diagnóstico numa patologia em que os antibióticos estão indicados (56,8%). A melhor forma de reduzir este consumo inadequado de fármacos seria, na opinião dos MGF, a proibição de venda de ATB sem receita (77,8%) e, para os Pediatras, a elaboração de critérios rigorosos de tratamento (57,6%), seguida da educação parental (tabela 3).

Tabela 3 • Relação Pais/Médicos na prescrição de antibióticos e factores que influenciam a prescrição inadequada de antibióticos (n=73)

Uso de Antibióticos	MGF	Ped
«Quantos pais demonstram preocupação pela prescrição de excesso de ATB aos seus filhos?»	Poucos pais (37,2%)	Alguns pais (53,5%)
«Quantas vezes cedeu no último mês ao pedido pelos pais de ATB inadequado?»	Raramente (34,9%)	Nunca (76,7%)
«Quantas vezes cedeu no último mês ao pedido pelos pais de ATB diferente do que pensava receitar?»	Nunca (65,1%)	Nunca (66,7%)
«Sente a pressão por parte dos pais para a prescrição de ATB?»	Frequentemente (32,6%)	Frequentemente (56,7%)
«O que mais contribui para a prescrição inadequada de ATB?»	Necessidade de ser «eficiente» na prática clínica (76,2%)	Receio de falha no diagnóstico numa patologia em q os ATB estão indicados (56,8%)
«Qual o aspecto mais importante para reduzir o consumo inadequado de ATB?»	Proibição de venda de ATB sem receita (77,8%)	Elaboração de critérios rigorosos de tratamento (57,6%)

Tabela 2 • Critérios, antibiótico usado e duração do tratamento na FA pelos Ped e MGF (n=73)

FA	MGF	Ped	p	
«Quando usa ATB?»	Sempre	23,3%	0%	< 0,05
	Algumas vezes	76,7%	100%	
«Qual o critério que usa para iniciar ATB?»	Idade ≥ 3 anos	12,9%	55,2%	< 0,05
	Febre e odinofagia	6,5%	6,9%	>0,05
	Febre, odinofagia e adenopatias	58,1%	13,8%	< 0,05
	Exsudado amigdalino	67,7%	75,9%	>0,05
«Qual o ATB que usa?»	Amoxicilina	27,9%	90%	< 0,05
	Penicilina G Benzatínica IM	18,6%	16,7%	>0,05
	Amoxicilina + ác clavulânico	62,8%	6,7%	< 0,05
	Cefalosporina 2ªG	2,3%	0%	>0,05
	Cefalosporina 3ªG	0%	3,3%	
	Claritromicina	4,7%	0%	
	Azitromicina	11,6%	0%	< 0,05
«Qual a duração do tratamento?»	5-6 Dias	20,9%	13,3%	>0,05
	7-10 Dias	79,1%	86,7%	

## Discussão

O nosso estudo obteve uma elevada taxa de resposta, no entanto apresenta algumas limitações. A maior é o facto de ser uma amostra pequena que poderá não ser representativa do concelho de Vila Nova de Gaia, uma vez que se tal tivesse sido feito, inevitavelmente teríamos obtido uma maior percentagem de respostas de MGF. Outra limitação do estudo a considerar será a possibilidade do diagnóstico ser realizado incorrectamente. Por outro lado, o anonimato proporcionado pelo tipo de inquérito distribuído permitiu-nos acreditar na sinceridade das respostas obtidas.

Segundo diversos estudos, a OMA tem uma taxa de cura espontânea elevada, que ronda os 80-90%<sup>(6,9-14)</sup>, sendo necessário ponderar adequadamente o benefício da prescrição de antibioterapia de acordo com os seus efeitos adversos<sup>(6,10,14)</sup>. Segundo uma revisão da Cochrane de 2000 o uso de antibióticos nas crianças com OMA associou-se a um pequeno benefício, variando a sua prescrição de 31% na Holanda a 98% nos Estados Unidos e Austrália<sup>(14)</sup>, estando a taxa de antibioterapia na nossa amostra de acordo com os países europeus.

Os principais critérios referidos pelos inquiridos para iniciar antibioterapia na criança com OMA foram a presença de otorreia e a febre associada a otalgia com mais de 48h de evolução. Diversos estudos demonstram que o deferimento da antibioterapia por 48h não se associou a aumento de complicações, nomeadamente mastoidite ou meningite <sup>(9,10,15,21)</sup>.

Segundo diversas revisões, a amoxicilina deverá ser o antibiótico de primeira linha na OMA, sendo esta indicação baseada em ensaios clínicos randomizados <sup>(13,15,22)</sup>. Apesar de na amostra total obtida, a maioria dos médicos inquiridos indicar a amoxicilina como antibiótico de eleição na otite média aguda, verificamos que uma percentagem significativa de médicos aponta como antibiótico de eleição a amoxicilina-ácido clavulânico.

O *Streptococcus pneumoniae* é o agente que os MGF e os Pediatras apontam como etiologia principal a considerar no tratamento da OMA. Nos últimos anos, dado o aparecimento de estirpes deste agente resistentes à penicilina, a antibioterapia empírica no tratamento da OMA sofreu alterações. Assim, actualmente, a dose recomendada de amoxicilina é uma dose elevada, de 80-100 mg/kg/dia <sup>(6,12,15,16)</sup>. No caso de falência terapêutica as crianças devem ser tratadas com cefuroxima ou amoxicilina-ácido clavulânico 80-100 mg/kg/dia <sup>(12,15,16)</sup>. O ceftriaxone é um fármaco que poderá ser utilizado no caso de falência dos tratamentos anteriores ou no caso de intolerância oral <sup>(7,15)</sup>. AAP e vários outros estudos defendem que a duração do tratamento na OMA, no caso de crianças com menos de 2 anos de idade, com otites recorrentes, doença grave ou falência terapêutica, seja de 10 dias. Nas crianças com 6 ou mais anos e com doença leve a moderada a duração do tratamento recomendada é de 5-7 dias <sup>(9,11-13,15,16)</sup>. Na nossa amostra a maioria dos inquiridos indicam 7-10 dias de antibioterapia, o que está de acordo com a literatura.

Como já referido, a FA bacteriana deve-se maioritariamente à presença do *Streptococcus* grupo A, sendo este agente responsável por cerca de 10-20% de todas as FA <sup>(3,7)</sup>. Na nossa amostra, os inquiridos que referiram que apenas medicam em algumas situações, a presença de exsudado foi o principal critério utilizado no geral para prescrição de antibioterapia. Diversos estudos referem que para o diagnóstico de FA ser possível, é necessária a comprovação da presença do *Streptococcus* grupo A em testes laboratoriais, tendo ainda em conta os achados clínicos e epidemiológicos. Na tentativa de diminuir a prescrição de antibióticos alguns autores defendem uma atitude expectante, adiando a antibioterapia até se obter confirmação da cultura exsudado faríngeo (teste standard recomendado) ou teste de detecção do antigénio (se negativo, fazer cultura) <sup>(3,7,8)</sup>.

Na nossa amostra mais de metade dos MGF recomendam a amoxicilina-ácido clavulânico como antibiótico de escolha na FA, enquanto que a grande maioria dos Pediatras recomendam o uso de amoxicilina. A duração recomendada de tratamento é de 7-10 dias pela maioria dos MGF e dos Pediatras. As recomendações actuais do CDC/AAP de 2000 defendem o uso de penicilina oral durante 10 dias, dado o seu baixo custo, pequeno espectro de acção, eficácia provada

e ausência de resistências <sup>(8)</sup>, o que não se verificou no nosso estudo, com uma taxa elevada de prescrição de amoxicilina-ácido clavulânico. No que diz respeito à interacção pais/médicos no momento de prescrição antibiótica, segundo os inquiridos no nosso estudo, uma razoável percentagem de pais referem preocupação pelo excesso de antibióticos que lhe são prescritos. No entanto, numa percentagem semelhante, que varia entre 30-60%, os MGF e Pediatras relatam sentir pressão por parte dos pais para prescrever um antibiótico, sobreponível ao valor de um estudo realizado pela AAP em que esse facto se regista em 48% dos casos <sup>(23)</sup>. Nesse mesmo estudo verificou-se ainda que apesar de os médicos não acharem o antibiótico necessário, as expectativas dos pacientes nesse sentido aumentam a probabilidade de ceder ao pedido, o que acontece em cerca de 33% dos médicos americanos, verificando-se um valor sobreponível na nossa amostra.

Apesar do estudo da AAP referir que o melhor método de reduzir o consumo inadequado de antibióticos seria a educação dos pais, os MGF inquiridos referiram na maioria dos casos a proibição de venda de antibióticos sem receita médica, e os Pediatras a elaboração de critérios rigorosos de tratamento, seguida da educação parental. Na nossa amostra o que mais contribui para a prescrição inadequada de antibióticos foi, segundo os MGF, a necessidade de ser eficiente na prática clínica, enquanto que para os Pediatras é o receio de «falhar» no diagnóstico de uma patologia em que os antibióticos estão indicados, ao contrário do verificado num estudo da AAP, em que é a pressão dos pais que em 78% dos casos conduz a uma prescrição inadequada de antibioterapia <sup>(23)</sup>. Um estudo de 2005 revelou ainda que apenas uma minoria dos pais fica confortável com a opção de observação previamente ao início de tratamento com antibioterapia <sup>(21)</sup>. Segundo Pichichero <sup>(24)</sup>, o uso racional de antibióticos resulta do balanço adequado entre a sua prescrição, com a frequência e duração apropriadas para conduzir à cura clínica das infeções bacterianas; pelo contrário a sua sobre prescrição, leva a um aumento dos custos, aumento de resistências bacterianas, não aderência ao tratamento e efeitos laterais.

Em conclusão, podemos afirmar que o uso racional de antibióticos incluiria a eleição da amoxicilina no tratamento da OMA e FA. Tal não se verificou na nossa amostra, sendo a amoxicilina-ácido clavulânico a primeira escolha no tratamento da FA pelos MGF. A discrepância na escolha de antibiótico entre ambos os grupos de profissionais conduz à necessidade de criação de critérios de tratamento da OMA e FA, visando a utilização do antibiótico mais adequado à patologia. A escolha, dose e duração correcta da antibioterapia são factores imprescindíveis para o uso racional de antibióticos merecendo um maior destaque na prática clínica diária.

## Anexo 1 • Questionário sobre o Uso Racional de Antibiócostratamento na OMA pelos Ped e MGF (n=73).

- 1 Ano de Licenciatura
- 2 Especialidade
  - Médico de Família | | | Pediatra | | |
  - 2.1 - Especialista
  - 2.2 - Interno Complementar
- 3 Qual/quais os seus locais de trabalho?
  - 3.1 - Centro de Saúde
  - 3.2 - Hospital Público
  - 3.3 - Consultório Privado
- 4 Perante uma criança com otite média aguda indica antibióterápia
  - 4.1 - Em todos os casos
  - 4.2 - Em alguns casos
- 5 Se respondeu anteriormente 4.2, qual o(s) critério que utiliza para iniciar a antibióterápia
  - 5.1 - Idade inferior a 2 anos
  - 5.2 - Idade inferior a 12 meses
  - 5.3 - Febre e Otalgia com > 48 h de evolução
  - 5.4 - Presença de Otorreia
  - 5.5 - Otites de repetição
  - 5.6 - Dificil acesso a reobservação clínica
  - 5.7 - Outro. Qual?
- 6 Qual dos seguintes antibióticos (ATB) é o que prescreve mais frequentemente para a OMA?
  - 6.1 - Amoxicilina
  - 6.2 - Amoxicilina + Ácido Clavulânico
  - 6.3 - Cefalosporina de 2ª G (cefuroxima, cefaclor)
  - 6.4 - Cefalosporina de 3ª G (ceftriaxone, cefixima)
  - 6.5 - Claritromicina
  - 6.6 - Azitromicina
  - 6.7 - Outros. Qual?
- 7 De acordo com o antibiótico que prescreve, qual o agente que pretende cobrir
  - 7.1 - Streptococcus pneumoniae
  - 7.2 - Haemophilus influenza
  - 7.3 - Moraxella catarrhalis
  - 7.4 - Outros. Qual?
- 8 Considerando a taxa actual de pneumococo resistente à penicilina, se suspeita que uma criança tem uma OMA uma OMA dessa etiologia, utiliza a amoxicilina? Em que doses?
  - 8.1 - Sim, de 30-50 Mg/Kg/dia
  - 8.2 - Sim, de 60-80 Mg/Kg/dia
  - 8.3 - Sim, de 80-100 Mg/Kg/dia
  - 8.4 - Não, prescrevo outro antibiótico qual?
- 9 Durante quanto tempo indica o tratamento antibiótico para OMA não complicada?
  - 9.1 - 5 a 6 dias
  - 9.2 - 7 a 10 dias
  - 9.3 - > a 10 dias
  - 9.4 - Outro. Quanto?
- 10 Perante uma criança com faringoamigdalite aguda (FA) indica antibióterápia
  - 10.1 - Em todos os casos
  - 10.2 - Em alguns casos
- 11 Se respondeu anteriormente 9.2, qual o critério que usou para iniciar antibióterápia?
  - 11.1 - Idade > ou = a 3 anos
  - 11.2 - Febre e Odinofagia
  - 11.3 - Febre, Odinofagia e adenopatia
  - 11.4 - Presença de exsudado amigdalino
- 12 Qual dos seguintes antibióticos é o que mais frequentemente prescreve para a FA
  - 12.1 - Amoxicilina
  - 12.2 - Penicilina G benzatinica, IM
  - 12.3 - Amoxicilina + Ácido Clavulânico
  - 12.4 - Cefalosporina de 2ª G (cefuroxima, cefaclor)
  - 12.5 - Cefalosporina de 3ª G (ceftriaxone, cefixima)
  - 12.6 - Claritromicina
  - 12.7 - Azitromicina
  - 12.8 - Outros. Qual?

- 13 Durante quanto tempo indica o tratamento antibiótico para a FA**
  - 13.1 - 5 a 6 dias
  - 13.2 - 7 a 10 dias
  - 13.3 - > a 10 dias
  - 13.4 - Outro. Quanto ? \_\_\_\_\_
- 14 Quantos pais demonstram preocupação porque os seus filhos estão a receber demasiados antibióticos**
  - 14.1 - Todos os pais ( 100% )
  - 14.2 - A maioria dos pais ( 91% - 99% )
  - 14.3 - Muitos pais ( 51% - 90% )
  - 14.4 - Alguns pais ( 11% - 50% )
  - 14.5 - Poucos pais ( 1% - 10% )
  - 14.6 - Nenhum pai ( 0% )
- 15 Quantas vezes no último mês um(a) Pai/Mãe lhe solicitou um antibiótico que, na sua opinião, era inadequado**
  - 15.1 - 0
  - 15.2 - 1 a 3
  - 15.3 - 4 a 6
  - 15.4 - 7 a 9
  - 15.5 - 10 ou >
- 16 Quantas vezes cedeu a esse pedido ?**
  - 16.1 - Sempre ( 100% )
  - 16.2 - A maioria das vezes ( 91% - 99% )
  - 16.3 - Frequentemente ( 51% - 90% )
  - 16.4 - Ocasionalmente ( 11% - 50% )
  - 16.5 - Raramente ( 1% - 10% )
  - 16.6 - Nunca ( 0% )
- 17 Quantas vezes no último mês um(a) Pai/Mãe lhe solicitou um antibiótico específico ou um antimicrobiano diferente**
  - 17.1 - 0
  - 17.2 - 1 a 3
  - 17.3 - 4 a 6
  - 17.4 - 7 a 9
  - 17.5 - 10 ou >
- 18 Quantas vezes cedeu a esse pedido ?**
  - 18.1 - Sempre ( 100% )
  - 18.2 - A maioria das vezes ( 91% - 99% )
  - 18.3 - Frequentemente ( 51% - 90% )
  - 18.4 - Ocasionalmente ( 11% - 50% )
  - 18.5 - Raramente ( 1% - 10% )
  - 18.6 - Nunca ( 0% )
- 19 Sente a pressão dos pais para receitar um antimicrobiano quando o filho está doente, mesmo quando este não está**
  - 19.1 - Sempre ( 100% )
  - 19.2 - A maioria das vezes ( 91% - 99% )
  - 19.3 - Frequentemente ( 51% - 90% )
  - 19.4 - Ocasionalmente ( 11% - 50% )
  - 19.5 - Raramente ( 1% - 10% )
  - 19.6 - Nunca ( 0% )
- 20 Quando observa uma criança já medicada com antibiótico e considera não se verificar indicação para a prescrição**
  - 20.1 - Mantém o antibiótico prescrito
  - 20.2 - Suspende o antibiótico, de acordo com clínica
  - 20.3 - Suspende o antibiótico de acordo com o tempo da terapêutica efectuado
- 21 Qual dos seguintes aspectos é o mais importante para reduzir o consumo inadequado de antimicrobianos orais**
  - 21.1 - Elaboração de critérios rigorosos para o tratamento de patologias como OMA e FA
  - 21.2 - Educar os pais sobre as indicações dos ATB
  - 21.3 - Proibição da venda de ATB sem receita
  - 21.4 - Outro. Qual ? \_\_\_\_\_
- 22 O que mais contribui para uso inadequado de ATB orais**
  - 22.1 - Recato de falha no diagnóstico de uma patologia em que os ATB estão indicados
  - 22.2 - Necessidade de ser "eficiente" na prática diária
  - 22.3 - Pressão dos pais
  - 22.4 - Pressão assistencial
  - 22.5 - Outro. Qual ? \_\_\_\_\_



## Bibliografía

- Jacobs RF. Judicious use of antibiotics for common pediatric respiratory infections. *Pediatr Infect Dis J* 2000;19:938-43.
- Calvo Rey C, Albañil Ballesteros R, Sánchez Méndez MY, Olivas Domínguez A. Patrones de prescripción de antibióticos en atención primaria. ¿Usamos racionalmente los antibióticos en pediatría? *An Esp Pediatr* 2000;52:157-63.
- Nawaz H, Smith DS, Mazhari R, Katz DL. Concordance of clinical findings and clinical judgment in the diagnosis of streptococcal pharyngitis. *Acad Emerg Med* 2000;7:1104-9.
- Dowell Scott F, et al. Principles of Judicious Use of Antimicrobial Agents for Pediatric Upper Respiratory Tract Infections. *Pediatrics* 1998; 101(1): 163-65.
- Gross PA, Pujat D. Implementing practice guidelines for appropriate antimicrobial usage: A systematic review. *Med Care* 2001; 39 (8 Suppl 2):II55-69.
- Pichichero ME. Evaluating the need, timing and best choice of antibiotic therapy for acute otitis media and tonsillopharyngitis infections in children. *Pediatr Infect Dis J* 2000;19 (12 Suppl): S131-40.
- Álvarez F. Uso Racional de antibióticos en las infecciones más comunes de los niños. *An Pediatr Contin.* 2010;8(5): 221-30.
- Casani Martínez C, et al. Encuesta sobre el uso racional de antibióticos en atención primaria. *An Pediatr* 2003;58(1):10-6.
- Handley Owen. Otitis media. *N Engl J Med*, 2002; N° 15; Vol 347: 1169-74.
- Vergison A, et al. Otitis media and its consequences: beyond the earache. *Lancet Infect Dis* 2010;10: 195-203.
- C. Pérez Méndez, G. Solís Sánchez, C. Ochoa Sangrador. Protocolo de tratamiento de la otitis media aguda en la infancia. *Bol Pediatr* 1999; 39: 63-65. Servicio de Pediatría. Hospital de Cabueñes (INSALUD). Gijón.
- F. del Castillo Martín. Otitis media aguda: criterios diagnósticos y aproximación terapéutica. *An Esp Pediatr* 2002; 56(1):40-7.
- F del Bastillo, A Delgado Rubio, C Rodrigo, et al. Consenso Nacional sobre otitis media aguda. *An Pediatr (Barc)* 2007; 66: 603-610.
- Glasziou PP, Hayem M, Del Mar CB. Antibiotics for acute otitis media in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;CD000219.
- Diagnosis and Management of Acute Otitis Media. *Pediatr. Rev.* 2004; 113; 1451-1465. Subcommittee on Management of Acute Otitis Media.
- Gould Jane M, Matz Paul S. Otitis Media. *Pediatr. Rev.* 2010;31:102-116.
- Moreillon P, Wenger A, Caldelari I. Pneumococcal antibiotic resistance. *Rev Med Suisse Romande* 2000;120:651-9.
- Direção Geral da Saúde. Orientação Técnica – Utilização de Ampicilina, Amoxicilina e Amoxicilina/Ácido clavulânico. Junho 2011.
- Paluck E, Katzenstein D, Frankish CJ, Herbert CP, Milner R, Speert D, et al. Prescribing practices and attitudes toward giving children antibiotics. *Can Fam Physician* 2001;47:521-7.
- Belongia EA, Sullivan BJ, Chyou PH, Madagame E, Redd KD, Schwartz B. A community intervention trial to promote judicious antibiotic use and reduce penicillin-resistant *Streptococcus pneumoniae* carriage in children. *Pediatrics* 2001;108: 575-83.
- Finkelstein Jonathan A, et al. Watchful waiting for acute otitis media: are parents and physicians ready?. *Pediatrics* 2005;115(6):1466-73.
- Treatment for Acute Inflammation of the middle ear – Consensus Statement. Swedish Medical Research Council, 2000.
- Bauchner H, Pelton SI, Klein JO. Padres, médicos y empleo de antibióticos. *Pediatrics* (ed. esp.) 1999;47:79-85.
- Pichichero ME. Short course antibiotic therapy for respiratory infections: A review of the evidence. *Pediatr Infect Dis J* 2000;19:929-37.

## O Choro e o Riso – o Choro (parte 1)

### *Crying and laughter – Crying (part 1)*

Ana Brett <sup>(1)</sup>, Sofia Granja <sup>(2)</sup>, Manuel Salgado <sup>(1)</sup>

#### Resumo

Chora-se por tristeza, por dor, por alegria, por conveniência, por cinismo ou simplesmente porque apetece chorar. E até se chora pelo cheiro das cebolas ou de outro irritante ocular qualquer. À exceção deste último mecanismo, é saudável chorar.

Em relação ao choro descreve-se: a sua anátomo-fisiologia, a constituição dos três tipos de lágrimas, a sua mímica, o seu papel fisiológico e social, as diferenças entre homens e mulheres, os seus objetivos e o choro fingido com a explicação da frase «lágrimas de crocodilo».

**Palavras-chave:** choro, lágrimas, sociedade.

#### Abstract

*We cry out of grief, pain, joy, convenience, cynicism or simply because we feel like it. We even cry because of the smell of onions or some other eye irritant. Apart from this last mechanism, it is healthy to cry.*

*Crying is described regarding: its anatomy and physiology, the constitution of the three kinds of tears, its mimics, its physiological and social role, the differences between men and women, its purposes and the explanation for «crocodile tears».*

**Keywords:** cry, tears, society.

#### Introdução

O choro é uma capacidade quase exclusiva de humanos, consistindo na produção, em grande quantidade, de lágrimas, sem associação a um irritante ocular.

Existem dois tipos de choro: o choro resultante de algum tipo de emoção espontânea e o choro intermitente ou persistente, que pode surgir com ou sem motivo, sendo indicador de uma possível doença, como a depressão. Nas situações em que traduz um estado emocional alterado, pode ocorrer na presença de terceiros ou quando se está só, podendo ser o resultado de medo, tristeza, depressão, alegria exagerada, raiva, aflição, luto, dor, desespero, frustração, impotência, amor, melancolia, nervosismo, pânico, nostalgia, rejeição, opressão, pena, alegria, admiração, condolências, arrependimento, afeto, simpatia, carinho, entre muitas outras causas <sup>(1)</sup>, exprimindo assim os sentimentos de quem chora. Curiosamente, um choro feliz dura em média 2 minutos, enquanto um choro triste já dura cerca de 7 minutos <sup>(2)</sup>.

#### Os Grandes Pensadores e o Choro

Ao longo dos anos, o choro tem sido descrito por várias figuras históricas, sendo caracterizado pelos grandes pensadores de diferentes formas:

- **Darwin** referiu-se ao choro como uma expressão específica do Homem.
- **Aristóteles** afirmava que era uma forma de limpeza emocional.
- **Freud** descrevia as lágrimas da criança como manipuladoras e as do adulto como regressivas.
- **Descartes** desvalorizava a relação entre o choro e a mente, considerando-o apenas uma reação do corpo.

#### Tipos de Lágrimas

Estão descritas 3 tipos de lágrimas: as **lágrimas basais** com função de lubrificação, as **lágrimas reflexas** desencadeadas por alguma

substância irritante, mas com constituição equivalente às lágrimas basais <sup>(3)</sup>, e as **lágrimas emocionais ou psicogénicas** que surgem devido ao *stress* emocional, sofrimento ou dor física <sup>(4)</sup>.

As lágrimas psicogénicas têm uma constituição diferente das lágrimas basais. Têm um teor proteico superior, com maior concentração de hormonas proteicas como a prolactina que estimula a produção de lágrimas; a adrenocorticotropina (ACTH), uma hormona de *stress*; a leucina-encefalina que afeta a sensibilidade à dor e modula alterações induzidas pelo *stress* no sistema imune; e a serotonina. Tem ainda maior teor em manganésio e potássio <sup>(4)</sup>.

#### Anátomo-fisiologia do choro

Os mesmos nervos, recetores e transmissores parecem estar envolvidos na produção dos vários tipos de lágrimas. No entanto, os estímulos para as lágrimas psicogénicas e consequentemente para o choro são recebidos através de um determinado contexto social <sup>(4)</sup>. Isto porque o choro é o resultado de um processo emocional e cognitivo <sup>(1)</sup>.

Em termos fisiológicos, inicialmente é ativado o córtex pré-frontal: há um aumento da frequência cardíaca sugerindo uma ativação nervosa simpática <sup>(5)</sup>. Logo de seguida é ativado o sistema límbico <sup>(6)</sup>, responsável pelas respostas emocionais, tendo o hipotálamo um particular papel no controlo do ramo parassimpático do sistema nervoso autónomo: é no hipotálamo que é feito o controlo da produção de lágrimas pelas glândulas lacrimais, mediado pelo neurotransmissor acetilcolina e pela ativação dos recetores nicotínicos e muscarínicos. É pela ativação de todos estes mecanismos que são produzidas as lágrimas <sup>(4)</sup>.

#### A mímica do choro

O choro acompanha-se de vários gestos e expressões, que dependem do tipo de emoção em causa, bem como da situação e personalidade

1 Hospital Pediátrico de Coimbra 2 Hospital São João, Porto  
Correspondência: Ana Brett - anacbrett@gmail.com

de quem chora. Para além da produção de lágrimas, pode existir o rubor facial, flexão da cabeça, fechar dos olhos, baixar das pálpebras, esconder da face com as mãos, suspirar, respiração convulsiva, por vezes associada a espasmos da parte superior do corpo e dos músculos da face (Figura 1 e 2), gritar, entre outros <sup>(1)</sup>.

Logo, durante o choro, são tipicamente utilizados diversos músculos da face: inicialmente há contração dos músculos da orofaringe, sendo posteriormente usados outros músculos, como o depressor do *anguli oris*, *mentalis* e o *procerus* <sup>(7)</sup>.



Fotografia 1 • **Choro manipulativo com lágrimas, numa criança de 2 anos**  
(publicação autorizada pelos pais).



Fotografia 2 • **Criança de 3 anos com depressão reactiva à morte da mãe. Tinha poucas lágrimas e antes um semblante muito, muito triste**  
(publicação autorizada pelo pai).

## Ontogénese

Choramos desde o nascimento. No entanto, nos recém-nascidos e pequenos lactentes, o choro é um reflexo, uma forma de comunicação, de linguagem <sup>(8, 9)</sup>: porque têm fome, sono, dor...

Segundo Darwin, as lágrimas psicogénicas surgem mais tarde que as lágrimas reflexas. Diferentes estudos sugerem diferentes períodos para o início do choro emocional: um estudo descreve que a maioria das crianças chora emocionalmente pela sexta semana de vida <sup>(10)</sup>, no entanto outros estudos referem que será pelos 4 ou 5 meses <sup>(11, 12)</sup>.

## O papel social do choro

O choro não patológico pode dever-se tanto a uma necessidade do organismo em expressar uma emoção, como pode ser simulado para conquistar algum objetivo. Aqui inclui-se o choro da criança para chamar a atenção (Figura 1), do adulto com o propósito de desencadear uma reação de empatia ou solidariedade e aquele usado por atores na dramatização (*«O ator pensa em algo pessoal que ajude a desencadear a sua emoção»*, Constantin Stanislavski). O choro é considerado normal em bebés e crianças. E, como já descrito, no recém-nascido é considerado como uma forma de comunicação <sup>(9)</sup>.

Pode ser classificado como negativo ou positivo de acordo com ser desencadeado por tristeza ou felicidade. Também pode ser classificado de acordo com o seu propósito, se representa um apelo para ajuda ou uma oferta de ajuda ou apoio. Neste último caso, novamente podemos considerar o choro como sendo positivo ou negativo... Negativo quando desencadeado pelo sofrimento de outros e positivo quando desencadeado pela felicidade de outros <sup>(1)</sup>.

Mas nem sempre o choro é bem aceite pela sociedade, demonstrando «fragilidade» em algumas culturas. Na cultura Zuni, aos parentes em luto, são apenas permitidos 4 dias para chorar. Após este período, considera-se que o luto terminou. Já os gregos guardavam as próprias lágrimas em frascos e enterravam-nas com os entes queridos, para mostrar o quanto sentiam a falta deles. Ainda no século XVIII os homens eram reverenciados pela sua sensibilidade, chorando por isso frequentemente em público (como por exemplo na ópera).

Verifica-se portanto que numerosos fatores, como o grupo étnico, estatuto social, profissão, alterações hormonais, sexo e características individuais vão influenciar a relação de cada um com o choro <sup>(4)</sup>.

## O papel fisiológico do choro

William Frey especula que a produção de **lágrimas psicogénicas** será essencial para a libertação de químicos produzidos em resposta ao *stress*, como a prolactina e ACTH, tendo um papel fundamental em restaurar o balanço químico do corpo ao eliminar hormonas de *stress* <sup>(13)</sup>.

## Diferenças entre homens e mulheres

Socialmente o choro é melhor aceite em mulheres do que em homens. As mulheres choram 4 vezes mais frequentemente que os homens, têm em média 5 episódios / mês de choro <sup>(14)</sup> e têm uma maior produção de lágrimas (Figura 3). Também, em geral, as mulheres choram por razões positivas e negativas e os homens quase sempre por razões negativas. Esta diferença nas características do choro entre sexos é especialmente evidente após a entrada do adolescente na puberdade.

A maior frequência do choro em mulheres pode ser explicada pelos níveis de prolactina nas mulheres serem 50-60% superiores aos níveis nos homens – níveis elevados de prolactina diminuirão o limiar de

choro, logo as mulheres chorarão mais frequentemente <sup>(13)</sup> e as grávidas ainda mais facilmente. E ainda maior facilidade em chorar têm as puérperas, com as tão comuns alterações do humor do pós-parto, representadas pelos *baby blues* ou pela depressão do pós-parto <sup>(15)</sup>.



Figura 3 • Uma maior propensão para o choro é própria das mulheres.

Especula-se assim que a prolactina possa ter por isso um papel duplo: aumenta a vulnerabilidade da pessoa ao *stress*, bem como aumenta a tendência para chorar e assim libertar o *stress* <sup>(13)</sup>.

As diferenças anatómicas entre as glândulas lacrimais dos homens e das mulheres poderão também explicar a maior frequência de choro pela mulher: as glândulas lacrimais são dos poucos órgãos que são maiores nas mulheres do que nos homens <sup>(16)</sup>.

Então como libertam os homens as hormonas de *stress*?

A natureza elimina funções biológicas desnecessárias para a sobrevivência. Uma teoria possível, que contempla a evolução da espécie, baseia-se nos homens serem os caçadores, com necessidade de ver bem as suas presas. Embora a caça fosse uma atividade com elevado nível de *stress*, este seria libertado de uma forma que não induzisse alterações visuais, nomeadamente pelo suor. Assim, no homem, as hormonas de *stress* são eliminadas prioritariamente pelo suor e, na mulher, pelas lágrimas. No entanto, a partir da meia-idade, com a diminuição dos níveis de testosterona nos homens e dos níveis de estrogénio nas mulheres, a tendência natural é que os homens chorem proporcionalmente mais e as mulheres menos <sup>(17)</sup>.

## Bibliografia

1. Murube J. Basal, reflex, and psycho-emotional tears. *Ocul Surf.* 2009; 7:60-6.
2. Givens DB. The Nonverbal Dictionary of Gestures, Signs & Body Language Cues. Washington, Center for Nonverbal Studies Press, 2002, 347-9.
3. Tsubota K. Tear dynamics and dry eye. *Prog Retin Eye Res.* 1998; 17:565-96.
4. Messmer EM. Emotional tears. *Ophthalmology.* 2009; 106:593-602.
5. Kamiya K, Fumoto M, Seki Y, Sato-Suzuki I, Arita H. Activation of the medial prefrontal cortex prior to crying. *The Autonomic Nervous System* 2007; 144:314-20.
6. Newman JD. Neural circuits underlying crying and cry responding in mammals. *Behav Brain Res.* 2007; 182:155-65.
7. Fanghänel J, Gedrange T, Proff P. The face-physiognomic expressiveness and human identity. *Ann Anat.* 2006; 188:261-66.
8. Cross I. Communicative development: neonate crying reflects patterns of native-language speech. *Curr Biol.* 2009; 19:1078-1019.
9. Bydlowski-Aidan S, Joussemme C. Pleurs du nourrisson et interactions familiales. *Journal de pédiatrie et de puériculture.* 2008; 21:204-8.
10. Montagu A. Natural selection and the origin and evolution of weeping in man. *JAMA.* 1960; 174:130-35.
11. Morris D. The naked ape. New York, McGraw-Hill, 1967.

## O choro patológico

Quando o choro traduz uma doença ou um distúrbio emocional, a mais evidente será a depressão. No entanto, estudos confirmam que quanto maior a duração da depressão, menor a propensão para o choro <sup>(18)</sup>, pois os mecanismos de auto-equilíbrio do corpo ficam alterados.

No que diz respeito à depressão na criança, esta é caracterizada essencialmente por alterações emocionais, da função cognitiva e sintomas somáticos. O principal sintoma emocional é a tristeza, o humor deprimido. A criança pode chorar mais do que habitualmente mas em alguns casos, tal como os adultos, as crianças afirmam que embora lhes apeteça chorar, não o conseguem fazer <sup>(19)</sup>.

Com características bastante diferentes temos como outro exemplo de choro patológico o lacrimejo excessivo da depressão induzida por cocaína <sup>(20)</sup>.

## O choro fingido

Finalmente, não nos devemos esquecer das carpideiras que pagas para gritar, com ou sem lágrimas. Nem das «lágrimas de crocodilo», tradutoras de uma demonstração não sincera de arrependimento. Esta designação tem origem no facto do crocodilo, quando come a sua presa, ter de abrir a mandíbula de tal forma que comprime a glândula lacrimal, causando lacrimejo. Já a síndrome de lágrimas de crocodilo ou de Bogorad é uma complicação rara da paralisia facial de Bell. É caracterizada por lacrimação do mesmo lado da paralisia, desencadeada pelo acto de mastigação <sup>(21)</sup>.

## Conclusão

Nove em cada dez pessoas sente-se melhor depois de chorar (13). Chora-se por tristeza, por dor, por alegria, por conveniência, por cinismo, ou simplesmente porque apetece chorar. E até se chora pelo cheiro das cebolas ou de outro irritante ocular qualquer. À exceção deste último mecanismo, é saudável chorar...

Mas rir é ainda o melhor remédio!

12. Vignat JP, Gougoud G. Lacrimal syndrome. *Arch Ophthalmol (Paris).* 1976; 36:773-84.
13. Frey WH, Langseth M. Crying: The Mystery of Tears. Minneapolis, Winston Press, 1985.
14. Chip W. Why do we cry? *Scientific Amer Mind.* 2006; 17:44-51.
15. Perfetti J, Clark R, Fillmore CM. Postpartum depression: identification, screening, and treatment. *WMJ.* 2004; 103:56-63.
16. Corneli-Bell AH, Sullivan DA, Allansmith MR. Gender-related differences in the morphology of the lacrimal gland. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 1985; 26:1170-75.
17. Hingston, S. «Why We Cry». *Women's Health.* Outubro, 2006. Available at: <http://www.womenshealthmag.com/life/emotional-health-guide>. Accessed January 10; 2012.
18. Patel V. Crying behaviour and psychiatric disorder in adults: a review. *Compr Psychiatry.* 1993; 34:206-11.
19. Baker K. Treatment and management of depression in children. *Current Paediatrics.* 2006; 16, 478-83.
20. Zarkowski P, Pasic J, Russo J, Roy-Byrne P. "Excessive tears": a diagnostic sign for cocaine-induced mood disorder? *Compr Psychiatry.* 2007; 48:252-56.
21. Morais Pérez D, Dalmáu Galofre J, Bernat Gili A, Ayerbe Torrero V. Crocodile tears syndrome. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 1990; 41:175-77.



## Quedas frequentes – o que pensar?

### *Frequent falls - what to think?*

Sónia Santos <sup>(1)</sup>, Pedro Fernandes <sup>(1)</sup>, Rita Oliveira <sup>(1)</sup>, Cristina Faria <sup>(1)</sup>,  
Elisabete Santos <sup>(1)</sup>, Nuno Andrade <sup>(1)</sup>, Isabel Fineza <sup>(2)</sup>

#### Resumo

**Introdução:** As quedas podem ter várias etiologias. As doenças neuromusculares podem estar na sua génese, nomeadamente a distrofia muscular de Duchenne (DMD), doença de transmissão ligada ao cromossoma X, de deterioração progressiva e de mau prognóstico. O diagnóstico precoce permitirá melhorar a qualidade de vida e realizar aconselhamento genético. No caso apresentado o diagnóstico foi feito apenas aos sete anos, quando foi referenciado à consulta por quedas frequentes. O estudo subsequente aos irmãos de três anos e onze meses veio a revelar a mesma doença.

**Caso clínico:** Rapaz de sete anos, investigado por quedas frequentes/alterações motoras com quatro meses de evolução. Iniciou marcha aos doze meses, mas sempre teve dificuldade em levantar-se do chão. Os antecedentes familiares eram irrelevantes. O exame físico demonstrava sinais sugestivos de distrofia muscular: pseudohipertrofia gemelar bilateral, retração aquiliana, marcha miopática e sinal de Gowers presente. Analiticamente tinha CK (creatina-quinase) total elevada, bem como os irmãos de três anos (com sinal de Gowers) e de onze meses (assintomático). O estudo complementar, que implicou biópsia muscular, concluiu tratar-se de DMD com identificação de mutação pontual do gene da distrofina (mutação c.5899C>T) no exão 41, igualmente encontrada nos irmãos e mãe. A família foi orientada para um Hospital Central para abordagem multidisciplinar.

**Discussão:** O diagnóstico de DMD faz-se inicialmente pela história clínica e exame físico. É fundamental que em consultas de acompanhamento, os médicos assistentes procedam a um exame objetivo completo, nomeadamente neurológico. Devido às repercussões motoras, respiratórias, cardíacas, esqueléticas e cognitivas e ao mau prognóstico desta doença, uma equipa multidisciplinar é crucial. O apoio psicológico e o aconselhamento genético são igualmente uma prioridade, ainda mais evidente neste caso demonstrado.

**Palavras-chave:** fraqueza muscular, distrofia, Duchenne.

#### Abstract

**Introduction:** Falls can have multiple etiologies. The neuromuscular diseases may be in its genesis, including Duchenne muscular dystrophy (DMD), that is a X-linked transmission disease with progressive deterioration and poor prognosis. Early diagnosis will improve the quality of life and will perform the genetic counseling. In the presented case the diagnosis was done only at the age of seven, when he was referenced to consultation by frequent falls. The subsequent study of the brothers at three years of age and eleven months confirmed the same disease.

**Case report:** Boy of seven years old, investigated by frequent falls/motor abnormalities with four months of evolution. He began the gait at twelve months of age, but always had difficulty getting up off the floor. The family history was irrelevant. The physical examination showed signs suggestive of muscular dystrophy: pseudohypertrophy of the calf, shortening of the Achilles tendons, a waddling gait and a Gower's sign. Analytically he had a total CK (creatine kinase) value increased, as well as the brothers of three years old (with Gower's sign) and eleven months of age (asymptomatic). The additional study, which involved muscle biopsy, concluded that it was DMD with the identification of point mutation of the dystrophin gene (mutation c.5899C> T) in exon 41, also found in siblings and mother. The family was geared to a Central Hospital for multidisciplinary approach.

**Discussion:** The diagnosis of DMD is made initially by medical history and physical examination. It is essential that in follow-up visits, the physicians assistants proceed to a complete physical examination, including neurological exam. Due to the motor, respiratory, cardiac, skeletal, and cognitive impact and the poor prognosis of this disease, a multidisciplinary team is crucial. The psychological support and genetic counseling are also a priority, even more obvious in this case demonstrated.

**Keywords:** muscle weakness, dystrophy, Duchenne.

#### Introdução

As quedas frequentes são um motivo recorrente de consulta em idade pediátrica. Na maioria dos casos, não se comprova doença, e noutros está subjacente uma causa ortopédica. Destas destacam-se, as quedas secundárias à rotação interna dos pés por anteversão femoral exagerada, torção interna da tibia e/ou metatarso *aductus* <sup>(1,2)</sup>. Contudo, há sinais que devem alertar o médico assistente para outras etiologias, nomeadamente doenças neuromusculares. O exame físico

completo, com exame neurológico associado, pode colocar-nos no encalce dessa etiologia. O sinal de Gowers, ou seja o recurso ao apoio das mãos para a criança se levantar a partir do chão, é um sinal tradutor de fraqueza muscular da cintura pélvica, devendo considerar-se a presença de uma distrofia muscular <sup>(3)</sup>.

As distrofias musculares são um grupo heterogéneo de doenças hereditárias, resultantes de defeitos em genes que contribuem para a

normal função muscular, sendo a fraqueza muscular o primeiro sintoma <sup>(4)</sup>. Das distrofias musculares de transmissão ligada ao cromossoma X, destacam-se a distrofia muscular de Duchenne (DMD) e a doença de Becker, ambas com mutações no gene responsável pela produção da distrofina (proteína que contribui para a estabilização e proteção da fibra muscular), estando esta ausente na DMD e diminuída ou alterada da doença de Becker <sup>(3)</sup>.

A DMD manifesta-se clinicamente aos dois / três anos de idade por fraqueza muscular com atingimento primário da cintura pélvica e depois dos membros inferiores e mais tarde da cintura escapular e membros superiores. São crianças com dificuldade em correr e saltar, com marcha miopática (ou marcha «à pato» pelos movimentos oscilantes da bacia) e em «bicos de pés», que apresentam sinal de Gowers e ausência ou diminuição dos reflexos. Apresentam ainda clinicamente hiperlordose lombar, pseudohipertrofia gemelar e retração do tendão de Aquiles, ocorrendo défices cognitivos variáveis <sup>(3)</sup>.

Para o diagnóstico contribui ainda, o aumento da creatina-kinase (CK) total, a biópsia muscular e o estudo molecular do gene da distrofina.



Figura 1 • Pseudo-hipertrofia gemelar.

## Caso clínico

Rapaz, de sete anos de idade, foi internado no hospital da área de residência (novembro de 2009) por quedas frequentes / alterações motoras, dificuldade em correr e saltar com quatro meses de evolução, de agravamento progressivo e noção de perda de peso não quantificada. Não tinha queixas do foro gastrointestinal, genito-urinário ou respiratório.

Era o primeiro filho de uma gestação de 34 semanas, tendo nascido por cesariana com boa adaptação à vida extrauterina. Apresentava à nascença um peso de 2450 g (~P50), comprimento de 43.5 cm (~P10) e perímetro cefálico de 32.5 cm (~P50). Não teve intercorrências no período neonatal. Iniciou a marcha com cerca de doze meses de idade, mas havia já referência a «dificuldade em levantar-se do chão» e marcha esporádica em «bicos de pés». A partir dos quatro anos registou-se uma importante desaceleração no peso e depois na estatura, com cruzamento de percentis, estando atualmente abaixo do P5. Frequentava o segundo ano de escolaridade, mas apresentava dificuldades escolares a todas as disciplinas. Os

antecedentes familiares eram irrelevantes, nomeadamente ausência de consanguinidade e de doenças neuromusculares.

Ao exame físico apresentava aspeto emagrecido com amiotrofia (atrofia muscular) generalizada. Não apresentava alterações cutâneas, respiratórias ou abdominais. Auscultava-se um sopro sistólico cardíaco no foco mitral de grau II/VI. Era evidente uma marcha miopática, muitas vezes em «bicos de pés», retração aquiliana, pseudohipertrofia gemelar bilateral (Figura 1), escoliose com giba à direita e hiperlordose lombar. Ao exame neurológico destacava-se a ausência de reflexos rotulianos e a presença de sinal de Gowers (Figura 2), com força muscular de grau V (normal) a nível dos membros superiores.



Figura 2 • Sinal de Gowers.

Evocada a hipótese diagnóstica de doença neuromuscular, efetuou estudo analítico que revelou CK total de 6.887 UI/L (N<160 UI/L), ALT/AST de 384/203 UI/L (N< 45 e 55 UI/L, respetivamente). O eletrocardiograma (ECG) revelou uma arritmia sinusal e o ecocardiograma mostrou um coração anatómico e funcionalmente normal.

Os pais e irmãos foram igualmente estudados. A mãe e o pai apresentavam CK totais normais de 69 e 187 UI/L, respetivamente; os irmãos de 3 anos e 11 meses apresentavam valores de CK total de 21.316 UI/L e 11.325 UI/L, respetivamente. Clinicamente apenas o irmão de 3 anos apresentava já sinal de Gowers.

Prosseguiu-se a investigação com estudo molecular para DMD, inicialmente para as deleções e duplicações mais frequentes do gene da distrofina, tendo sido inconclusivo, mas compatível com um modo de transmissão ligado ao cromossoma X, com identificação do haplotipo de risco, estando os marcadores DMDSTR44 a MP1P presentes nos três filhos estudados.

O caso índice foi submetido a biópsia muscular, verificando-se em estudo imunocitoquímico das frações Dys1, Dys2 e Dys3 da distrofina que a maioria das fibras estava ausente, fenómeno que permitiu o diagnóstico de DMD (Figura 3). O estudo das mutações pontuais do gene da distrofina identificou a mutação c.5899C>T no exão 41 (p.Arg1967X), igualmente encontrada nos irmãos e mãe.

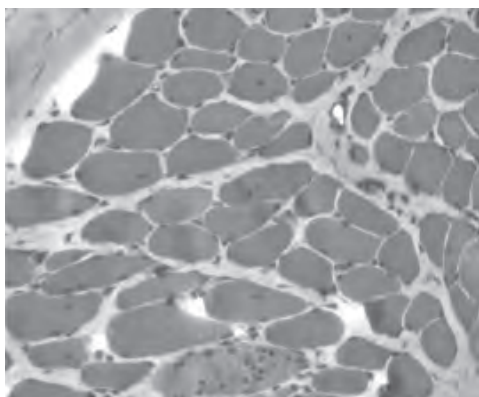


Figura 1 • Biópsia muscular, demonstrando necrose de fibras, fibrose, núcleos internos e variabilidade anormal do diâmetro de fibras. Foto gentilmente cedida pelo Prof. Dr. Melo Pires (Hospital Santo António – Porto).

A família foi orientada para consultas de Doenças Neuromusculares, Genética, Medicina Física e de Reabilitação, Cardiologia, Pneumologia, Ortopedia e Nutrição de um Hospital Central. A avaliação cognitiva demonstrou um QI de 71, com défice de atenção, pelo que apresenta atualmente apoio escolar. Sob o ponto de vista cardiológico mantém ecocardiograma normal embora o ECG tenha demonstrado «eixo a 80°, com ligeiro predomínio do ventrículo esquerdo». Iniciou Inibidores de enzima de conversão da angiotensina (IECA) (pirindopril) e faz ainda, ventilação noturna não invasiva e corticoterapia oral. Tem sessões semanais de fisioterapia e terapia ocupacional, mantendo até à data deambulação.

## Discussão

A DMD afeta aproximadamente 1:3.500 nados vivos do sexo masculino <sup>(5)</sup>. O gene envolvido está localizado no braço curto do cromossoma X (Xp21), responsável pela produção de distrofina <sup>(6)</sup>. A maioria das mutações deste gene resulta de deleções e duplicações (cerca de 80 % das mutações) e menos frequentemente de mutações pontuais (15 a 20 %) <sup>(7)</sup>. A ausência de distrofina resulta em degeneração das fibras musculares, responsável pela fraqueza muscular <sup>(6)</sup>.

A DMD tem ainda complicações cardíacas, com o aparecimento de miocardiopatia dilatada, cuja incidência aumenta com a idade e arritmias cardíacas <sup>(8)</sup>. Surgem ainda, complicações ortopédicas, com fraturas ósseas dos membros inferiores e superiores <sup>(9)</sup> e escoliose progressiva, que associada à fraqueza muscular agrava a disfunção pulmonar <sup>(3)</sup>.

Até à data não existe cura, pelo que se exige prevenção das complicações. São necessários mais estudos relativamente à administração de Inibidores de Enzima de Conversão da Angiotensina (IECAs) e ao seu benefício na progressão de doença cardíaca em crianças com DMD com Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo (FEVE) normal, mas se já existir miocardiopatia dilatada pode ser útil a administração de IECAs ou beta-bloqueantes <sup>(10,11)</sup>. A ventilação não invasiva noturna é usada em

casos de hipoventilação noturna sintomática <sup>(10)</sup>. A corticoterapia pode ser realizada nas crianças com cinco ou mais anos de idade, cujas aptidões motoras tenham estabilizado ou regredido <sup>(12)</sup>. A sua utilização está associada a um aumento significativo da força muscular e da função pulmonar, diminuição do risco de escoliose e aumento do tempo de deambulação <sup>(10)</sup>. Contudo, os efeitos adversos já conhecidos dos corticóides devem ser ponderados, sobretudo o risco de osteoporose e fraturas, o aumento de peso/obesidade e o desenvolvimento de hipertensão arterial, pelas repercussões que podem ter numa criança com DMD <sup>(10)</sup>. Apesar destas medidas, a maioria das crianças aos doze anos de idade encontra-se numa cadeira de rodas e a morte surge na adolescência tardia ou na segunda década de vida por insuficiência respiratória ou cardiomiopatia <sup>(3)</sup>.

Embora a DMD se manifeste precocemente, na maioria dos casos o diagnóstico apenas é feito aos três/sete anos de idade <sup>(11)</sup>. O caso clínico apresentado manifestava na altura do internamento, um conjunto de sinais e sintomas já sugestivos de distrofia muscular. Contudo, a história clínica revelava sinais precoces de doença como a noção de dificuldade em levantar-se do chão «desde sempre» e a marcha em «bicos de pés», que poderiam ter ajudado num diagnóstico mais precoce e consequente aconselhamento genético. A desaceleração no peso deve-se à degeneração das fibras musculares (pela ausência da distrofina), havendo substituição por tecido adiposo e conjuntivo. A pseudohipertrofia gemelar resulta desse mesmo processo de substituição. Podem ocorrer défices cognitivos em 20-30% dos casos <sup>(13)</sup>, situação observada no nosso caso clínico.

A elevação da CK total corrobora o diagnóstico, podendo atingir valores máximos antes do aparecimento da clínica, com um pico máximo por volta dos dois anos de idade, que pode ser dez a 20 vezes superior ao limite máximo. Depois, esses valores de CK vão diminuindo cerca de 25 %/ano, podendo normalizar em alguns casos à medida que o músculo é substituído por tecido adiposo e conjuntivo <sup>(3)</sup>. E de facto, dos três irmãos, o caso índice era o que tinha o valor de CK total mais baixo (6.887 UI/L) apesar das manifestações clínicas. O irmão de três anos tinha o nível de CK total mais elevado (21.316 UI/L) o que corresponde aproximadamente à idade do pico máximo de CK total atingido.

Das mães portadoras da doença, 70% apresentam CK totais elevadas, embora os valores diminuam com a idade <sup>(3)</sup>. No caso relatado, a mãe apresentava CK total normal.

O estudo molecular para DMD deve iniciar-se para estudo das deleções e duplicações do gene da distrofina (pois são as situações mais frequentes), que no caso foi inconclusivo. A biópsia muscular, ao demonstrar substituição de músculo por tecido adiposo e conjuntivo e a análise imunocitoquímica a demonstrar ausência de distrofina, permitiu o diagnóstico de DMD. Contudo, a identificação da mutação é fundamental, sobretudo para aconselhamento genético, pelo que se prosseguiu com o estudo das mutações pontuais, que só deve ser pedido quando o primeiro estudo para duplicações e deleções é inconclusivo, como foi o caso. Este identificou uma mutação pontual no éxon 41, pelo que os restantes irmãos e mãe foram estudados revelando a mesma mutação. O diagnóstico pré-natal é possível após identificação da mutação <sup>(3)</sup>, contudo neste caso, já dois irmãos tinham nascido e ambos do sexo masculino, com DMD diagnosticada. A família foi referenciada a consulta de aconselhamento genético.

Perante as complicações cardíacas, pulmonares e ortopédicas é fundamental o seguimento por equipas multidisciplinares de forma a preveni-las<sup>(10)</sup>. Até à data, nenhum dos casos apresenta cardiomiopatia. O caso índice ainda deambula e encontra-se a fazer ventilação noturna não invasiva pelo padrão restritivo pulmonar desta doença. O apoio psicológico torna-se evidente, sobretudo neste caso quando os três irmãos têm a doença.

permitirá o aconselhamento genético e atrasar o desenvolvimento das complicações da doença. Salienta-se ainda, que por se tratar de uma doença com mau prognóstico e sem cura, o envolvimento de uma equipa multidisciplinar é crucial, dadas as repercussões motoras, respiratórias, cardíacas, esqueléticas e cognitivas inerentes à DMD. O apoio psicológico e o aconselhamento genético são igualmente uma prioridade, ainda mais evidente neste caso demonstrado.

## Conclusão

Um motivo frequente de referenciação a consulta como quedas, implica uma história clínica completa e exame físico que inclua o exame músculo-esquelético e neurológico. O diagnóstico precoce de DMD

## Bibliografia

- Seabra JF. Posicionamento e desvio dos membros inferiores. In: Conceitos Básicos de Ortopedia Infantil 3ªed. Coimbra, ASIC, 2000, 120-37
- Sass P, Hassan G. Lower extremity abnormalities in children. *Amer Fam Phys* 2003; 68(3):461-8.
- Emery AE. The muscular dystrophies. *Lancet* 2002; 359:687-95.
- Darras BT. Clinical features and diagnosis of Duchenne and Becker muscular dystrophy [Internet]. The UptoDate website [updated 2011 March 8; cited 2012 February 3]. Available from: <http://www.uptodate.com>.
- Desguerre I, Christov C, Mayer M, et al. Clinical Heterogeneity of Duchenne muscular dystrophy (DMD): Definition of sub-phenotypes and predictive criteria by long-term follow-up. *PLoS One* 2009; 4(2): e4347.
- Worton R. Muscular dystrophies: diseases of the dystrophin-glycoprotein complex. *Science* 1995; 270:755-6.
- Aartsma-Rus A, Van Deutekom JC, Fokkema IF, Van Ommen GJ, Den Dunnen JT. Entries in the Leiden Duchenne muscular dystrophy mutation database: an overview of mutation types and paradoxical cases that confirm the reading-frame rule. *Muscle Nerve* 2006; 34:135-44
- Nigro G, Comi LI, Politano L, Bain RJ. The incidence and evolution of cardiomyopathy in Duchenne muscular dystrophy. *Int J Cardiol* 1990; 26:271-7.
- McDonald DG, Kinali M, Gallagher AC, et al. Fracture prevalence in Duchenne muscular dystrophy. *Dev Med Child Neurol* 2002; 44:695-8.
- Darras BT. Treatment of Duchenne and Becker muscular dystrophy [Internet]. The UptoDate website [updated 2011 October 28; cited 2012 February 3]. Available from: <http://www.uptodate.com>.
- Section on Cardiology and Cardiac Surgery. Cardiovascular health supervision for individuals affected by Duchenne or Becker Muscular Dystrophy. *Pediatrics* 2005; 116: 1559-73.
- Bushby K, Finkel R, Birnkrant DJ, et al. Diagnosis and management of Duchenne muscular dystrophy, part 1: diagnosis, and pharmacological and psychosocial management. *Lancet Neurol* 2010; 9:77-93.
- Pereira CC, Kiyomoto BH, Cardoso R, Oliveira AS. Duchenne muscular dystrophy: alpha-dystroglycan immunoexpression in skeletal muscle and cognitive performance. *Arq Neuropsiquiatr* 2005;63(4):984-9.



## Hepatite crónica – um caso clínico de desafio diagnóstico

### *Cronic hepatitis – a clinical report of a difficult case*

Alexandra Luz <sup>(1)</sup>, Susana Almeida <sup>(2)</sup>,  
Ricardo Ferreira <sup>(2)</sup>, Isabel Gonçalves <sup>(2)</sup>

#### Resumo

A elevação persistente das transaminases representa um desafio diagnóstico e por vezes, mesmo após exaustiva investigação, não se atinge um diagnóstico definitivo. Das inúmeras causas realçamos a existência de patologia extrahepática, nomeadamente muscular ou sistémica.

Apresenta-se uma criança do sexo feminino referenciada à Consulta de Hepatologia do Hospital Pediátrico aos 13 meses por elevação mantida das transaminases após infecção aguda a vírus Epstein Barr. Ao exame objectivo apresentava uma relação peso/estatura acima do P95, estatura com evolução regular no P25, distensão abdominal com hepatomegália, sem sinais de hepatopatia crónica. A ecografia abdominal sugeria esteatose hepática mas o doseamento de imunoglobulinas, auto-anticorpos e  $\alpha 1$  antitripsina não apresentaram alterações. Por episódios recorrentes de recusa alimentar, vômitos e diarreia associados à ingestão de fruta efectuou estudo molecular de intolerância hereditária à frutose que foi negativo. Foi realizada biópsia hepática aos 25 meses, que revelou hiperplasia das células de Kupffer com fibrose ligeira, sem esteatose.

A persistência de hepatite associada a diarreia recorrente levou ao diagnóstico de doença celíaca. O rastreio de doença celíaca fora adiado pelo excesso de peso e pelas manifestações de intolerância à frutose.

**Palavras chave:** hepatite, criança, doença celíaca, obesidade, frutose.

#### Summary

Persistent and isolated hypertransaminasemia represents a major diagnostic challenge, that sometimes stays undiagnosed even after thorough investigation. From all the major causes, extrahepatic diseases (namely muscular or systemic) stand out.

The authors present a female infant of 13 months referred to the hepatologist for persistent hypertransaminasemia following an Epstein Barr acute infection. She presented a weight/length above P95, a stature evolution on P25, abdominal distention with hepatomegaly and no other signs of chronic liver disease. Abdominal ultrasound suggested liver steatosis, both immunoglobulin and  $\alpha 1$  antitrypsin levels were normal and no auto-antibodies were found.

Following repeated episodes of vomiting and diarrhea associated with fruit ingestion a genetic study of hereditary fructose intolerance was done, and came out negative. A liver biopsy was performed at 25 months of age and disclosed Kupffer cell hyperplasia, with mild fibrosis and no steatosis.

Persistent hypertransaminasemia with diarrhea lead to celiac disease diagnosis. In this particular child, celiac disease investigation was postponed due to her overweight and fructose intolerance symptoms.

**Keywords:** hepatitis, child, celiac disease, obesity, fructose.

#### ACRÓNIMOS

NAFLD – Esteatohepatite não alcoólica  
HPC – Hospital Pediátrico de Coimbra

AST – Aspartato aminotransferase  
ALT – Alanina aminotransferase  
VEB – Vírus Epstein Barr

#### Introdução

Com a maior disponibilidade dos meios complementares de diagnóstico e particularmente com a maior frequência de avaliações analíticas, a detecção da elevação incidental das transaminases tem aumentado <sup>(1)</sup>. Poucos estudos têm sido dedicados ao tema da elevação das transaminases em crianças assintomáticas, mas estima-se que seja uma situação pouco frequente (frequência de 1/1.000 crianças), e geralmente de evolução benigna <sup>(2)</sup>.

A vacinação universal para a Hepatite B, causa mais frequente de elevação assintomática das transaminases até 1999, levou a um declínio daquela entidade como causa hepatite persistente, sendo hoje suplantada por outras causas, em particular causas de esteatohepatite não alcoólica (NAFLD) e de hepatite auto-imune <sup>(3,4)</sup>.

Apresenta-se um caso problema de transaminases persistentemente aumentadas.

#### Caso clínico

Criança do sexo feminino de 13 meses de idade, recorreu ao Serviço de Urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra (HPC) por febre elevada com 6 dias de evolução, acompanhado de discreta obstrução nasal. Não apresentava outras queixas.

Os antecedentes pessoais e familiares eram irrelevantes. O exame objectivo revelou um excelente estado geral, sem alterações relevantes para além de adenopatias cervicais bilaterais (a maior descrita como

1 – Hospital de Santo André, Leiria 2 – Hospital Pediátrico Carmona da Mota, Coimbra  
Unidade de Gastrenterologia e Hepatologia do Hospital Pediátrico de Coimbra, CHC EPE  
Correspondência : alexandra.luz@hotmail.com

2,5 cm na cadeia cervical anterior esquerda, e à direita a maior com 2 cm, também anterior) e fígado palpável até 2 cm abaixo do rebordo costal direito na linha média clavicular.

Foi realizada investigação de síndrome febril prolongado. Desta destacava-se aspartato aminotransferase (AST) 77 UI/L, alanina aminotransferase (ALT) 90 UI/L e serologia com IgM 41 U/ml (negativo < 20 U/ml) para vírus Epstein Barr (VEB), tendo sido o quadro interpretado como infecção aguda a este agente viral – mononucleose infecciosa. Foi reavaliada clínica e laboratorialmente duas e seis semanas após o episódio agudo. Ficou apirética três dias após a vinda ao Serviço de Urgência e mantinha a elevação das transaminases (AST 187 e 155 UI/L, ALT 255 e 186 UI/L), com doseamento de creatina fosfoquinase (CPK) e lactato desidrogenase normais, auto-anticorpos (anti-nucleares, anti-antígeno nuclear extraível e anti-músculo liso) negativos, doseamento de imunoglobulinas e  $\alpha$ 1 antitripsina normais. Foi referenciada à consulta de Hepatologia por provável hepatite a VEB com percurso atípico ou de evolução pouco favorável.

Na consulta de controlo, aos 15 meses de idade, foram valorizados episódios de vómitos desencadeados pela ingestão de fruta, e a recusa selectiva para fruta e doces desde sempre. Na história alimentar havia a referir a introdução do leite adaptado aos 2 meses de idade, e introdução do glúten entre os 5 e os 6 meses de idade.

Na avaliação antropométrica, a criança apresentava uma relação peso/estatura superior ao P95, evolução regular da estatura no P25 (Figura 1) e, ao exame objectivo, discreta distensão abdominal, com bordo hepático palpável 3 cm abaixo do rebordo costal, de consistência mole, não ultrapassando a linha média. Não apresentava esplenomegália ou outros sinais de hepatopatia crónica.

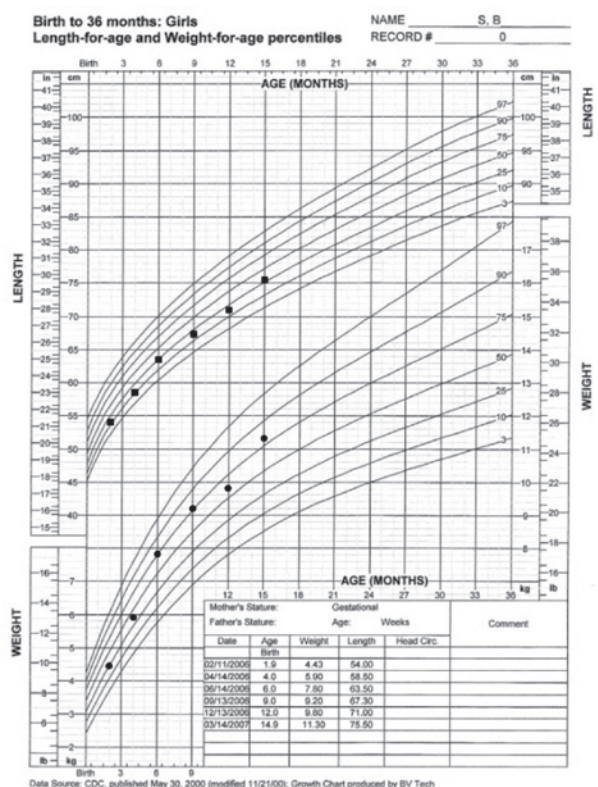


Figura 1 • Evolução do peso e da estatura

Laboratorialmente constatou-se descida do valor das transaminases (AST 59 UI/L, ALT 64 UI/L), com fosfatase alcalina, gama-glutamyl-transferase, triglicerídeos, proteínas totais e albumina normais. A serologia para VEB demonstrava conversão, com IgM negativa e IgG > 600U/L, confirmando infecção recente a VEB.

A ecografia abdominal, realizada aos 18 meses de idade, revelou fígado no limite das dimensões normais para a idade, hiperreflectivo sugerindo esteatose, sem esplenomegália. A pesquisa de açúcares reductores na urina foi negativa. Manteve flutuação dos valores das transaminases (máximo de AST 203 UI/L e ALT 477 UI/L aos 18 meses) até aos 2 anos. O estudo metabólico efectuado foi negativo (ácidos gordos livres urinários, aminoácidos plasmáticos, perfil de acilcarnitinas e cromatografia de açúcares na urina). A biópsia hepática, efectuada aos 25 meses de idade, não mostrou esteatose mas apresentava hiperplasia das células de Kupffer com fibrose ligeira, e infiltrado mononuclear ligeiro a moderado nos espaços porta (Figuras 2 e 3).

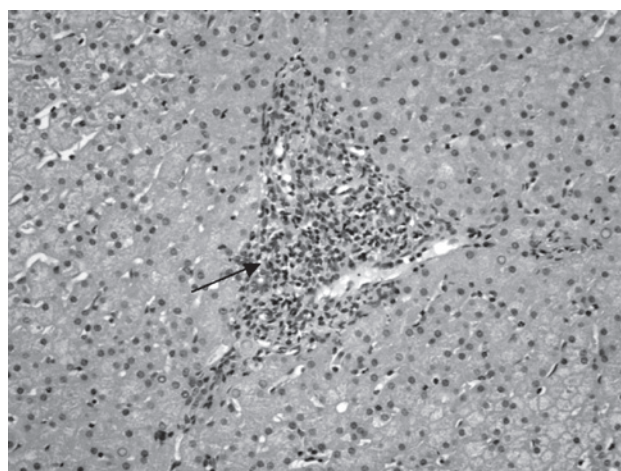


Figura 2 • Biópsia hepática demonstrando infiltrado mononuclear discreto a moderado nos espaços porta

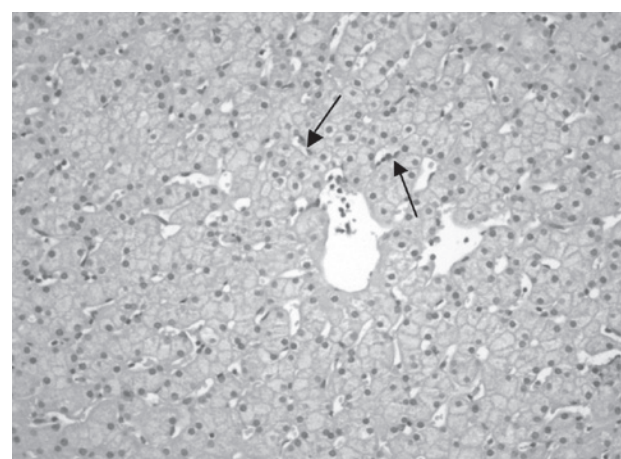


Figura 3 • Biópsia hepática demonstrando veia centrolobulillar, hiperplasia discreta das células de Kupffer.

Aos 2 anos e 9 meses mantinha excesso de peso (IMC 18,2 Kg/m<sup>2</sup>, P75-90), com perímetro braquial adequado, discreta distensão abdominal com timpanismo, mas sem hepatomegália. Para além da já referida recusa alimentar selectiva a fruta e doces associaram-se vários episódios de diarreia, não acompanhada de febre ou outra sintomatologia, sem resposta à administração de tinidazol e, posteriormente, ao metronidazol. Por suspeita de intolerância hereditária à frutose foi efectuada sequenciação do gene da aldolase B que foi negativa.

Seis meses depois, por persistência da sintomatologia com elevação flutuante das transaminases, foi realizado rastreio de doença celíaca: doseamento dos anticorpos IgA anti-transglutaminase de 627 U/L (negativo < 8 U/L), IgA anti-endomísio 320 U/L (negativo < 5 U/L) e IgA anti-gliadina 156 U/L (negativo < 25 U/L).

Foi realizada endoscopia digestiva alta com biópsia jejunal cuja análise histopatológica descreve achados compatíveis com doença celíaca grau IIIa de Marsh (Figura 4), pelo que iniciou dieta sem glúten. Reavaliada aos 3,5 anos e aos 4 anos, a criança encontrava-se sem queixas, com tolerância à frutose. Mantinha obesidade (IMC 18,6 Kg/m<sup>2</sup>, >P95) sem distensão abdominal e, analiticamente, apresentava hemoglobina, transaminases e doseamento de vitaminas lipossolúveis dentro de valores normais.

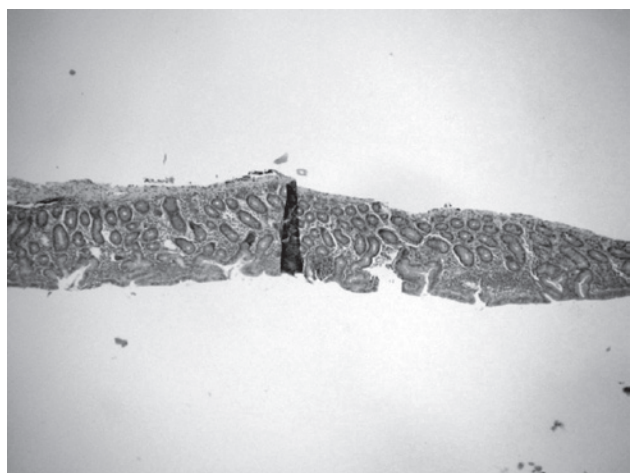


Figura 4 • Biópsia jejunal demonstrando atrofia vilositária.

## Discussão

A abordagem de uma hepatite de causa indeterminada é equacionada por fases e dirigida de acordo com a idade, sexo e apresentação clínica. De uma forma geral, o rastreio da doença celíaca encontra-se contemplado numa fase precoce desta abordagem, por ser uma situação tratável e relativamente frequente.

Outra situação que não deverá ser negligenciada relaciona-se com o facto de as transaminases, particularmente a ALT, não serem enzimas exclusivamente de síntese hepática, o que implica o despiste obrigatório inicial de miopatias por norma efectuado com o doseamento da CPK. A elevação da CPK, que orienta para um diagnóstico de distrofia

muscular, evita a progressão para exames diagnósticos invasivos e não isentos de iatrogenia. O atraso diagnóstico pode ainda ser maior pelo facto de muitas destas miopatias ainda não terem tradução clínica à altura da detecção da elevação das transaminases<sup>(5,6)</sup>. Nesta criança, este despiste fez parte da avaliação inicial da elevação persistente das transaminases, a partir do momento em que esta deixou de ser justificada pelo contexto de infecção aguda a VEB.

A hipertransaminasemia persistente, mesmo como achado isolado, em particular abaixo dos dois anos de idade deve evocar o diagnóstico de doença celíaca, embora constitua uma forma de apresentação desta doença em menos de 3% dos casos. Alterações inespecíficas na biópsia hepática ocorrem em 30% dos doentes com sintomas clássicos de doença celíaca<sup>(7,8)</sup>.

Neste caso clínico, o excesso de peso e os achados ecográficos levaram a considerar como diagnóstico inicial uma NAFLD, situação que também tem aumentado de frequência no contexto actual. Contudo a NAFLD é sempre um diagnóstico de exclusão<sup>(3)</sup>, o que leva a um subsequente conjunto de exames conforme abordagem protocolada. De realçar a importância da realização da biópsia hepática nos casos em que a investigação não conduza a diagnóstico etiológico, uma vez que ainda é considerada o *gold standart* no diagnóstico de fígado gordo. A associação da intolerância digestiva à frutose veio reforçar a suspeita inicial, uma vez que a manifestação hepática é frequentemente a esteatose com elevação das transaminases<sup>(3)</sup>.

O rastreio de doença celíaca foi adiado pelo facto desta criança apresentar evidência de infecção aguda a VEB, causa frequente de hepatite. A cronicidade das alterações, o excesso de peso e manifestações digestivas predominantemente ligadas à ingestão da fruta conduziram a outras hipóteses de diagnóstico que foram entretanto excluídas.

Deve ser portanto enfatizado o facto de que o rastreio da doença celíaca não deve ser adiado além das primeiras abordagens, uma vez que com o aumento do número de formas atípicas, as manifestações classicamente associadas à doença celíaca estão a tornar-se cada vez mais raras<sup>(9)</sup>. Esta situação torna-se cada vez mais verdadeira com o aumento de casos de doença celíaca descritos em associação à obesidade<sup>(10,11)</sup>.

A associação da doença celíaca à intolerância digestiva à lactose tem sido descrita em vários trabalhos e atribuída frequentemente à diminuição das dissacaridases por lesão da mucosa<sup>(12)</sup>. Contudo, a associação à intolerância digestiva à frutose está raramente descrita<sup>(13)</sup>, e os seus mecanismos ainda permanecem por esclarecer.

Só recentemente se reconheceu a individualidade do transporte da frutose no intestino delgado, que depende de transportadores próprios com limitada capacidade de absorção. A frutose da dieta entra no enterócito através de um transportador da membrana vilositária, Glucose Transporter - 5 (GLUT5) e passa para a corrente sanguínea saindo da célula por um outro transportador, o Glucose Transporter - 2 (GLUT2)<sup>(14)</sup>. A possibilidade desta criança ter associado defeitos destes transportadores e doença celíaca requer estudos moleculares que teriam interesse meramente académico já que se observou melhoria clínica com a dieta sem glúten.



## Bibliografia

1. Iorio R, Sepe A, Giannattasio A, Cirillo F, Vegnente A. Hypertransaminasemia in childhood as a marker of genetic liver disorders. *J Gastroenterol* 2005; 40:820-6.
2. Bugeac N, Pacht A, Mandel H, et al. The significance of isolated elevation of serum aminotransferases in infants and young children. *Arch Dis Child* 2007;92:1109-12.
3. Patton HM, Sirlin C, Behling C, Middleton M, Schwimmer JB, Lavine JE. Pediatric nonalcoholic fatty liver disease: a critical appraisal of current data and implications for future research. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2006; 43(4):413-27.
4. Murray KF, Shah U, Mohan N, et al. Chronic hepatitis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2008; 47(2):225-33.
5. Vajro P, Del Giudice E, Veropalumbo C. Muscular dystrophy revealed by incidentally discovered elevated aminotransferase levels. *J Pediatr*. 2010;156(4):689.
6. Zamora S, Adams C, Butzner JD, Machida H, Scott RB. Elevated aminotransferase activity as an indication of muscular dystrophy: case reports and review of the literature. *Can J Gastroenterol*. 1996;10(6):389-93.
7. Nanda K. Non-alcoholic steatohepatitis in children. *Pediatr Transplant* 2004;8(6):613-8.
8. Rubio-Tapia A, Murray JA. The liver in celiac disease. *Hepatology* 2007;46(5):1650-8.
9. Dewar D, Ciclitira P. Clinical features and diagnosis of celiac disease. *Gastroenterology* 2005;128:S19-S24.
10. Moscheo C, Vieni G, Pellegrino S, et al. The changing face of celiac disease: a girl with obesity and celiac disease. *Paediatr Child Health*. 2010;46(11):696
11. Venkatasubramani N, Telega G, Werlin SL. Obesity in pediatric celiac disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2010;51(3):295-7.
12. Prasad KK, Thapa BR, Nain CK, Sharma AK, Singh K. Brush border enzyme activities in relation to histological lesion in pediatric celiac disease. *J Gastroenterol Hepatol* 2008;23:e348-52.
13. Barrett JS, Irving PM, Shepherd SJ, Muir JG, Gibson PR. Comparison of the prevalence of fructose and lactose malabsorption across chronic intestinal disorders. *Aliment Pharmacol Ther* 2009; 30(2):165-74.
14. Corpe C, Burant C, Hoekstra H. Intestinal fructose absorption: clinical and molecular aspects. *J Ped Gastroenterol Nutr* 1999;28(4):364-74.



## A criança e a televisão: os seus riscos e recomendações

Dora Gomes

**É comum os pais referirem o cenário diário em que a criança volta da escola, entra em casa, deixa a mochila no chão e liga a primeira televisão que encontra.**

A televisão pode ser benéfica na infância desde que selecionados programas educativos mas o seu uso excessivo pode ter impacto negativo na saúde, relacionando-se com comportamentos agressivos, mau aproveitamento escolar, dificuldade de interação com os pares, défice de atenção, obesidade, alterações do padrão do sono, entre outros.

### A exposição a televisão pode afetar a saúde do meu filho?

Os meios de comunicação social, pela importância que adquiriram nos nossos dias, desempenham um lugar de destaque na vida da maioria das famílias, podendo afetar a saúde da criança. A televisão é o meio de comunicação social que tem maior relevância.

**Será de perguntar se nos preocupamos e controlamos o que as nossas crianças comem, quanto tempo dormem, com que brincam, não devemos controlar também quanto e quando veem televisão?**

### Qual é o papel dos pais?

Os riscos de ver muita televisão são bem conhecidos e estudados e por isso os pais devem desempenhar um papel ativo na educação sobre o uso racional deste meio de comunicação social. É importante que os pais se preocupem com o tempo e com os programas televisivos que os filhos veem. Mais importante do que serem restritivos, é discutir os programas com as crianças, comentar as situações, explicá-las, ajudá-las a distinguir o que é real e o que é fantasia.

Torna-se assim necessário que os pais conheçam os principais riscos de exposição excessiva à televisão:

#### • Violência

De todos os efeitos negativos atribuídos à televisão, o impacto da violência é o que gera maior preocupação aos pais, educadores, professores e médicos. A criança corre maior risco de tornar-se agressiva depois de ver violência na televisão, especialmente desenhos animados. A televisão pode dar uma visão distorcida do mundo, fomentando a violência e produzindo insensibilidade na própria criança. Estudos de evidência têm demonstrado que a violência nos media pode contribuir para um comportamento agressivo, dessensibilização à violência, pesadelos, medos e perturbações do sono nas crianças. Mesmo em canais televisivos para as crianças existem anúncios publicitários que contêm algum tipo de comportamento violento, perturbador ou sexual.

A violência na televisão surge como uma ameaça para a criança de duas formas. Em primeiro lugar, embora os pais queiram transmitir aos filhos que a violência não é o melhor caminho para a resolução de problemas, muitas vezes a televisão apresenta-a sob o ponto de vista dos «bons», dos heróis que simplesmente fazem justiça e dão aos «maus» aquilo que eles merecem, transmitindo a ideia errónea de que, dependendo de quem

a pratica e das suas intenções, a agressividade é um ato justificado e um meio adequado de resolver problemas e alcançar objetivos.

Por outro lado, ver cenas de violência pode assustar a criança, de formas variadas dependendo da sua idade. Dos 2 aos 7 anos, a criança fica particularmente assustada com cenas que apresentam figuras grotescas como bruxas e monstros, pois nesta fase tem ainda alguma dificuldade em distinguir a fantasia e a realidade. Mais tarde, dos 8 aos 12 anos, os medos associam-se a cenários de desastres naturais, guerras ou situações em que as crianças são vítimas, quer estas sejam apresentadas em ficção, nas notícias ou em *reality shows*.

#### • Comportamentos de risco

Os comportamentos de risco como o consumo de álcool, drogas ou tabaco podem ser apresentados em séries de ficção, filmes ou anúncios como sendo *cool* e normal, não mostrando as reais consequências destes hábitos. Da mesma forma, a atividade sexual é muitas vezes banalizada e descontextualizada, não se dando a importância necessária e o alerta sobre doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência.

#### • Obesidade

É conhecida e comprovada a ligação entre a exposição excessiva à televisão e a obesidade infantil, sendo esta um grave e preocupante problema de saúde pública.

As razões apontadas para esta associação são: por um lado, se uma criança passa grande parte do seu tempo a ver televisão (atividade que não exige grande dispêndio de energia), passa menos tempo a realizar atividade física; por outro lado, a criança é sujeita constantemente a anúncios de alimentos apelativos e altamente energéticos como os *snacks*, chocolates, hambúrgueres, gomas, batatas fritas e bebidas gaseificadas, que por vezes se associam a oferta de brindes (dos heróis da televisão mais conhecidos), tornando-os absolutamente irresistíveis para qualquer criança. É também descrito o incentivo a ingestão de alimentos calóricos enquanto se assiste a televisão. Esta combinação de sedentarismo com alimentos de elevado teor calórico é uma das grandes responsáveis pela obesidade.

A relação entre o excesso de peso / obesidade infantil e hábito de televisão aumenta ainda mais quando a televisão, o computador ou a consola estão no quarto da criança.

#### • Publicidade

A televisão estimula o consumismo através da publicidade. Assim sendo, a publicidade é um dos grandes perigos da televisão, não só por influenciar aspetos como a obesidade e os comportamentos de risco, como pela ansiedade que pode causar na criança que quer ter determinado produto altamente publicitado. Isto pode constituir um grave problema para os pais na medida em que o filho exige o objeto anunciado, causando muitas vezes rivalidades e disparidades entre os pares. As crianças com menos de 8 anos têm dificuldade em entender que a publicidade é uma forma de

vender um produto, tornando-se assim impossível ver qualquer defeito no objeto anunciado.

#### • Alteração dos padrões de sono

A exposição a mais de 3 horas de televisão por dia eleva significativamente o risco de perturbações de sono. As razões da alteração do padrão de sono da criança prendem-se com a dificuldade que muitos pais têm de tirar os filhos da frente do ecrã na hora de deitar e com a existência de cada vez mais programas com conteúdos apelativos para os mais jovens a horas tardias. Um outro motivo diz respeito ao conteúdo dos programas a que a criança assiste. Programas televisivos com figuras agressivas (monstros, bruxas, etc.) geram medos e angústias que podem perturbar o sono causando insónia ou terrores noturnos. Nas crianças mais velhas, que assistem frequentemente aos noticiários, pode ocorrer ansiedade e medo de acontecimentos muitas vezes aí reportados como crimes violentos, guerras ou catástrofes naturais.

#### • Dificuldades escolares

O tempo passado em frente da televisão e do computador é subtraído a atividades importantes como os trabalhos escolares e a leitura, interação com a família e desenvolvimento social.

Um maior tempo dedicado a ver televisão associa-se a um menor nível educacional alcançado na vida adulta, uma maior taxa de abandono dos estudos e piores classificações.

#### • Déficit de atenção

A exposição à televisão em idades precoces (menos de 2 anos), coincidindo com períodos críticos no desenvolvimento cerebral, parece aumentar o risco de problemas de atenção, embora os estudos de evidência sejam escassos. A AAP (*American Academy of Pediatrics*) não recomenda a exposição da criança abaixo de 2 anos diante do ecrã (e note-se que ecrã inclui não só a televisão, mas também DVD, jogos de vídeo, etc.)

### Quais os conselhos para os pais que querem tornar a televisão uma atividade mais segura para os seus filhos?

- Retire a televisão do quarto das crianças e coloque brinquedos, jogos e outras alternativas apetecíveis na divisão onde esta se encontra.
- Evite que crianças com menos de 2 anos vejam televisão.
- Limite o tempo dispendido a ver televisão para o máximo de 2 horas por dia.
- Desligue-a na hora das refeições, privilegiando assim um momento de convívio em família.
- Os pais também não devem permitir que as tarefas escolares sejam realizadas com a televisão ligada, pois esta estará a desviar a atenção da criança.
- Selecione os programas mais adequados de acordo com a idade da criança, e, idealmente, veja-os com o seu filho – isso proporcionar-lhe-á uma forma de filtrar conteúdos, bem como a possibilidade de explicar e educar à medida que o programa decorre.
- Tenha em atenção o sistema de classificação etária do programa de televisão, filme, e/ou jogo de vídeo / consola.
- Deve limitar a quantidade de violência que o seu filho está exposto ao assistir televisão e controle o seu comportamento depois de assistir a programas violentos.
- Discuta as suas preocupações com outros pais e professores, pois assim poderá evitar que o seu filho seja o único que não vê um determinado programa, sentindo-se de certa forma diferente.
- Veja também poucas horas de televisão: além de dar o exemplo poderá passar mais tempo com o seu filho a praticar desporto, ler ou simplesmente brincar.
- Proporcione atividades alternativas nomeadamente a leitura, o exercício físico, os *hobbies* instrutivos e permita tempo para brincadeiras imaginativas!

## Bibliografia

1. American Academy of Pediatrics. Committee on Public Education. Children, adolescents and television. *Pediatrics* 2001;107(2):423-36.
2. American Academy of Pediatrics. Committee on Public Education. Media violence. *Pediatrics* 2001;108(5):1222-6.
3. Mendes P, Fernandes A. A criança e a televisão. *Acta Pediatr Port* 2003;34:101-4.
4. Dimitri AC, Frederick JZ, David LD, Carolyn AM. Early television exposure and subsequent attentional problems in children. *Pediatrics* 2004;113:708-13.
5. Figueiredo M, Sousa C, Teixeira C, Pinto F. Hábitos de exposição ao ecrã de tv/computador de uma população pediátrica de uma área urbana. *Nascer e crescer* 2008;17(4):224-7.
6. Fernandes A, Gomes Pedro J. A criança e os meios informáticos. *Acta Pediatr Port* 2001;32(1):1-3.
7. Bar-on M. The effects of television on child health: implications and recommendations. *Arch Dis Child* 2000;83:289-92.
8. Robinson TN. Television viewing and childhood obesity. *Pediatr Clin North Am.* 2001; 48(4):1017-25.
9. Obel C, Henriksen TB, Dalggaard S, et al. Does children's watching of television cause attention problems? *Pediatrics* 2004;114:1372-3.
10. Christakis DA, Zimmerman FJ, DiGiuseppe DL, McCarty CA. Early television exposure and subsequent attentional problems in children. *Pediatrics* 2004;113:708-13.
11. Morgan M. Television and school performance. *Adolesc Med* 1993;4:607-22.
12. Ozmerit E, Toyran M, Yurdakok K. Behavioral correlates of television viewing in primary school children evaluated by the child behavior checklist. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156:910-14.
13. Parents Council Television. Acessível em <http://www.parentstv.org>