ISSN nº. 0874-2820

SAÚDE INFANTIL
HOSPITAL PEDIÁTRICO DE COIMBRA

ABRIL 2018
Volume 40 | nº 01
40

Editorial
A aplicabilidade da Declaração dos Direitos das Crianças na realidade portuguesa 03
Andreia Palma, Andreia C. Marinhas, Ana Isabel Martins, Nelson Neves

Artigos originais
Des-Envolver: Intervenção terapêutica num grupo de crianças do Lar «O Girassol» 05
Ana Paula Carvalho, Filipa Carvalho, Filipa Nobre

A Psicologia Pediátrica no Serviço de Urgência 09
Pedro Dias-Ferreira, Gabriela Araújo e Sá, Maria do Céu Machado

Impacto das primeiras palavras no desenvolvimento da linguagem numa população com perturbação do espectro do autismo: estudo longitudinal 12
Rosa Martins, Cláudia Bandeira de Lima, Cátia Pereira, Manuela Baptista

Retocolite alérgica no lactente – experiência de um hospital nível 3 17
Ana Rodrigues Silva, Raquel Penteado, Juliana Roda, Carla Maia, Susana Almeida, Ricardo Ferreira

Os Pediatras e os Adolescentes 21
Sara Pires da Silva, Raquel Guedes, Hugo Braga Tavares

Bullying e Cyberbullying – a realidade dos nossos adolescentes 28
Catarina Pereira, Marília Flora, Nádia Brito, Filipa Inês Cunha, Agostinho Fernandes

Utilização de Antibióticos no Serviço de Urgência Pediátrico de um Hospital Português de Nível II 32
Ana Lúcia Cardoso, Catarina Ferraz Liz, Sara Soares, Teresa Pena, Ana Catarina Carvalho, Cláudia Monteiro, Eunice Moreira

Eritema nodoso – 5 anos no Serviço de Urgência Pediátrico 36
Ana Catarina Carvalho, Joana Matos , Mª Céu Ribeiro , Ana Reis

Caso Clínico
Edema hemorrágico agudo da infância – um caso atípico 40
Eugénia Martins de Matos, Marta Moniz, António Figueiredo, Pedro Nunes, Paula Correia

Texto para Pais
Puberdade precoce 43
João Tavares, Carlos Tavares Bello, Alice Mirante

Revista referenciada no Índex das Revistas Médicas Portuguesas | Preço normal: 15€ | Assinatura anual: Sócios ASIC = 30€ • Não Sócios = 35€ | Periodicidade: 3 números ao ano

2018 // 40 (1)

asic
associação de saúde infantil de coimbra

ABRIL 2018
Volume 40 | nº 01

40

SAÚDE INFANTIL
HOSPITAL PEDIÁTRICO DE COIMBRA

Ficha Técnica

COMITÉ CIENTÍFICO DA SAÚDE INFANTIL

DIRETOR: Boavida Fernandes

EDITORES: Nelson Neves, Alexandra Oliveira

CONSELHO EDITORIAL

ADOLESCÊNCIA: PAULO FONSECA, PASCOAL MOLEIRO

ALERGOLOGIA: JOSÉ ANTÓNIO PINHEIRO

CUIDADOS INTENSIVOS: Leonor Carvalho

DESENVOLVIMENTO: Boavida Fernandes, Susana Nogueira, Alexandra Oliveira

ENDOCRINOLOGIA: Alice Mirante

HEPATOLOGIA: Isabel Gonçalves

IMUNODEFICIÊNCIAS: Sónia Lemos

INFECIOLOGIA: Fernanda Rodrigues

METABÓLICAS: Luísa Diogo

NEFROLOGIA: António Jorge Correia

NEONATOLOGIA: Joaquim Tiago, Gabriela Mimoso

OTORRINOLARINGOLOGIA: Luís Silva

PEDIATRIA GERAL: Luís Januário, Nelson Neves, Mónica Oliva

PNEUMOLOGIA: Miguel Félix

PSICOLOGIA: Luísa Simão

REUMATOLOGIA: Paula Estanqueiro, Manuel Salgado

PERIODICIDADE: 3 números por ano (abril, setembro, dezembro)

PROPRIEDADE:
ASIC - Associação de Saúde Infantil de Coimbra – NIPC 501 433 678
Presidente da ASIC – Sónia Lemos

SEDE DE EDIÇÃO, REDAÇÃO E PRÉ-IMPRESSÃO:
Hospital Pediátrico - CHUC, EPE
Av. Afonso Romão • Alto da Baleia • Piso 0 - Lj A21 00 03
3000-602 Coimbra • Telefone: 239 482 000
E-mail: saudeinfantil@asic.pt

ESTATUTO EDITORIAL:
Consultar em https://saudeinfantil.asic.pt

ASSINATURAS 2018:
Anual - € 35,00
Sócio ASIC - € 30,00

SEDE DE IMPRESSÃO E ACABAMENTO:
Tipografia Lousanense Lda › www.lousanense.pt
Rua Júlio Ribeiro dos Santos 3200-268 LOUSÃ
TIRAGEM: 250 exemplares
DEPÓSITO LEGAL: 242/82
ISSN Nº: 0874-2820
ERC Nº 110691

ESTATUTO EDITORIAL

A revista «SAÚDE INFANTIL» pauta-se por preceitos de rigor, isenção, honestidade e respeito por cada pessoa e sua saúde.

A revista «SAÚDE INFANTIL» valoriza o conhecimento, desenvolvimento e partilha de informação na área da saúde Pediátrica.

A revista «SAÚDE INFANTIL» destina-se a todos os profissionais de saúde, especialmente aos que têm a seu cargo a prestação de cuidados básicos de saúde às crianças e adolescentes.

A revista «SAÚDE INFANTIL» adota as seguintes regras de conduta:

1 // Identificação e acesso à informação

a) A revista «SAÚDE INFANTIL» prevê a publicação de artigos de investigação original, casuísticas, casos clínicos e artigos de opinião.
b) Os artigos a publicar na revista «SAÚDE INFANTIL» deverão debater problemas de interesse eminentemente prático, cujo objetivo seja a promoção da qualidade dos serviços a prestar.
c) As opiniões expressas nos artigos são da completa e exclusiva responsabilidade dos seus autores que deverão ser devidamente identificados.
d) As fotografias, documentos ou outros estudos só devem ser utilizados ou reproduzidos com o consentimento do proprietário, salvo quando existir óbvio e relevante interesse público.
e) Os autores responsabilizam-se pela autorização necessária para a utilização de fotografias, documentos ou outros estudos publicados nos seus artigos.

2 // Submissão dos manuscritos

a) Os manuscritos devem ser submetidos ao editor da «SAÚDE INFANTIL» através do e-mail saudeinfantil@asic.pt
b) Para submeter um artigo no front-office é necessário efetuar o login na respetiva plataforma (http://rsi.asic.pt/). O autor visualizará as instruções completas para poder criar/submeter os artigos:
   1. Após ter sido realizado o login no site, os autores podem criar um artigo, selecionando uma das seguintes categorias: artigo original, de revisão, caso clínico, texto para pais.
   1.1. No primeiro separador «Conteúdos», é necessário inserir o título e o texto do artigo. Também é possível inserir imagens, cartas de apresentação e declarações de autorização.
   1.2. No separador «Idioma», selecionar a língua.
   1.3. No separador «Metadados», inserir a meta-descrição e as palavras-chave do artigo.
   1.4.Por fim, clicar no botão «Guardar» para gravar e submeter o artigo.
c) A carta de apresentação deve incluir: título do manuscrito, nome dos autores, especificação do tipo de artigo e declaração de transferência dos direitos de autor, assinada por todos:

   "Os autores abaixo assinados transferem os direitos de autor do manuscrito (título do artigo) para a revista «SAÚDE INFANTIL», na eventualidade deste ser publicado. Os abaixo assinados garantem que o artigo é original e não foi previamente publicado".

d) Os textos não originais também poderão ser apreciados. Os trabalhos propostos serão submetidos à redação da Revista, que poderá aceitá-los, solicitar correções ou rejeitá-los.

3 // Formatação dos manuscritos

a) O manuscrito deve ser redigido em Português com resumo em Inglês. Deve apresentar uma única coluna, espaçamento e letra de dimensão 11. Aconselha-se a utilização das fontes Times ou Arial. As quatro margens devem apresentar um espaçamento de 2,5 cm. Todas as páginas devem ser numeradas, incluindo a página do título. Devem ser inseridas quebras de página entre cada secção do manuscrito. O número de autores deve ser restrito aos que, verdadeiramente, participaram na conceção, execução e escrita do manuscrito. Os artigos submetidos através da plataforma deverão ter a seguinte ordem:

3.1 Secções do manuscrito

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

– **Resumo e Palavras-chave** (3 a 10) (em Português e Inglês – *Keywords*) de acordo com o MeSH (*Medical Subject Heding*) – http://www.nlm.nih.gov/mesh. O Resumo e o *Abstract* (tradução exata, em inglês, do resumo) não devem exceder 300 palavras. Neste espaço deve constar uma introdução acompanhada dos objetivos do trabalho, dos materiais e métodos utilizados, assim como os resultados e principais conclusões. Nos casos clínicos e séries de casos, o texto deve ser estruturado na introdução, relato do(s) caso(s), discussão (incluindo a conclusão); a conclusão deve destacar os aspetos que justificam a publicação do caso ou série de casos.

– **Texto**. Os artigos devem ser divididos em 4 secções:

- Introdução com definição / caraterização dos objetivos do trabalho.
- Material e Métodos (critérios de seleção dos casos, identificação das técnicas utilizadas).
- Resultados (apresentados na sequência lógica do texto, das figuras e dos quadros). Não usar ilustrações supérfluas ou repetir no texto dados dos quadros.
- Discussão e conclusões (implicações e limitações dos resultados, sua importância). As conclusões devem estar relacionadas com os objetivos enunciados inicialmente. Não deve repetir os resultados mas sim discutir os resultados.

– **Bibliografia**. Número de autores: até 6, mencionar todos; 7 ou mais autores, mencionar apenas os três primeiros, seguidos de et al. As referências devem numeradas por ordem de entrada no texto e referenciadas da seguinte forma:

- Artigo de revista - Ex: Kusel MMH, Klerk NH, Holt PG, et al. Role of respiratory virus in acute and lower respiratory tract ilness in the first year of life. Ped Infect Dis J 2006;25:680-6.
- Capítulo de livro - Ex: Cherry JD, Nieves DL. The Common Cold. In: Feigin RD, Cherry JD, Demmler-Harrison GJ, Kaplan SL. Feijin & Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases, 6th ed. Philadelphia. Saunders Elsevier; 2009;138-46.
- Livro - Nelson JD, Bradley JS. Nelson's Pocket Book of Pediatric Antimicrobial Therapy. 14th ed. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
- Página web - Gostin LO. Drug use and HIV/AIDS (JAMA HIV/AIDS web site). June 1, 1996. Available at: http://www.ama-assn.org/special/hiv/ethics. Accessed June 26; 2004.
- Comunicações em congressos/jornadas - Harrigan PR, Don W, Weber AE, et al. Mutated RT and protease. (Abstract I - 115). In: 38th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, San Diego, California, September 24 to 27, 1998. Washington, DC: American Society for Microbiology; 1998.
- Abreviaturas de Revistas, consultar http://home.ncifcrf.gov/research/bja/

4 // Legendas

a) As legendas devem ser explícitas, de forma a não haver necessidade de recorrer ao texto. Devem, ainda, ser colocadas da seguinte forma:
   - Legendas dos quadros e das tabelas: são colocadas por cima do corpo da tabela ou quadro.
   - Legendas das figuras: são colocadas por baixo da respetiva imagem.

5 // Quadros e figuras

a) Cada quadro ou figura devem ser apresentados em páginas separadas, juntamente com os respetivos títulos e notas explicativas.
b) As figuras, nomeadamente, gráficos, mapas, ilustrações, fotografias ou outros materiais devem ser formatadas em computador ou digitalizadas.
c) As ilustrações que incluam fotografias que permitam a identificação de doentes, deverão ser acompanhadas pela autorização do doente ou seu responsável legal, permitindo a sua publicação. Os olhos devem estar tapados ou a cara deve estar desfocada digitalmente, de modo a impedir a sua identificação.
d) Serão publicadas tabelas, quadros ou ilustrações cuja origem esteja sujeita a direitos de autor, com citação completa da fonte e/ou com autorização do detentor dos direitos de autor. Nestas situações o autor do artigo deve sempre referenciar.

6 // Exatidão

a) A revista «SAÚDE INFANTIL» deve ter o cuidado de não publicar textos ou imagens suscetíveis de induzir em erro ou distorcer os factos.
b) Uma imprecisão, um erro ou uma omissão devem ser corrigidos de imediato e com a devida relevância. Quando justificado, deve ser apresentado um pedido de desculpas público.

7 // Direito de resposta

a) O direito de resposta deve ser concedido a qualquer indivíduo ou organização, sempre que devidamente fundamentado.
b) Essa resposta não deve ser objeto de qualquer nota de redação, exceto quando houver nela erros importantes ou distorções graves da verdade.

Políticas de Privacidade

Qual é a política de utilização de dados pessoais?

Os dados pessoais recolhidos através do site constam de uma base de dados devidamente registada na Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD), sendo absolutamente confidenciais. A «SAÚDE INFANTIL» e a «ASIC» conferem a todos os utilizadores registados o direito de acederem, oporem-se ou alterarem os respetivos dados pessoais recolhidos.

O que é um cookie?

Um cookie é uma cadeia de texto que fica na memória do seu browser. Os cookies são importantes para uma maior segurança e rapidez na identificação dos utilizadores (permitindo um login mais rápido, por exemplo); para agilizar a interatividade entre o site e o utilizador; para permitir a personalização de informação; e para ajudar a manter e desenvolver conteúdos de acordo com os interesses dos utilizadores.

editorial

A aplicabilidade da Declaração dos Direitos das Crianças na realidade portuguesa

Andreia Palma[1], Andreia C. Marinhas[2], Ana Isabel Martins[2], Nelson Neves[3]

A infância, sendo o início da construção da identidade individual, é uma idade crucial e simultaneamente frágil, meritória de proteção. Neste sentido surge a *Declaração dos Direitos da Criança,* como reconhecimento de que as crianças são iguais aos adultos em dignidade e ainda com mais direitos face à sua imaturidade, vulnerabilidade e dependência. Pretende-se travar a discriminação da criança só por ser criança e impedir a invisibilidade jurídica. Contudo, as palavras solenes dos tratados e declarações universais muitas vezes não passam disso mesmo, de palavras, não saem do papel, não se materializam. Urge, portanto, refletir acerca da sua aplicabilidade em cada nação.

De acordo com os dados já disponibilizados pelo relatório de 2018 da organização internacional dos direitos das crianças – *KidsRights* - Portugal encontra-se entre os três líderes mundiais na proteção dos direitos das crianças. Realmente parece que os direitos básicos estão a ser cumpridos, somos um país em que cada criança tem uma nacionalidade e um nome desde o nascimento, e que continuamente tenta fazer prevalecer a direito à não discriminação. E os demais?

Embora exista uma preocupação crescente em integrar a criança nas decisões de vida coletiva, a participação das mesmas ainda está aquém do desejado e frequentemente não é feita da forma mais correta, ou se dá demasiada liberdade de escolha sem qualquer orientação ou se restringe totalmente essa possibilidade. Neste sentido, o interesse superior da criança continua a ser arbitrário e dependente do entendimento dos adultos, por sua vez influenciados pelas convenções sociais.

Ainda existem desigualdades sociais impeditivas do acesso equitativo a cuidados médicos pré e pós-natais e a condições que permitam um desenvolvimento e crescimento saudáveis, tais como a habitação com os confortos básicos, o acesso a espaços e atividades de lazer e a alimentação cuidada e nutricionalmente adequada, a propósito deste último aspeto poucas políticas têm sido implementadas a fim de contornar o paradigma atual da obesidade.

E no que diz respeito à criança mental ou fisicamente deficiente ou que sofra de diminuição social? Eis o SNIPI! O Serviço Nacional de Intervenção Precoce funciona através da ação coordenada dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Educação e da Saúde, conjuntamente com o envolvimento das famílias e da comunidade. Tem a missão de garantir a Intervenção Precoce na Infância (IPI), através de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, no âmbito da educação, da saúde e da ação social. Relembre-se aqui também os grandes passos que se têm dado no que diz respeito aos cuidados domiciliários, permitindo deste modo que crianças em situações de saúde particulares tenham o acompanhamento mais conveniente de forma mais regular, quer cuidados médicos que de enfermagem.

Todos assumimos como principio que «a criança precisa de amor e compreensão para o pleno e harmonioso desenvolvimento da sua personalidade (…)». Este vai sendo promovido não só de forma geracional mas também social. Ainda assim nem sempre as melhores circunstâncias para a criança são crescer e ser cuidada no seio familiar, aos cuidados dos pais. Neste caso existe a ação direta dos serviços sociais, núcleos hospitalares que promovem a proteção da criança em risco e que dão primazia à segurança da criança, articulando-se com as entidades necessárias de forma a que isso seja garantido. Mas estarão verdadeiramente identificadas todas as crianças em risco? A formação no sentido da identificação e sinalização deve continuar a ser incentivado.

Já quando as famílias são numerosas de que forma são ajudadas? Com Abonos de família para crianças e jovens atribuídos pela Segurança Social que visam compensar os encargos familiares respeitantes ao sustento e educação das crianças e jovens. Mas serão estes valores realmente suficientes? Ora, a partir dos 3 anos é quando começam verdadeiros encargos escolares, há famílias que podem estar a receber em torno de 40 euros por filho, não esquecendo que antes disto houve necessidade de pagar creches, privadas na maioria. Será esta uma verdadeira ajuda a famílias numerosas? Nenhuma criança é privada de educação, mas será o ensino igualmente sustentável para todos as classes sociais e culturais?

[1] Interna de Formação Específica de Cardiologia Pediátrica - Hospital Pediátrico, CHUC; [2] Interna de Formação Específica de Pediatria Médica - Hospital Pediátrico, CHUC; [3] Assistente de Pediatria, Serviço de Pediatria Médica - Hospital Pediátrico, CHUC
Correspondência: Andreia Filipa Martins Palma - andreia.fmp91@gmail.com

Há ainda aqueles princípios, demasiado impregnados por ideais éticos (ou politicamente corretos!) que dificilmente serão questionados face a situações emergentes – sob circunstância alguma se questiona que a criança deverá ser a primeira a beneficiar de proteção ou a usufruir de qualquer meio de socorro. E todas as outras situações, não tão emergentes, não tão presentes nos media, sem aquele destaque pitoresco que todos os dias nos visita à hora de refeição?

A verdade é que os dados recolhidos, dizem sermos líderes – mas analisando cada parcela individualmente, a nível da proteção da criança, e englobando indicadores como trabalho infantil, gravidez na adolescência e registo de nascimento caímos do topo para uma posição de 31º. Acima de nós, 30 países de um total de 182. Poderemos ver como um balanço positivo, mas não seria demasiado presunçoso ignorar esta discrepância perante todos os outros indicadores? Como está a falhar a proteção? Quem está a falhar? Quem, como… o que se está a ignorar?

E por fim, algo em que, de acordo com o mesmo relatório, todos os países falham – a não discriminação. Apesar dos esforços, também nós somos englobados neste todo. Unidos com todas as suas diferenças, nenhum país se destaca pela positiva. E aqui, no canto mais ocidental da Europa, somos levados a pensar naqueles casos (exceções talvez) dos que de longe vêm, esquecendo que a falha, começa bem mais perto. Entre ações sociais e programas de integração, esforçamo-nos por receber e integrar quem asilo procura. Mas o direito à não discriminação tem também de perder o estigma de ser associado ao radicalmente diferente. A não discriminação começa aqui – de estratos sociais, a crianças com necessidades especiais, englobando ainda desigualdades de oportunidades por gênero. De tão perto para tão longe – o princípio da não discriminação implica reconhecer que o que desconhecemos, tememos. E o que desconhecemos, é para nós diferente. Mas dificilmente são sinónimos! É preciso informar, de modo a melhor proteger quem é mais frágil, por condições desfavoráveis ou por minorias, e que mais dificuldades terão em ter acesso e a beneficiar de todos os outros princípios.

Posto isto, percebemos assim que até agora muito se fez, ainda muito falta fazer. Mas não há esforço em vão desde que estes se canalizem na construção de uma sociedade mais consciente e mais adaptada às necessidades das crianças.

SAÚDE INFANTIL 2018 // 40 (1): 03-04 ABRIL

Des-Envolver: Intervenção terapêutica num grupo de crianças do Lar «O Girassol»

Des-Envolver: Therapeutic intervention with a group of children of «O Girassol» institution

Ana Paula Carvalho[1]; Filipa Carvalho[2]; Filipa Nobre[3]

Resumo

As populações infantojuvenis que se encontram acolhidas em instituições manifestam maior vulnerabilidade a nível da saúde mental. A proteção destas populações passa pela diminuição de fatores de isolamento, a promoção de fatores de bem estar e a cooperação entre os seus membros.

O Lar «O Girassol» acolhe crianças e jovens em risco que necessitam de uma atuação acrescida ao nível dos cuidados de saúde mental, tem recorrido ao Serviço de Pedopsiquiatria, como suporte terapêutico e reparador para as situações mais problemáticas.

A resposta encontrada juntou, pela primeira vez, técnicos das duas instituições que, quinzenalmente, desenvolveram uma intervenção de caráter preventivo e terapêutico com seis crianças e, teve por base, atividades lúdicas e expressivas vivenciadas em *setting* clássico, protegido e estruturado.

As autoras querem partilhar uma experiência algo inovadora no atendimento e prestação aos cuidados de saúde mental infantil que articula recursos humanos dos dois serviços com vantagens para o apoio e cuidado da saúde mental de crianças e jovens em situação de vulnerabilidade psicológica.

Palavras-chave: Saúde Mental, Grupo terapêutico, Prevenção, Atividades lúdico-expressivas, Instituição, Autonomia, Afecto, Positividade, Interdisciplinar.

Abstract

Children and young people hosted in institutions are, by evidence, most vulnerable populations that require special attention due to a higher risk of their mental health. The protection of these populations can be improved by the reduction of isolation, the promotion of well-being factors and the cooperation among its members.

The «O Girassol» institution hosts children and young people that require a special accompaniment what concerns mental health care services. In this sense, the use of child psychiatry has been useful not only for its therapeutic and restorative intervention, but also, and namely, for its leading role in terms of prevention.

This approach joined, for the first time, technicians of the two institutions who carried out, fortnightly, preventive and therapeutic activities with six children. These activities were based on playing and expression, experienced in a classic, protected, warm, reflection stimulating and relaxation environment.

The authors want to share an experience with innovative character what concerns the provision of child mental health care that joins human resources with experience in the support and delivery of mental health for children and young people in situations of vulnerability, in order to stimulate and contribute to their personal, emotional and social development.

Keywords: Mental Health, Therapeutic Group, Prevention, Expressive Activities, Institution, Autonomy, Attachment, Positivity, Interdisciplinary.

Introdução

As crianças necessitam na sua vida de atividade, vinculação, independência, auto-expressão, múltiplas experiências e também que lhes seja dada a oportunidade para brincar, como forma de promoção da sua saúde física e mental.

O Serviço de Pedopsiquiatria do CHUC tem vindo a prestar cuidados de saúde mental a crianças e jovens acolhidos no Lar «O Girassol», bem como em outras instituições de caráter semelhante, por estas acolherem populações que apresentam frequentemente sinais evidentes de perturbações emocionais, com particular incidência nas esferas do comportamento e da aprendizagem.

A nossa experiência mostra-nos que as crianças oriundas de famílias disfuncionais e/ou maltratantes têm riscos acrescidos de saúde mental. Muitas destas crianças têm seguimento pedopsiquiátrico, em regime de consulta e/ou em acompanhamentos mais sistemáticos.

No ano letivo-terapêutico 2015-2016 o Serviço de Pedopsiquiatria através do seu Gabinete de Educação, recebeu dois pedidos para intervenção sistemática.

As duas crianças apresentavam um quadro combinado de problemas de comportamento, dificuldades de aprendizagem, agressividade e isolamento. Para além do seguimento em consultas de Pedopsiquiatria, outra resposta encontrada foi o acompanhamento semanal e individual em sessões psicopedagógicas.

Efetivamente, outras crianças na instituição já tinham sido sinalizadas pela psicóloga por comportamentos desajustados, instabilidade emocional e isolamento, observados nas escolas, nas actividades extra-curriculares e na própria Instituição. Estas crianças mantinham uma resposta limitada à intervenção médica cuja disponibilidade institucional impossibilitava um seguimento sistemático dos mesmos.

Foi neste contexto que surgiu a possibilidade de desenvolver um trabalho de intervenção regular abrangendo as crianças que à data inspiravam maior preocupação e cuidado.

Ao acreditarmos que um acompanhamento estruturado e lúdico completa uma intervenção preventiva e/ou curativa das crianças em grande *stress* emocional, oferecendo-lhe um campo relaxado e normativo,

[1] Educadora Especializada; [2] Técnica Superior de Educação; [3] Psicóloga Clínica – Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Pediátrico do CHUC; Lar «O Girassol»
Correspondência: Ana Paula Carvalho - carvalhoanapaula19@gmail.com

desafiamo-nos a desenvolver uma intervenção grupal com uma filosofia baseada no encorajamento, afeto, respeito, suporte, congruência, validação, regras, exemplo, empatia, pertença e na coerência.
«As relações afetivas são consideradas pela maioria das pessoas, como a parte mais importante das suas vidas» (Hinde & Stevenson--Hide, 1988; Skolnick, 1994, cit. por Canavarro, 1999, p. 9).
A nossa intervenção teve por base linhas de orientação que assentam nas abordagens de Lev Vygotsky, Michael Rutter e John Barnes, e fundamenta a sua ação através do modelo interacionista, modelo que coloca em primeira instância as interações entre grupos em diversos contextos, sejam eles escolares, comunitários ou familiares.
Rutter (1991, cit. por Barnes & Muller, 2000) afirmou que a maior possibilidade que as crianças com problemas de conduta e perturbações emocionais, especialmente as que foram diagnosticados em idade precoce, têm de mudar o seu comportamento reside, principalmente, na melhoria das suas circunstâncias familiares, nas relações positivas de grupos de pares e nas boas experiências escolares e bastante menos no contacto directo com clínicos tais como os pedopsiquiatras.
O Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) preconiza que em Portugal se desenvolvam serviços e programas que permitam dar respostas de qualidade às necessidades de cuidados da infância e adolescência, a nível da prevenção e do tratamento, de acordo com os seguintes objetivos:

- Promover a saúde mental infantil e juvenil junto da população;
- Melhorar a prestação de cuidados, favorecendo e implementando a articulação entre os serviços de saúde mental infanto-juvenil e outras estruturas ligadas à saúde, educação, serviços sociais e direito de menores e família.

O Serviço de Pedopsiquiatria tem por missão, prevenir, promover, tratar e reabilitar os problemas de saúde mental de crianças e jovens dos 0 aos 18 anos e suas famílias ou substitutos.
Também alguma literatura refere que a promoção da saúde mental infantil é vital para qualquer sociedade porque:

1 – são comuns os problemas infantis de foro psiquiátrico;
2 – um número significativo destes problemas têm um mau prognóstico; e
3 – muitas perturbações na idade adulta têm as suas raízes em fatores de risco da infância. Para além disso, há evidência que indica que a prevenção de saúde mental na infância pode ter um importante impacto positivo quer ao micro-nível, para as crianças e suas famílias, quer ao macro-nível, para as instituições e Comunidades (Barnes & Muller, 2000, p.17).

E as Instituições de Acolhimento?

Para Urie Bronfenbrenner (1996, 2004), além da família, algumas instituições podem servir como ambientes acolhedores para o desenvolvimento humano, como a escola e os abrigos, a partir dos primeiros anos de vida da criança e afirma que a institucionalização pode constituir uma situação de proteção e de oportunidade de fugir de dificuldades encontradas na família. É também assinalado que o meio ambiente físico e social, em certas famílias é tão empobrecido e caótico, que colocar a criança numa instituição propícia a promoção da saúde e o crescimento psicológico (Bronfenbrenner, 1996).
Também Santos e Bastos (2002, cit. por Poletto & Koller, 2008) assinalam que a instituição, enquanto novo contexto de desenvolvimento, pode oferecer recursos aos adolescentes para a construção de respostas socialmente válidas para lidar com as adversidades.
Contudo vários autores consideram a institucionalização como um fator de risco...
«Os lares são equipamentos sociais que têm por finalidade o acolhimento de crianças e jovens, proporcionando-lhes estruturas de vida tão aproximadas quanto possível às das suas famílias, com vista ao seu desenvolvimento físico, intelectual e moral, e à sua inserção na sociedade» (IDS, 2000, p. 15).
Na opinião de Pedro Strecht (2000), a institucionalização de crianças e jovens é uma solução para um problema sem mais nenhuma saída, pois todas as crianças separadas dos seus pais, por mais negligentes que eles tenham sido, sofrem.
Na questão da institucionalização surgem sempre perguntas que transmitem inquietações.
Raymond (1996; 1998) defende que uma instituição que acolhe menores em situação de risco deve ser securizante, contentora de angústias e promotora de desenvolvimento pessoal e da construção da identidade porque estas crianças e jovens formam a sua identidade devido a um destino fatal, no qual não interferiram.
As instituições no seu objetivo primordial de substituição dos contextos precários da família de origem destas crianças e jovens, deve definir--se pela organização, estabilidade e segurança, nomeadamente passando pelo estabelecimento de regras e rotinas diárias. A Instituição deve fornecer condições que possibilitem uma (re)construção do eu, quer pela reformulação do passado, quer pela construção de projecos de futuro, que se acompanhe de uma reestruturação do auto-conceito (Alberto, 2002).
Diversos dados apontam para que relações marcadas por suporte, carinho, disponibilidade e segurança aumentam a auto-estima e proporcionam o desenvolvimento de capacidades de aprendizagem. No entanto, sabemos também que as relações afetivas com a família, os amigos e envolvimentos românticos podem estar ligadas a grande sofrimento ao longo da vida. Isto é, as relações afetivas estabelecidas podem ser fatores de vulnerabilidade ou de proteção individuais (Canavarro, 1999).
Sem querer substituir o papel da família, o papel do(s) cuidador(es), vai ser muito semelhante. Aí entramos nós. Nessa pequena «falha», nesse hiato, inspirado em conceções de socioconstrutivistas de natureza vygotskyana, o projeto (Des)Envolver assume que o desenvolvimento humano é influenciado pelo meio, ou seja, algo que envolve cultura, interações, sociedade e práticas.
De resto, resulta da nossa prática enquanto técnicos de saúde mental e de educação, a evidência que na intervenção lúdica se produz uma melhor flexibilidade nos sujeitos bem com um maior sentimento de pertença que diminui o isolamento e a impulsividade dos mesmos.

Descrição do Projeto

A fim de estimular e contribuir para o desenvolvimento pessoal, emocional e social de cada criança do grupo, foram propostas atividades com vista à prossecução dos seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver a empatia, a expressão dos afectos e emoções;
- Promover a disciplina;
- Fomentar o sentido de pertença, autoeficácia e de confiança;
- Promover a esperança e a positividade;
- Treinar competências sociais;
- Melhorar o autoconceito e trabalhar a autoestima;
- Diminuir o isolamento e os níveis de impulsividade;
- Aumentar a cooperação;
- Melhorar a integração, a resiliência e o desempenho escolar.

No fundo, o grande objetivo subjacente é o de promover e proteger a saúde mental destas crianças.

A intervenção foi composta por 10 sessões de expressão criativa* de periodicidade quinzenal, com duração de 60 minutos, no período compreendido entre 25 de janeiro a 30 de maio de 2016. As semanas intercalares às sessões eram dedicadas à avaliação da sessão que decorreu e à planificação da sessão seguinte.

As sessões realizaram-se no ginásio do Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Pediátrico, uma sala com espaço amplo, com boas condições, acolhedora, com conforto e privacidade.

O grupo foi constituído por seis crianças com idades entre 8 e os 12 anos, do sexo masculino e feminino, todas elas acolhidas no Lar «O Girassol».

A equipa dinamizadora reuniu três técnicas de áreas diferentes: uma Educadora do Serviço de Pedopsiquiatria, uma Estagiária do Mestrado em Ciências da Educação da FPCEUC e uma Psicóloga do Lar «O Girassol», sob supervisão de um Pedopsiquiatra do serviço de Pedopsiquiatria.

Material e métodos

O trabalho desenvolvido com o grupo de crianças consistiu na realização de atividades expressivas e lúdicas tais como: pintura, colagem, canções e música, representação, culinária, bem como vários tipos de jogos de competição e cooperação (ex. corrida de sacos, corrida a três pés, jogos de cartas), jogos dramáticos e de relaxamento.

Para a concretização destas atividades as crianças iam tendo à sua disposição os recursos materiais necessários, desde material de escrita, desenho e pintura, pincéis, tesouras, colas, alimentos para confecionar, brinquedos, jogos.

Algumas sessões foram organizadas com as crianças, envolvendo-as assim, para que pudessem expressar as suas preferências e ver concretizadas as atividades desejadas.

Resultados

As sessões deste projeto foram planificadas, implementadas e metodicamente avaliadas, numa perspetiva de impacto, ou seja, de alteração de comportamentos, e numa perspetiva de análise de resultados.

Para tal, recorremos a uma avaliação com base na observação, no registo e análise de incidentes e comportamentos, e através da aplicação da Escala de Autoconceito de Piers-Harris** (Veiga, 2006).

Através de uma avaliação feita com base na observação, no registo das atividades desenvolvidas ao longo das sessões e posterior análise crítica do desenrolar das mesmas, foi percetível que, na sua maioria as atividades proporcionaram momentos agradáveis para todas as crianças e promoveram momentos de cooperação, questionamento, alegria, sentimentos de partilha e de pertença. No entanto, em alguns

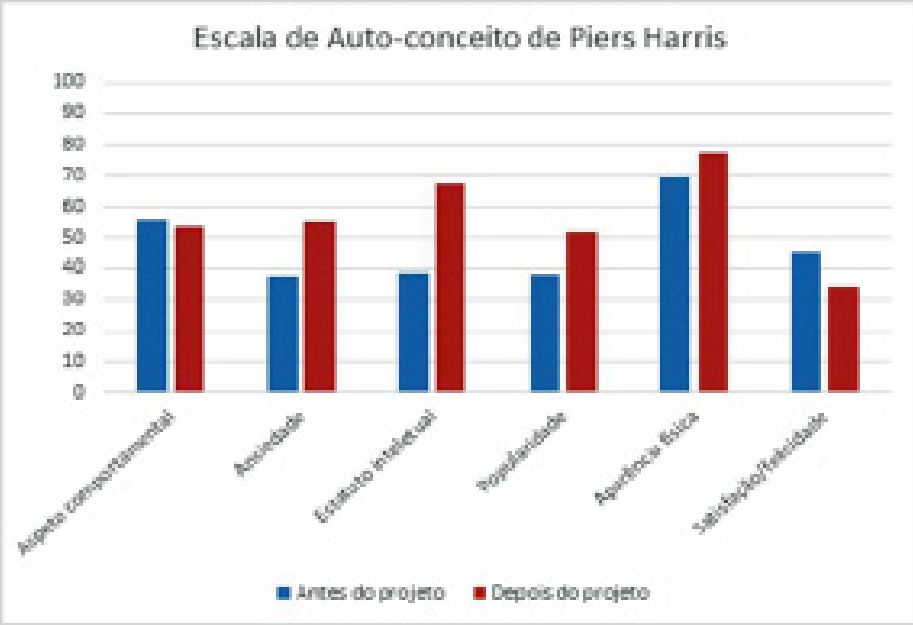

Figura 1 • **Resultados da aplicação da Escala de Autoconceito de Piers Harris.**

* Expressão criativa: termo que a Pedopsiquiatra Cristina Villares Oliveira atribuiu em 1994 às atividades que eram desenvolvidas com crianças em unidades que dirigia tais como pintura, culinária, modelagem, fantoches, jardinagem, como abordagem psicopedagógica e terapêutica de grande valor. Esta dinâmica permite às crianças manifestar de forma natural o seu modo de funcionamento e facilita a comunicação. Nestas sessões a comunicação não-verbal é assim facultada como aliado para o ajustamento das crianças.

** A Escala de Autoconceito de Piers-Harris é um instrumento de avaliação do autoconceito frequentemente utilizado na investigação científica. Esta escala, desenvolvida inicialmente por Piers, é composta por afirmações que descreve como a pessoa se sente acerca de si mesma.

momentos, também se observou isolamento, julgamento, frustração e agressividade que foram geridos, trabalhados e devidamente integrados no grupo.

A Escala de Autoconceito de Piers-Harris (Veiga, 2006) foi aplicada em dois momentos de avaliação (antes da intervenção e no final do projeto) e os dados foram obtidos através da média percentílica de cada criança. O recurso a esta escala teve como objetivo uma melhor compreensão acerca das atitudes e sentimentos das crianças.

A avaliação feita num primeiro momento revelou, de uma forma geral, baixa auto-estima, impulsividade e isolamento.

Após a aplicação final da Escala, e analisando os resultados, destacamos os fatores «ansiedade», «estatuto intelectual», «popularidade» e «aparência física» como aqueles em houve mais ganhos. O «aspeto comportamental» e «satisfação / felicidade» não atingiram valores favoráveis e esperados, o que nos surpreendeu e nos levou a refletir e analisar, concluindo com a enumeração de hipóteses: as crianças desenvolveram um maior *insight*, com perceção e maior consciência sobre o que o fator «aspeto comportamental» avalia; o fator «satisfação/felicidade» poderá ter sido afetado pelo facto das crianças saberem que se tratava da última sessão e dedicada à despedida (Figura 1).

De uma forma global, a pontuação obtida no total das escalas na avaliação final foi superior à avaliação inicial, sugerindo-nos uma melhoria na auto-perceção de cada um.

Discussão e conclusões

Esta intervenção que utilizou um contexto lúdico, pessoas significativas e constantes, gerou dinâmicas positivas com os elementos do grupo que se traduziram na melhoria do sentimento de auto-eficácia, maior controlo comportamental e maior bem-estar.

O ter proporcionado atividades lúdicas e expressivas ajudou as crianças a lidarem melhor com as suas tensões diárias. O brincar está cheio de simbolismo. A origem etimológica da palavra brincar provém do latim *vinculum*, que significa vínculo, laço, união. Assim, o brincar, o faz de conta, o desenhar e o jogar, foram os meios de abordar e convidar as crianças a participar. Partilhámos as nossas memórias, as nossas vivências infantis criando uma maior proximidade e afeto. Estas partilhas, que permitiram um maior relaxamento e diminuição da tensão e agressividade, melhoraram a coesão de grupo e contribuíram para uma maior espontaneidade e alegria.

As reflexões que nos acompanharam levaram-nos à constatação de algo inovador que produziu resultados e que marcou a diferença desta intervenção:

1 – O grupo foi constituído apenas por crianças da mesma instituição, com vivências comuns mas que agora lhes foi proporcionado um outro espaço que permitiu uma dinâmica e uma intervenção diferente fora do espaço da instituição;

2 – A integração de um Técnico da Instituição, permitiu uma maior cooperação e articulação entre instituições ligadas à área da infância e adolescência, e a consequente rentabilização dos recursos humanos e diminuição de custos;

Para além de confirmarmos os aspetos úteis associados às terapias grupais, tais como:

3 –Dinâmica inter-relacional forte num espaço contentor e terapêutico, com maior disponibilidade para as crianças;

4 – Acompanhamento mais sistemático e estruturado comparativamente a outras intervenções do âmbito da pedopsiquiatria, sendo um aliado terapêutico.

Dos resultados observáveis salientamos a diminuição da necessidade de consultas; a diminuição da necessidade de medicação, com retirada total em dois casos; informação de maior estabilidade nas crianças sentido ao nível institucional e escolar, bem como diminuição dos níveis de *stress*, maior tolerância e menor impulsividade; e o impacto positivo da intervenção referenciado pelas instituições envolvidas no projeto de vida destas crianças.

Foi uma aventura conhecer cada um e ver desabrochar mais espontaneidade, onde anteriormente era mais evidente o sentimento de menor competência e agressividade.

Os comportamentos menos adaptativos das crianças foram-se modificando, havendo mais confiança, sentimento de pertença, cooperação, segurança, sentimento de sucesso e uma maior aceitação das derrotas.

Todas as atividades desenvolvidas são tidas como uma ferramenta muito útil na prevenção e melhoria da saúde mental. *Um grama de prevenção vale mais que um quilo de cura.*

Bibliografia

1. Alberto, I. (2002), «Como pássaros em gaiolas?» Reflexões em torno da institucionalização de menores em risco. In C. Machado & R. A. Gonçalves (Coords.) Violência e Vítimas de Crimes. Vol.II: Crianças (pp.223-244). Coimbra: Quarteto.
2. Barnes, J. & Muller L. (2000). Promoção da saúde mental: uma perspectiva desenvolvimental. Psychology, Health & Medicine. Abingdon, 5 (2), 17-27.
3. Bronfenbrenner, U. (1996). A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas.
4. Bronfenbrenner, U. (2004). Making human beings human: biecological perspectives on human development. London: Sage.
5. Canavarro, M. C. (1999). Relações afectivas e saúde mental – Uma abordagem ao longo do ciclo de vida. Coimbra: Quarteto Editora.
6. Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 – Resumo Executivo. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
7. IDS (2000). Lares de Crianças e Jovens, caracterização e dinâmicas de funcionamento. Lisboa. Instituto do Desenvolvimento Social. Ministério do Trabalho e da Solidariedade.
8. Poletto, M. & Koller, S. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. Estudos de psicologia, 25 (3), pp. 405-16.
9. Raymond, M.-TH (1996a). Reflexões sobre o acompanhamento em instituições de adolescentes difíceis. Infância e Juventude, 2, 21-139.
10. Raymond, M.-TH (1996b). Reflexões sobre o acompanhamento em instituições de adolescentes difíceis. Infância e Juventude, 3, 35-116.
11. Raymond, M.-TH (1998). Reflexões sobre o acompanhamento em instituições de adolescentes difíceis. Infância e Juventude, 3, 25-116.
12. Strecht, P. (2000). Crescer Vazio. Repercussões Psíquicas do abandono, negligência e maus tratos em crianças e adolescentes. Lisboa: Assírio e Alvim.
13. Veiga, F. (2006). Uma nova escala de autoconceito Piers-Harris Children's Self-Concept Scale. Psicologia e Educação, 5 (1), 39-48.

A Psicologia Pediátrica no Serviço de Urgência

The Pediatric Psychology in Emergency Service

Pedro Dias-Ferreira[1], Gabriela Araújo e Sá[2], Maria do Céu Machado[3]

Resumo

Desde o início de 2016, o Serviço de Urgência do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria – CHLN, conta com mais uma valência na sua intervenção. Tradicionalmente especializado na abordagem da patologia orgânica, integra agora a intervenção especializada da Psicologia Pediátrica na equipa fixa do Serviço de Urgência (SU) de Pediatria.

Tendo por objetivo a prestação de cuidados ao nível da avaliação, diagnóstico e intervenção psicológica dos utentes que recorrem à urgência, a Psicologia Pediátrica no SU atua tanto no Balcão, como no Serviço de Observação. Tem o propósito específico de intervir em situações de urgência, emergência e na crise, identificando as problemáticas que beneficiam de uma intervenção numa perspetiva complementar, com recurso à utilização de estratégias que atenuem e tratem o intenso mal-estar cognitivo, comportamental e emocional do doente pediátrico e respetiva família/cuidadores. Por vezes, torna-se necessário o encaminhamento/referenciação da situação para uma consulta de especialidade.

Dado o novo paradigma de intervenção, prestado por equipas multidisciplinares que intervêm com o doente nas suas múltiplas dimensões do *existir*, o SU de Pediatria considera imperativo tratar não só a doença mas, sobre*tudo* e mais que *tudo*, o *bebé, a criança e o adolescente que está doente*, isto é, trata o doente tal como ele se apresenta: como um *todo* coeso e coerente.

É inserida nesta visão abrangente e integradora que a intervenção psicológica no SU se posiciona, desenvolvendo a sua atuação em 3 campos de ação: com o doente, com a família e com a equipa.

Palavras-chave: Psicologia Pediátrica; Serviço de Urgência; Intervenção na crise; Saúde Psicológica.

Abstract

Since the beginning of 2016, the Emergency Service of the Pediatric Department of Hospital de Santa Maria – CHLN, takes into account one more valence in its intervention. Traditionally specialized in the organic pathology approach, it now integrates a specialized Pediatric Psychology intervention in the fixed team of the Pediatric Emergency Service (SU).

With the objective of providing care in terms of evaluation, diagnosis and psychological intervention of the patients who resort to the emergency, the Pediatric Psychology in the SU acts in the Counter, as well as in the Observation Service.

It has the particular purpose of intervening in situations of urgency, emergency and, crisis, identifying the problematics that benefit of an intervention in a complementary perspective, resorting strategies that mitigate and treat the intense cognitive, behavioral and emotional malaise of the pediatric patient and families/caregivers. Occasionally, it's necessary to refer the case to a specialist consultation.

Given the new paradigm of intervention, provided by multidisciplinary teams that intervene next to the patient in its multiple dimensions of *existence*, the Pediatric SU considers imperative the treatment not only of the disease but, *above-all* and *more than all*, of *the baby, children and adolescent who is ill*, that is, the treatment of the patient as he presents himself: as a cohesive and coherent *whole*.

It is in this comprehensive and integrative vision that the psychological intervention in the SU is implemented, developing along the way its work in three fields of action: with the patient, the families, and the team.

Keywords: Pediatric Psychology; Emergency Service; Crisis Intervention; Psychological Health.

Introdução

Desde o início de 2016, o Serviço de Urgência (SU) do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte, conta com mais uma valência na sua intervenção. Tradicionalmente especializado na abordagem da patologia orgânica, integra agora a intervenção especializada da Psicologia Pediátrica na equipa fixa do SU de Pediatria.

As variáveis psicológicas têm vindo a assumir uma maior relevância clínica, e o bem-estar psicológico nas urgências pediátricas deve ser uma realidade crescente na prática médica (American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine, American College of Emergency Phsysicians & Pediatric Emergency Medicine Committee, 2006) [1]. Contudo, a inclusão da Psicologia no SU ainda não é transversalmente implementada (Kwok, Tori & Rainer, 2013) [2], embora se verifique que contribua para a redução de idas ao SU, de prescrições terapêuticas, do número de consultas e da frequência das hospitalizações (Carlson & Bultz, 2003; Sobel, 2000a) [3,4].

Com o objetivo da prestação de cuidados ao nível da avaliação, diagnóstico e intervenção psicológica dos utentes que recorrem à urgência, a Psicologia Pediátrica no SU atua tanto no Balcão, como no Serviço de Observação. Tem o propósito específico de intervir em situações de urgência, emergência e na crise, identificando as problemáticas que beneficiam de uma intervenção psicológica (American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine, American College of Emergency Phsysicians & Pediatric Emergency Medicine

[1] Psicólogo especialista em Clínica e Saúde; Coordenador da Psicologia Pediátrica do Serviço de Urgência Pediátrica/Departamento de Pediatria no HSM-CHLN
[2] Pediatra; Coordenadora do Serviço de Urgência Pediátrica/Departamento de Pediatria no HSM-CHLN [3] Pediatra; Atual Presidente do Conselho Diretivo do INFARMED; Diretora da Clínica Universitária de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
Correspondência: Pedro Dias-Ferreira - pedro.diasferreira@gmail.com

Committee, 2006). Estes recursos assumem-se numa perspetiva complementar, com a utilização de estratégias específicas que atenuem e tratem o intenso mal-estar cognitivo, comportamental e emocional do doente pediátrico e da respetiva família/cuidadores.

Dado o novo paradigma de intervenção que visa a transversalidade dos cuidados prestados por equipas multidisciplinares ao encararem o doente nas suas múltiplas dimensões do *existir*, o SU Pediátrico considera imperativo tratar não só a doença mas, sobre*tudo* e mais que *tudo*, *o bebé, a criança e o adolescente que está doente*, isto é, trata o doente tal como ele se apresenta: como um *todo* coeso e coerente.

É inserida nesta visão abrangente e integradora que a intervenção psicológica no SU se posiciona, desenvolvendo a sua atuação em 3 campos de ação: com o doente, com a família, e com a equipa (Vieira, 2010) [5].

O Doente: o bebé, a criança e o adolescente no SU

As situações de urgência remetem para situações de vulnerabilidade psíquica particulares, já que o doente é retirado abruptamente da sua rotina diária por um inusitado mal-estar ou inesperado acidente de diversas ordens. Ao encarar o doente como um *todo* e almejar a humanização da prestação de cuidados, torna-se necessário atuar não só no tratamento dos danos físicos, mas também na reparação dos danos emocionais latentes ou adjacentes (Sterian, 2001) [6].

Face ao acontecimento traumático, o doente encontra-se numa situação de desamparo psicoemocional, muitas vezes disruptivo e evocador de angústias de múltiplas naturezas (constitutivas ou adquiridas) (Barbosa, 2007) [7]. É neste tempo de ansiedade e lugar de angústia que o Psicólogo intervém na contenção e compreensão da vivência afetiva em sofrimento, com vista à sua transformação. É pela escuta clínica da sua história e pela intervenção específica no seu sofrimento presente, que o Psicólogo discrimina a urgência física da subjetiva e procura resgatar o *sujeito* (Silva, 2014) [8].

Torna-se, também, relevante, neste contexto de urgência, uma avaliação psicológica atenta sobre os doentes, para sinalização e referenciação de casos de psicopatologia marcada ou latente, ou de casos que necessitem de acompanhamento psicológico ulterior (Kwok, Tori & Rainer, 2013).

A Família do doente do SU

Na chegada ao SU, geralmente o doente não está só, não vem só. Assistimos que atrás do bebé, criança ou adolescente que adoece, existe uma família que *adoece* também. A família é igualmente implicada pela urgência e atingida pelo trauma, apresentando uma variedade de respostas emocionais: da preocupação à incerteza, da vulnerabilidade à ansiedade generalizada, da falta de esperança à angústia traumática. Face à desorganização e desestruturação familiar, o SU deve estar atento e preparado para acolher as famílias e o seu sofrimento, respondendo à necessidade – muitas vezes premente – de uma nova reestruturação (Barbosa, 2007). A intervenção psicológica deve abranger as famílias para que estas se sintam apoiadas e seguras, investindo numa comunicação adequada e de proximidade que propicie o reequilíbrio funcional da estrutura familiar (Kwok, Tori & Rainer, 2013), o que implica conter as suas ansiedades com uma presença afetiva, real e firme.

Acresce que, com uma intervenção adequada, a família pode contribuir para a potencialização dos recursos terapêuticos e para o contexto de cura, devendo ser considerada como parte integrante e importante do processo de hospitalização. Assim, se tradicionalmente a família ficava *à porta* do SU, é agora aberto um *espaço acolhedor* para a mesma dando enfoque num tratamento que pretende ser tanto total, como integrador.

A Equipa do SU

Por ser um local onde é exigido o confronto com emoções intensas e onde se operam importantes descargas afetivas (sem muitas vezes haver espaço ou tempo para a sua elaboração), todos os envolvidos, técnicos e profissionais inclusos, se deixam inevitavelmente *afetar* por estas. O Psicólogo deve estar também atento a este vértice da tríade Doente-Família-Equipa, isto é, à saúde psicológica da própria equipa onde se insere, dada a exposição aos elevados níveis de ansiedade a que estão sujeitos e às situações de stresse agudo que invariavelmente tendem a acumular. Esta função específica ajuda à coesão grupal com vista à maximização da eficiência e eficácia dos cuidados prestados (The Centre for Economics Performance's Mental Health Policy Group, 2006) [9].

Já a integração e comunicação permanente com a equipa é uma exigência da intervenção psicológica em contexto de urgência, sendo por vezes requerido ao Psicólogo a tradução do significado psicológico das vivências dos doentes, o aviso sobre a compreensão de situações de complexo entendimento emocional e, em certos casos, algum grau de mediação relacional entre os técnicos e o doente/família. Esta última intermediação visa garantir a partilha de uma linguagem comum, necessária a uma interação conjunta construtiva, procurando minimizar os desencontros e salvaguardar a expressão das necessidades e desejos do doente (American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine, American College of Emergency Phsysicians & Pediatric Emergency Medicine Committee, 2006).

A somar à prevalência de situações do foro psicológico que ocorrem no SU, todo este trabalho explica a intervenção psicológica como um *recurso de 1ª linha*, não só em relação aos utentes e famílias, mas também relativamente a toda a equipa na qual o Psicólogo se insere, contribuindo de forma decisiva para uma verdadeira integração da prestação dos diversos cuidadores de saúde e respetivas famílias.

Conclusão

Mediante as necessidades e vicissitudes do trabalho desenvolvido ao nível de um SU de Pediatria, a Psicologia Pediátrica aplicada ao trabalho em contexto de urgência assume-se como uma área de

formação pós-graduada específica, que tem em conta a imprevisibilidade das circunstâncias atendidas em contexto de crise (Lorente, 2005) [10]. Requer, por isso, importantes capacidades de flexibilidade e de ajustamento, assim como a capacidade de integração numa equipa multidisciplinar, com registo, numa plataforma informática, das situações e respetiva referenciação e, por outro lado, o seguimento de outros casos em Consulta Externa.

Pela natureza da própria intervenção, esta assume-se como um dos garantes da humanização da prestação de cuidados pretendida no SU, onde o doente é abordado nas múltiplas dimensões do *seu existir* e em todo o processo do seu tratamento: na reparação das suas lesões físicas, emocionais e relacionais. Torna-se, portanto, fundamental que todo o doente que entre pela *porta de entrada* das urgências pediátricas seja recebido e tratado como o *todo* que é.

ABRIL 2018 // 40 (1): 09-11 SAÚDE INFANTIL

Bibliografia

1. American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine, American College of Emergency Physicians, & Pediatric Emergency Medicine Committee. Pediatric Mental Health Emergencies in the Emergency Medical Services System. American Academy of Pediatrics 2006;*118*:1764-7.
2. Kwok O, Tori D, Rainer H. New Roles for Psychologists in Medical Settings: Direct Services in a Hong Kong Accident and Emergency Department. Open Journal of Medical Psychology 2013;*2*:69.
3. Carlson L, Bultz B. Benefits of psychosocial oncology care: Improved quality of life and medical cost offset. Health Qual Life Outcomes 2003;*1*.
4. Sobel D. The cost-effectiveness of mind-body medicine interventions. Prog Brain Res 2000;*122*:393-412.
5. Vieira C. Atuação da psicologia hospitalar na medicina de urgência e emergência. Rev Bras Clin Med 2010;*8*:513-9.
6. Sterian A. Emergências psiquiátricas, 4th ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
7. Barbosa LNF. Reflexões sobre a Ação do Psicólogo em Unidades de Emergência. Rev. SBPH 2007;*10*:73-82.
8. Silva C. O lugar do psicólogo no contexto de urgência e emergência. Blucher Medical Proceedings 2014;*1*:26-30.
9. The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group. The Depression Report: A New Deal for Depression and Anxiety Disorders. The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group; 2006.
10. Lorente F. El Rol del psicólogo Emergencista. Cuadernos de Crisis; 2005;*1*(4). Retirado de: www.cuadernosdecrisis.comIntro

Impacto das primeiras palavras no desenvolvimento da linguagem numa população com perturbação do espectro do autismo: estudo longitudinal

Impact of the first words in language development in a population with autism spectrum disorder: a longitudinal study

Rosa Martins[1], Cláudia Bandeira de Lima[2], Cátia Pereira[1], Manuela Baptista[2]

Resumo

Introdução e Objetivos: Segundo o DSM 5, o atraso na aquisição da linguagem não é um critério de diagnóstico de Perturbação do espectro do Autismo (PEA), mas uma comorbilidade importante. Objetivo: avaliar o impacto da idade do aparecimento das primeiras palavras no desenvolvimento da linguagem de crianças com PEA, nível cognitivo e gravidade dos sintomas de autismo.

Material e métodos: Recolhidos dados clínicos de 46 crianças seguidas no Centro de Neurodesenvolvimento de um hospital terciário com o diagnóstico de PEA. Os dados foram recolhidos em três momentos: idade das primeiras palavras; primeira avaliação em Neurodesenvolvimento e segunda avaliação, em média cinco anos depois.

Resultados: A idade média de aquisição da primeira palavra foi aos 22,8 meses (16,5 meses no grupo sem perturbação do desenvolvimento intelectual (PDI); 25,6 meses no grupo com PDI). À data da primeira avaliação 56,5% das crianças não construíam frases e 9% não tinham oralidade. Nas duas avaliações, verificou-se uma correlação inversa entre idade de aparecimento da primeira palavra e o nível linguístico e cognitivo. Esta correlação foi mais forte nos que adquiriram a primeira palavra depois dos 24 meses. Verificou-se também uma correlação inversa entre a gravidade dos sintomas de autismo e o nível linguístico.

Conclusões: Os resultados encontrados sugerem que quanto mais cedo a criança adquiriu as primeiras palavras melhor foi o seu desempenho linguístico. O subgrupo sem PDI adquiriu as primeiras palavras dentro da normalidade, o que suporta a convicção da importância da identificação de subgrupos de PEA, para melhor identificar as suas necessidades e adequar a intervenção.

Palavras-chave: Perturbação do espectro do Autismo, aquisição de linguagem, primeiras palavras, Perturbação do Desenvolvimento Intelectual / Atraso Global do Desenvolvimento.

Abstract

Introduction and Objetives: According to the DSM 5, the delay of language acquisition is not a diagnostic criterion of autism spectrum disorder (ASD), but an important comorbidity. Objetive: to evaluate the impact of the onset age of first words for language development in children with ASD, as well as cognitive level and severity of autism symptoms.

Material and methods: Clinical data were collected from 46 children followed at the Neurodevelopment Center of a tertiary hospital with the diagnosis of PEA. The data were collected in three moments: age of first words; first evaluation in Neurodevelopment and second evaluation, on average five years later.

Results: The mean age of first words acquisition was 22.8 months (16.5 months in group without intellectual disability (ID); 25.6 months in group with ID). At the time of the first evaluation 56.5% of children did not do sentences and 9% had no orality. It was found, in the two evaluative times, an inverse correlation between the age of acquisition of the first words and the language and cognitive level. This correlation was even stronger when the first word was acquired after 24 months. There was also an inverse correlation between the severity of symptoms of autism and language level.

Conclusions: The linguistic performance was better as sooner children acquired the first words. The subgroup without ID acquired the first words within the normal range, which supports the importance of PEA subgroups identification, to better identify their needs and adjust the intervention.

Keywords: Autism spectrum disorder, language acquisition, first words, Intelectual Disability.

Introdução

A Perturbação do espectro do Autismo (PEA) é uma perturbação do Neurodesenvolvimento (ND), que se caracteriza por alterações na comunicação e interação social, bem como no comportamento da criança[1]. De acordo com os dados do *Centers for Disease Control and Prevention 2014*[2], a prevalência atual de PEA é de 1:68 com um predomínio do sexo masculino (4-5:1), sendo que esta prevalência tem vindo a aumentar nos últimos anos. Não estão esclarecidas as causas deste aumento na prevalência, contudo especula-se que seja, entre outras causas, resultado de um maior conhecimento por parte dos profissionais de saúde que melhor identificam e diagnosticam os casos de PEA, bem como do aumento da idade materna e paterna[3].

A etiologia da PEA pode ser genética em 10% dos casos[3]. A hereditariedade também tem um papel importante, sendo a probabilidade de um casal ter um segundo filho autista de 2 a 18%[4]. Fatores de caráter biológico podem ser implicados na etiologia desta perturbação, nomeadamente idade materna e paterna avançada, prematuridade ou baixo peso ao nascer[3].

[1] Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria (CHLN), Centro Académico de Medicina de Lisboa

[2] Centro de Neurodesenvolvimento, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital Santa Maria (CHLN), Centro Académico de Medicina de Lisboa.

Correspondência: Rosa Martins - rmmartins16@gmail.com

Em 2013, após uma revisão dos critérios de diagnóstico da PEA publicados no DSM 5[1], o atraso de linguagem deixou de ser um critério de diagnóstico, sendo atualmente considerada uma comorbilidade. Assim, o diagnóstico de PEA, de acordo com o DSM 5[1], assenta em dois critérios: A – Défice consistente na comunicação e na interação social em vários contextos (na reciprocidade sócio-emocional; nos comportamentos comunicativos não verbais; no desenvolvimento, manutenção e compreensão de relações sociais); B – Padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades, em pelo menos dois dos seguintes: discurso, movimentos motores ou uso de objetos de forma repetitiva ou estereotipada; adesão excessiva a rotinas, padrões ritualizados de comportamentos verbais e não-verbais ou resistência excessiva à mudança; interesses fixos e muito restritos, que são anómalos na intensidade ou no foco; hiper ou hipo-reatividade ao *input* sensorial ou interesse invulgar em aspetos sensoriais do ambiente.

Muitas das crianças com PEA tornam-se adultos que não são capazes de viver de forma autónoma, necessitando sempre do apoio e supervisão de terceiros[3]. No entanto, sabe-se que as crianças com PEA com melhor desempenho cognitivo e linguístico serão adultos mais capazes e funcionais. Segundo *Gilberg*[5], a capacidade de construção frásica aos seis anos de idade correlaciona-se positivamente com um melhor desempenho global na idade adulta, pelo que as capacidades linguísticas podem ser um preditor importante do desempenho futuro da criança com PEA.

Apesar do atraso na aquisição de linguagem não ser atualmente um critério de diagnóstico de PEA, trata-se de uma importante comorbilidade que tem repercussões no desenvolvimento da criança na medida em que é fundamental para comunicar, aprender e consequentemente interagir com os outros. Os lactentes com seis meses de idade já são capazes de reconhecer algumas palavras[6] e aos doze meses a maioria já diz as primeiras palavras[7]. Grande parte das crianças entre os 12 e os 18 meses é capaz de comunicar utilizando palavras soltas[8], embora exista uma grande variabilidade individual na idade de aquisição de linguagem.

Embora alguns autores tenham defendido que os défices linguísticos nas crianças com PEA resultavam das dificuldades no relacionamento com as outras crianças e que as capacidades linguísticas básicas estavam intactas, os estudos publicados nesta matéria demonstram que o atraso de linguagem é na realidade frequente em crianças com PEA[9]. A ecolália e a linguagem idiossincrática características das crianças com esta perturbação parecem dificultar as aquisições e avanços no desenvolvimento da linguagem[9,10]. Alguns estudos apontavam mesmo percentagens muito elevadas de crianças com PEA com défices linguísticos, cerca de 50% sem discurso funcional[11]. Estudos mais recentes apontam para uma percentagem menor de crianças com PEA não verbais[9]. O nível linguístico é muito variavel entre crianças com PEA, desde crianças em idade escolar com discurso fluente e outras no extremo oposto sem oralidade, embora a maioria apresente défices de vocabulário, compreensão e pragmática[7].

O objetivo deste estudo foi correlacionar a idade do aparecimento das primeiras palavras com o desenvolvimento da linguagem numa amostra de crianças com PEA, tendo em conta o seu desempenho intelectual e a gravidade da PEA.

Material e métodos

Realizou-se um estudo retrospetivo longitudinal que incluiu uma amostra de 46 crianças com o diagnóstico de PEA, acompanhadas no Centro de Neurodesenvovimento de um hospital terciário. A amostra trata-se de um subgrupo de doentes com PEA, obtido a partir de uma base de dados prévia ao presente estudo, dos quais foram selecionados doentes com pelo menos cinco anos de seguimento à data da realização do mesmo. Foram recolhidos dados demográficos, idade de aquisição das primeiras palavras, nível de linguagem adquirido, nível de cognição verbal e não verbal, nível global do desenvolvimento psicomotor, número e intensidade de estereotipias, gravidade de PEA e comorbilidades em ND. Esta informação foi obtida através da consulta dos processos clínicos das crianças em estudo. Todas as crianças incluídas foram submetidas a duas avaliações formais em ND. Os dados foram recolhidos em três momentos diferentes: idade de aparecimento das primeiras palavras; primeira avaliação do ND e segunda avaliação do ND, esta realizada em média cinco anos depois da primeira. As avaliações formais em ND realizadas permitiram avaliar o desempenho das crianças em estudo nos níveis cognitivo e linguístico, com recurso às escalas de Desenvolvimento de *Ruth Griffiths*, especificamente as subescalas da linguagem (QG Linguagem) e realização (QG Realização) ou Escala de Inteligência de *Wescheler (WISC III),* nos seus Quocientes de Inteligência Verbal (QI Verbal) e de Realização (QI Realização). A classificação da PDI foi realizada ainda de acordo com os critérios do DSM IV TR, em vigor à data da recolha dos dados - QI Realização inferior a 70: ligeira (QI 50-70), moderada (QI 35-50), grave (QI 20-35) e profunda (QI <20). A gravidade dos sintomas de autismo foi avaliada com recurso à escala *Childhood Autism Rating Scale (CARS)*, cujo somatório da cotação vai de 15 a 60 e permite classificar o autismo em ligeiro/moderado (30-36,5) e grave (37-60).

Os dados recolhidos foram inseridos numa base de dados informática em Excell® e foram analisados com recurso ao SPSS 20®. Efetuou-se análise estatística e assumiu-se um nível de significância de 0,05.

Resultados

Foram incluídas 46 crianças com o diagnóstico de PEA, 76% (n=35) do sexo masculino. Estas crianças, em seguimento no Centro de Neurodesenvolvimento de um hospital terciário foram submetidas a duas avaliações formais em ND em dois momentos diferentes com intervalo temporal médio de cinco anos. A idade média na primeira avaliação foi aos 4 anos (mínimo 1; máximo 10 anos) e na segunda avaliação aos 9 anos (mínimo 5; máximo 16 anos).

A pontuação obtida no *CARS* foi em média de 32 (mínimo 17,5; máximo 56,5) na primeira avaliação - autismo ligeiro/moderado - e 31 (mínimo 18; máximo 50) na segunda avaliação.

As principais comorbilidades encontradas foram a PDI em 36,9% (n=17) e a Perturbação da Linguagem em 29,5% dos casos (n=13). A maioria (n=10) das PDI era ligeira, cinco moderadas e apenas duas graves.

A idade média de aquisição da primeira palavra foi aos 22,8 meses de idade (mínimo 8; máximo 108 meses), sendo que 50% (n=23) adquiriu a primeira palavra com idade igual ou superior a 24 meses. Quando estratificadas nos subgrupos com QI Realização <70 (com PDI) e QI

Realização ≥70 (sem PDI) constatou-se que a idade média de aquisição da primeira palavra no subgrupo sem PDI foi de 16,5 meses e no subgrupo com PDI foi de 25,6 meses.

À data da primeira avaliação formal, a maioria das crianças 56,5% (n=26) não construía frases e dizia apenas palavras soltas e 9% (n=4) não tinha oralidade. Na segunda avaliação, com idade média de 9 anos, constatou-se uma evolução favorável no nível linguístico, sendo que a maioria já apresentava capacidade de construção frásica (85%; n=39), 13% (n=6) dizia apenas palavras soltas e apenas uma criança ainda não tinha adquirido oralidade (2%) (Figura 1).

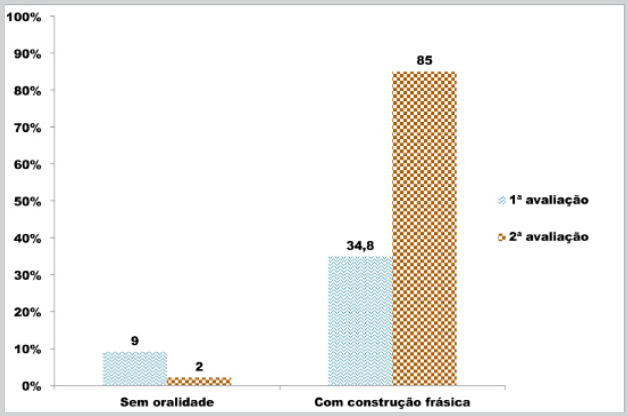

Figura 1 • **Nível linguístico na primeira e segunda avaliação formal em Neurodesenvolvimento (n=46).**

Na Tabela I estão apresentados o nível de desenvolvimento global e os seus domínios de linguagem e realização obtidos nas avaliações formais realizadas, após estratificação dos doentes nos subgrupos com e sem PDI. Verificou-se, nos dois momentos avaliativos, uma correlação inversa e significativa entre a idade de aparecimento da primeira palavra e os níveis linguístico (r=-0,379, p=0,048; r=-0,0296, p=0,048) e de realização (r=-0,472, p=0,001; r=-0,350, p=0,019). Esta correlação foi ainda mais forte nas crianças que adquiriram a primeira palavra depois dos 24 meses de idade (r=-0,714, p<0,001; r=-0,705, p<0,001) (Tabela II). Verificou-se ainda uma correlação inversa entre a gravidade dos sintomas de autismo e o nível linguístico (r=-0,391, p=0,015; r=-0,517, p=0,001) (Tabela II).

Discussão e conclusões

A PEA é uma perturbação do ND, mais frequente no sexo masculino, tal como se constatou na amostra estudada (76%).

A principal alteração nos critérios de diagnóstico da PEA encontrada no DSM 5 prende-se com o facto da aquisição da linguagem ter deixado de ser considerado um critério de diagnóstico. A PDI e a perturbação da linguagem são comorbilidades frequentes na PEA. Embora seja frequente o atraso de aquisição de linguagem nestas crianças, muitas podem ter um desempenho linguístico típico[12]. Assim se compreende que o atraso de linguagem não seja atualmente considerado um critério de diagnóstico de PEA. Na verdade, esta alteração permite-nos distinguir de forma mais clara as crianças que apresentam uma dificuldade primária na interação social das crianças com dificuldades de comunicação/interação secundárias aos défices na linguagem.

Um estudo de *Lazenby et al*[7] demonstrou que as crianças que desenvolvem PEA apresentam aos 12 meses de idade um nível linguístico inferior às crianças com desenvolvimento típico. Este achado já tinha sido demonstrado em estudos anteriores[13-16], pelo que foi sugerido que a aquisição da linguagem nas crianças com PEA é inferior ao normal desde muito cedo, nomeadamente desde o segundo ano de vida[17]. No entanto, outros estudos demonstraram não haver diferenças na aquisição da linguagem aos 18 meses de idade[18-20] entre as crianças com e sem PEA. De facto, os estudos não são consistentes no que diz respeito à aquisição de linguagem nas crianças com esta perturbação do ND, pelo que são necessários mais trabalhos nesta área que permitam compreender melhor o desenvolvimento da linguagem na PEA, sendo por isso relevante o presente estudo.

No presente trabalho, a percentagem de crianças com PEA sem oralidade aos 9 anos foi muito baixa (2%), tendo-se assistido a uma evolução favorável do nível linguístico da primeira para a segunda avaliação. De acordo com os dados apresentados por *Howlin et al*[21] a idade média de aquisição da primeira palavra numa população de crianças com PEA foi aos 38 meses *versus* 8-14 meses em crianças com desenvolvimento típico. Neste estudo, a idade média de aquisição da primeira palavra foi de 2,8 meses e 50% adquiriu a primeira palavra apenas depois dos 24 meses, não tendo sido tão tardia como no trabalho de *Howlin et al*[21].

Uma vez que o atraso na aquisição da linguagem é uma comorbilidade frequente, é também um dos principais motivos de referenciação de crianças com PEA, muitas vezes antes das limitações na

Tabela I • **Nível de desenvolvimento psicomotor/desenvolvimento intelectual na primeira e segunda avaliação formal em ND.**

Nível Desenvolvimento Psicomotor	Primeira avaliação em ND (média 4 anos de idade)		Segunda avaliação em ND (média 9 anos de idade)	
	Sem PDI (n=29)	Com PDI (n=17)	Sem PDI (n=29)	Com PDI (n=17)
QD Global / QI Total	90,67	55,91	88,84	52,74
QD Linguagem / QI Verbal	80,86	42,12	83,98	45,12
QD Realização / QI Realização	91,81	65,05	93,73	59,60

ND - Neurodesenvolvimento; **QD** – Quociente de Desenvolvimento; **QI** - Quociente de Inteligência; **PDI** - Perturbação do Desenvolvimento Inteletual

Tabela II • **Correlação entre idade de aquisição de linguagem e nível linguístico adquirido.**

Correlações	Primeira avaliação em ND (média 4 anos de idade)		Segunda avaliação em ND (média 9 anos de idade)	
	r	*p*	*r*	*p*
Idade 1ª palavra *vs* nível linguístico	-0,379	0,048	-0,296	0,048
Idade 1ª palavra >24 meses *vs* nível linguístico	-0,714	0,000	- 0,705	0,000
Idade 1ª palavra *vs* nível cognitivo	-0,472	0,001	-0,350	0,019
Sintomas de autismo *vs* nível linguístico	-0,391	0,015	-0,517	0,001

ND – Neurodesenvolvimento. Nível de significância - *p* <0,005

interação social serem valorizadas[22]. Sendo esta uma comorbilidade tão frequente, a questão que se impõe é de que forma o atraso na aquisição da linguagem e o nível linguístico adquirido podem determinar o prognóstico futuro destas crianças.

A relação entre o nível linguístico e o prognóstico está comprovada[23], sendo a aquisição da linguagem um importante preditor do desempenho futuro das crianças[9]. Deste modo, o atraso de desenvolvimento da linguagem, frequente em crianças com PEA, é considerado uma comorbilidade importante na medida em que parece ter um papel preditor da funcionalidade futura destas crianças[8].

O desempenho linguístico aos cinco anos de idade parece ser um importante preditor de prognóstico e funcionalidade na idade adulta[24,25] e que tem implicações importantes no desempenho escolar e na interação social[26]. Os dados apresentados no presente trabalho vão de encontro aos trabalhos internacionais, pois demonstram uma correlação inversa e estatisticamente significativa entre a idade de aquisição da primeira palavra e o nível linguístico e cognitivo da criança. Ou seja, estes resultados sugerem que quanto mais tardia for a aquisição das primeiras palavras, pior será o futuro desempenho linguístico e cognitivo da criança[24,25].

A PDI é também uma comorbilidade frequente nas crianças com PEA, com um estudo recente a apontar uma prevalência de 38%[3]. Na nossa amostra 36,9% das crianças com PEA têm PDI.Trabalhos publicados também demonstraram que as competências linguísticas estão associadas ao nível cognitivo [7,27], pelo que se compreende que na amostra estudada as crianças com PDI tenham uma idade de aquisição das primeiras palavas (25,6 meses) mais tardia do que as crianças sem PDI (16,5 meses), bem como um nível linguístico inferior. Como se pode constatar dos dados apresentados, a aquisição das primeiras palavras no subgrupo de crianças com PEA sem PDI parece ocorrer dentro da normalidade, o que aponta para a importância de se identificar os subgrupos dentro da PEA, em função das comorbilidades existentes, para melhor adequar a intervenção e estabelecer prognósticos. Estes resultados são concordantes com os novos critérios do DSM 5.

Apesar da *Academia Americana de Pediatria* preconizar o rastreio da PEA aos 18 meses de idade, a sua referenciação é ainda tardia quer para consulta de especialidade, quer para intervenção, perdendo-se uma janela fundamental para intervir. Apesar do atraso na aquisição da linguagem não ser critério de diagnóstico de PEA, os resultados encontrados demonstram que se trata de uma comorbilidade com impacto negativo no desenvolvimento e desempenho futuro destas crianças, pelo que não deve ser descurada a sua referenciação atempada, preferencialmente antes dos dois anos de idade, para que a intervenção seja feita o mais precoce possível.

Bibliografia

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Association. 2013. Available at: http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx. Accessed February 8; 2016.
2. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years – Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 Sites, United States, 2010. Centers for Disease Control and Prevention. 2014. Available at: http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6302.pdf. Accessed February 8; 2016.
3. Simms MD, Jin XM. Autism, language disorder, and social (pragmatic) communication disorder: DSM-V and differenctial diagnoses. Pediatr Rev 2015;36:355-62.
4. Ozonoff S, Young GS, Carter A et al. Recurrence risk for autism spectrum disorders: A Baby Siblings Research Consortium study. Pediatrics, 2011;128:488-95.
5. Billstedt E, Gillberg IC, Gillberg C. Autism after adolescence: population-based 13 - to 22 - year follow-up study of 120 individuals with autism diagnosed in childhood. J Autism Dev Disord 2005;35:351-60.
6. Bergelson E, Swingley D. At 6–9 months, human infants know the meanings of many common nouns. Proc Natl Acad Sci USA 2012;109:3253-8.
7. Lazenby DC, Sideridis GD, Huntington N, et al. Language differences at 12 months in infants who develop autism spectrum disorder. J Autism Dev Disord 2016;46:899-909.

8. Tager-Flusberg H, Rogers S, Cooper J, et al. Defining spoken language benchmarks and selecting measures of expressive language development foryoung children with autism spectrum disorders. J Speech Lang Hear Res 2009;52:643-52.
9. Eigsti IM, Marchena AB, Schuh JM, Kelley E. Language acquisition in autism spectrum disorders: a developmental review. Res Autism Spe Dis 2011;5:681-91.
10. Eigsti IM, Bennetto L, Dadlani M. Beyond pragmatics: Morphosyntactic development in autism. J Autism Dev Disord 2007;37:1007-23.
11. Prizant BM. Brief report: Communication, language, social, and emotional development. J Autism Dev Disord 1996;26:173-8.
12. Tek S, Mesite L, Fein D, Naigles L. Longitudinal analyses of expressive language development reveal two distinct language profiles among young children with autism spectrum disorders. J Autism Dev Disord 2014;44:75-89.
13. Landa R, Garrett-Mayer E. Development in infants with autism spectrum disorders: A prospective study. J Child Psychol Psychiatry 2006;47:629-38.
14. Mitchell S, Brian J, Zwaigenbaum L, et al. Early language and communication development of infants later diagnosed with autism spectrum disorder. J Dev Behav Pediatr 2006;27:S69-78.
15. Ozonoff S, Young GS, Belding A, et al. The broader autism phenotype in infancy: When does it emerge? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2014;53:398-407.
16. Zwaigenbaum L, Bryson S, Rogers T, Roberts W, Brian J, Szatmari P. Behavioral manifestations of autism in the first year of life. Int J Dev Neurosci 2005;23:143-52.
17. Jones EJH, Gliga T, Bedford R, Charman T, Johnson MH. Developmental pathways to autism: A review of prospective studies of infants at risk. Neurosci Biobehav Rev 2014;39:1-33.
18. Hudry K, Leadbitter K, Temple K, et al. Preschoolers with autism show greater impairment in receptive compared with expressive language abilities. Int J Lang Commun Disord 2010; 45:681-90.
19. Rescorla L, Safyer P. Lexical composition in children with autism spectrum disorder (ASD). J Child Lang 2013;40:47-68.
20. Talbott MR, Nelson CA, Tager-Flusberg H. Maternal gesture use and language development in infant siblings of children with autism spectrum disorder. J Autism Dev Disord 2015; 5:4-14.
21. Howlin P. Outcome in high-functioning adults with autism with and without early language delays: Implications for the differentiation between autism and Asperger syndrome. J Autism Dev Disord 2003;33:3-13.
22. Chakrabarti S, Fombonne E. Pervasive developmental disorders in preschool children. JAMA 2001;285:3093-9.
23. Szatmari P, Bryson S, Boyle M, Streiner D, Duku E. Predictors of outcome among high functioning children with autism and Asperger syndrome. J Child Psychol Psychiatry 2003;44:520-8.
24. Howlin P, Goode S, Hutton J, Rutter M. Adult outcome for children with autism. J Child Psychol Psychiatry 2004;45:212-29.
25. Kobayashi R, Murata T, Yoshinaga K. A follow-up study of 201 children with autism in Kyushu and Yamaguchi areas, Japan. J Autism Dev Disord 1992;22:395-411.
26. Venter A, Lord C, Schopler E. A follow-up of highfunctioning autistic children. J Child Psychol Psychiatry 1992;33:489-507.
27. Oliver B, Dale PS, Plomin R. Verbal and nonverbal predictors of early language problems: An analysis of twins in early childhood back to infancy. J Child Lang 2004;31:609-31.

Retocolite alérgica no lactente – experiência de um hospital nível 3

Allergic Proctocolitis – the experience of a tertiary center

Ana Rodrigues Silva[1], Raquel Penteado[1], Juliana Roda[1], Carla Maia[1], Susana Almeida[1], Ricardo Ferreira[1]

Resumo

Introdução: A retocolite alérgica é uma manifestação de alergia alimentar, frequente em pequenos lactentes sob leite materno (LM). A proteína do leite de vaca (PLV) é o alergeno mais comum. Se suspeita clínica fundamentada, é recomendada a exclusão das PLV da alimentação. A Prova de Provocação Oral (PPO) diagnóstica é importante para selecionar os casos em que esta evicção deve ser mantida. O objetivo foi caracterizar o circuito do lactente com retocolite alérgica, de forma a otimizar a orientação desta patologia.

Material e métodos: Análise retrospetiva, durante dois anos, dos casos de retocolite de provável etiologia alérgica em lactentes. Foram avaliadas as variáveis clínicas e o circuito do doente.

Resultados: Foram incluídas 31 PPO (26 doentes), início da clínica aos 2meses (mediana) (15dias – 3.5 meses), 62% sob LM exclusivo. Em 11.5% ocorreu na transição de LM para fórmula infantil. A apresentação clínica mais frequente foi retorragia isolada (42%), com diarreia (27%) ou vómitos (4%). O período mediano entre a apresentação clínica e a implementação de dieta de evicção foi 12 dias. Em 42% houve resposta incompleta à dieta e em dois casos houve suspensão do LM. O período entre a resolução clínica e a primeira PPO foi 3.8 meses (mediana). A primeira PPO foi realizada aos 6.8 meses (mediana), 35% antes dos 6 meses. Houve cinco PPO positivas, realizadas aos 4.5 meses (mediana), duas das quais *Food Protein Induced Enteropathy Syndrome (FPIES)*. As PPO de tolerância foram negativas em 3casos, em 2casos (FPIES) mantiveram-se positivas.

Conclusão: A confirmação formal do diagnóstico ocorreu apenas em cinco casos, dois dos quais FPIES. As restantes provas negativas podem corresponder a ganhos precoces de tolerância oral, ao atraso na realização da PPO ou a casos de retocolite de outra etiologia. No futuro, pode ser otimizado o período até à realização da PPO diagnóstica, de forma a avaliar mais precocemente a possibilidade de suspender a dieta de evicção.

Palavras-Chave: retocolite, proteína, leite de vaca, dieta de evicção.

Abstract

Background: Allergic proctolitis (AP) is a common manifestation of food allergy in infants under breast milk (BM). Usually has good prognosis. Cow ilk protein (CMP) is the most common responsible allergen. When high clinical suspicion do occur, it is recommended to avoid CMP in mother's or infant's diet. Oral Food Challenge (OFC) is important to clarify the diagnosis and select the cases in whose the diet must be kept. The objective was to analyse the circuit of the infant with AP suspicion, to optimize the management of this condition.

Methods: Retrospective analysis, along 2years, of the cases of AP suspicion in infants. It was evaluated the clinical variables and the circuit of the infant.

Results: Thirty-one OFC were included (26 infants). Clinical symptoms began at 2months (median) (15days to 2.5months), 62% with exclusive BM. In 11.5%, occurred in the transition from BM to Infant Formula. The most common clinical presentation was blood in stools (42%), with diarrhea (27%) or vomiting (4%). The median period between clinical presentation and the beginning of diet without CMP was 12days (median). In 42% there was not complete clinical resolution and in 2 cases BM was stopped. The median period between clinical resolution and first OFC was 3.8months. The first OFC was realized at 6.8months (median), 35% before 6months. Five OFC were positive (median 4.5months), two of them corresponding of FPIES (*Food Protein Induced Enteropathy Syndrome)* cases. The posterior OFC were negatives in three cases. Two cases (FPIES) persisted positive.

Conclusão: Confirmed Diagnosis of AP only occurred in five cases, two of them FPIES. The remaining negative OFC might be due to early gain of oral tolerance, to the late realization of OFC or cases with other etiology. In the future, the time of realization of OFC must be optimized to evaluate earlier the possibility of stopping restrictive diets.

Keywords: allergic proctocolitis, cow milk protein, eviccion diet.

Introdução

A retocolite é uma das manifestações gastrointestinais mais frequentes da alergia alimentar, particularmente em lactentes. Uma das causas mais frequentes é a alergia a Proteínas do Leite de Vaca (PLV). Está descrita em 2 a 3% dos lactentes, com incidência crescente nas últimas décadas [1, 2].

Trata-se de uma reação não IgE-mediada, habitualmente benigna e com boa evolução sob dieta de evicção. Estima-se que possa ser responsável por 18 a 64% dos casos de retorragia no lactente [3, 4].

As manifestações gastrointestinais de alergia às PLV podem incluir retorragia (sangue nas fezes) isolada ou associada a diarreia e/ou vómitos [3]. Raramente, pode observar-se também má progressão ponderal, distensão abdominal, obstipação e náuseas. Apesar de não-IgE mediada, pode ainda apresentar-se sob a forma de quadros mais graves, como é o caso do «Food Protein-Induced Enterocolitis Syndrome» (FPIES), com casos descritos de choque e acidose metabólica [2].

[1] Gastroenterologia e Nutrição Pediátrica – Departamento Pediátrico do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Correspondência: Ana Rodrigues Silva - anairodriguesilva@gmail.com

Os diagnósticos diferenciais de retocolite na infância estão representados na **Tabela 1** [5].

Graves	- Enterocolite necrotizante - Sépsis - Invaginação - Volvo - FPIES*
Moderadas / ligeiras	- Fissura anal - Dermatite / escoriações Perianais - Gastroenterite infeciosa (*Salmonella, Shigella, Campulobacter, Yersinia sp*, parasitas) - Coagulopatia - Défice de Vitamina K - FPIAP**

Tabela 1 • **Diagnóstico Diferencial de Retorragia na infância adaptado de Nowak-Wegrzyn A. in Allergy and Asthma Proc 2015.**

* ***FPIES*** *– food protein-induced enterocolitis syndrome;* ** ***FPIAP*** *– foof protein-induced allergic proctocolitis*

Recomenda-se que o diagnóstico seja confirmado-através da realização de prova de provocação oral (PPO) preferencialmente após 2 a 6 semanas de resolução da clínica sob dieta de evicção de PLV [4, 6].
O tratamento consiste na dieta de evicção de PLV, que deve ser instituída no momento da suspeita diagnóstica. Se a PPO diagnóstica for negativa a dieta de evicção deve ser suspensa [2]. Se positiva, é feito o diagnóstico definitivo de retocolite alérgica às PLV e deve ser mantida a dieta de evicção sem PLV. A maioria dos autores propõem a idade de 9 a 12 meses para ganho da tolerância oral, podendo esta persistir além dos 18 meses, resolvendo geralmente até aos 3 anos de idade.
A manutenção de PLV na dieta pode levar a reações graves, incluindo casos de malabsorção [7].
A dieta de evicção, nos casos sob aleitamento materno exclusivo, deve ser feita pela mãe com evicção de todos os produtos alimentares com PLV, dieta esta restritiva, com possíveis implicações na vida familiar e social [2, 8] e no aporte de cálcio na alimentação materna, pelo que deve ser equacionada a sua suplementação. Nos lactentes alimentados com fórmulas infantis, estas devem ser substituídas por fórmulas extensamente hidrolisadas ou fórmulas de aminoácidos, caso não haja resposta adequada, particularmente nos casos mais graves (FPIES). Além de se tratarem de regimes dietéticos mais dispendiosas e de menor aceitabilidade é também conhecido o risco nutricional associado às dietas restritivas, pelo que a implementação da mesmas deve ser feita cuidadosamente [9].
Na maioria dos casos há resolução da retorragia cerca de 2 a 4 dias após a exclusão das PLV da dieta, mas pode demorar algumas semanas. Há a possibilidade de persistência temporária de sangue oculto ou raramente retorragia macroscópica [2]. A PPO diagnóstica é importante para decidir acerca da manutenção da dieta de evicção de acordo com recomendações publicadas em 2014 [2]. Quando não realizada no período recomendado, há o risco de serem perpetuadas dietas restritivas desnecessárias.
O objetivo deste estudo foi a avaliação dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos desta situação, com vista à sua otimização.

Material e métodos

Amostra: Análise retrospetiva dos lactentes com suspeita de retocolite alérgica a PLV durante dois anos (1 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2016) que realizaram PPO em Hospital de Dia sob orientação de equipa diferenciada em Gastrenterologia Pediátrica de um Hospital Terciário.
Dados: foram colhidos os dados demográficos e clínicos dos lactentes incluídos.
Análise: Foi feita a caracterização dos dados clínicos dos indivíduos incluídos. Foi também avaliado o circuito do lactente desde o diagnóstico até à PPO e foram calculados os períodos que decorreram entre:

1 – início da clínica e suspeita de diagnóstico;
2 – a implementação da dieta de evição até à resolução dos sintomas;
3 – a suspeita de diagnóstico até à primeira avaliação pela equipa de Gastrenterologia Pediátrica;
4 – a suspeita de diagnóstico até à primeira PPO.

Critérios de inclusão: clínica de retorragia associada ou não a diarreia e/ou vómitos; resolução da clínica após implementação da dieta de evicção de PLV. Em todos os casos incluídos foi excluída patologia infeciosa (por pesquisa negativa de vírus nas fezes e coprocultura sem proliferação bacteriana).

Resultados

Foram realizadas 31 PPO, 87% (n=27) provenientes do serviço de urgência, 5% (n=3) hospitais nível II e 2% (n= 1) de pediatra particular. Estas provas correspondem a 26 lactentes, 42.3% (n=11) do sexo masculino, idade mediana à apresentação 2 meses (15 dias – 3.5 meses). Em 38.5% (n=10) a clínica teve inicio em idade inferior a 1 mês.
A clínica à apresentação foi retorragia isolada em 42% (n=11), associada a diarreia em 27% (n=7) ou a vómitos em 4% (n=1). Em 27% dos doentes havia outra sintomatologia associada a retorragia, nomeadamente muco nas fezes (n=4), febre e perda ponderal (n=2).
O regime alimentar à apresentação era aleitamento materno exclusivo em 62% (n=16) , fórmula infantil exclusiva em 26.5% (n=7) e aleitamento misto em 11.5% (n=3). Em 11.5% (n=3) a clínica surgiu após transição de aleitamento materno para fórmula infantil.
O período mediano entre o início da clínica e a implementação da dieta de evicção foi 12 dias (0 - 63 dias). O período mediano até à primeira observação em Gastrenterologia Pediátrica foi de 1.2 meses (0 a 9 meses). Em 50% (n=13) dos casos houve remissão completa até à data da primeira consulta. Dos restantes 50% (n=13), em 15% (n=2) houve necessidade de suspensão do aleitamento materno e em 42% (n=11) foi ajustada a dieta, todos com remissão clínica completa posterior.
A primeira PPO foi efetuada em mediana aos 6.8 meses (2.35 - 11.7 meses), após 3.8 meses (mediana) da resolução clínica completa (1.5

- 9.5 meses). Foram positivas 19.2% (n=5) das provas, mediana 4.5 meses, das quais dois casos corresponderam a FPIES. Em 80.8% (n=21) a primeira prova foi negativa.
Nos 5 casos com PPO positiva foi realizada Prova de tolerância, 60% (n=3) negativas, realizadas aos 5, 6 e 9 meses. Em dois lactentes houve persistência da prova positiva (FPIES). Havia antecedentes de atopia em 24% (n=6).

Na **Tabela 2** estão caracterizados todos os doentes incluídos, no que respeita à idade de apresentação, idade de primeira observação médica, idade da primeira PPO, resultado, idade da 2ª PPO e respetivo resultado.

Doente	Idade de apresentação (m)	Regime alimentar	Idade de inicio de dieta sem PLV (m)	Idade da 1ª PPO (m)	Resultado	Resultado da 2ª PPO (idade -m)
1	1.9	LM+LA **	2.1	3.3	NEG	-
2	0,8	LA	1.1	3.8	NEG	-
3	1,6	LA	1.9	5.1	NEG	-
4	1	LM	2.2	3.4	NEG	-
5	2	LM	4.1	7.5	NEG	-
6	2.6	LA	3.1	8.7	NEG	-
7	1.7	LM+LA**	1.7	9.8	NEG	-
8	0.4	LM+LA**	0.7	2.4	NEG	-
9	2	LM	3.7	5.3	NEG	-
10	2.4	LM	3.9	8	NEG	-
11	4	LM	4	8.5	NEG	-
12	3.5	LM	3.5	10.1	POS	POS (19m)
13	2.3	LM	2.4	8	NEG	-
14	2	LM	3	6.5	NEG	-
15	2.8	LM	2.8	6.9	NEG	-
16	0.8	LA	0.8	4.6	POS*	NEG (9m)
17	1.1	LM	1.2	4.3	POS*	POS (9m)
18	2	LM	2.3	4.5	POS	NEG (6m)
19	2.9	LM	3.3	7	NEG	-
20	1.4	LM	2.2	6.6	NEG	-
21	1	LA	1.5	11	NEG	-
22	1	LM	1.5	4.5	POS	NEG (6m)
23	3.5	LM	3.5	9.1	NEG	-
24	1	LM	2.1	11.7	NEG	-
25	0.5	LM	1.8	5	NEG	-
26	2	LM	2.5	7.5	NEG	-

Tabela 2 • **Caraterização clínica da amostra.**

* **FPIES**; ** casos que ocorreram na transição de LM para LA; (m) meses; (LM) leite materno; (LA) fórmula para lactentes; (NEG) negativa; (POS) positiva.

Discussão e conclusões

Este estudo representa uma amostra de lactentes com retocolite de provável etiologia alérgica.
A maior incidência da retocolite alérgica é descrita entre a 2ª e 6ª semana de vida [6], como se verificou também na nossa amostra (40%). Também de acordo com o esperado, a maioria dos lactentes à data da apresentação clínica encontrava-se sob aleitamento materno exclusivo [10, 11]. Nestes casos, a primeira opção terapêutica deve ser a dieta materna com evicção dos alimentos com PLV. A alteração para fórmula infantil extensamente hidrolisada apenas deve ser considerada em casos refratários à exclusão das PLV da dieta, sendo necessário um questionário minucioso para estabelecer esta conclusão [2]. Em casos raros, sem resolução dos sintomas após dieta de evicção materna completa ou com resposta clínica grave, pode também haver lugar ao inicio de formula infantil extensamente hidrolizada [12], que na nossa amostra corresponderam apenas a dois casos de FPIES, que cursaram também com má progressão ponderal.
Houve alguns casos em que a retocolite surgiu na sequência de transição de regime alimentar sob aleitamento materno exclusivo para fórmula infantil, sendo este já um fator de risco conhecido para sensibilização a PLV.
A primeira PPO, que habitualmente tem um objetivo de confirmação do diagnóstico, foi nesta amostra efetuada em mediana aos 6.8 meses, após um período mediano de 3.8 meses de resolução clínica sob dieta de evicção das PLV. Este intervalo, superior às 6 semanas recomendadas [2], pode ter influenciado a elevada taxa de provas negativas (80.8%). Por outro lado, embora a maioria dos autores proponham o período entre os 9 e os 11 meses, como aquele em que há maior probabilidade de aquisição da tolerância oral [13, 14], há já alguns trabalhos, que embora relatem períodos medianos para ganho de tolerância de 14.7 meses, propõem a possibilidade de aquisição mais precoce desta tolerância oral, desde os 3 meses [13].
Nesta amostra, apenas em 5 casos o diagnóstico foi confirmado, casos estes que apresentaram a primeira PPO diagnostica positiva. Nos restantes, uma vez que na maioria as provas foram efetuadas após o período sugerido de 6 semanas, não podemos concluir com certeza quais os lactentes que apresentavam já ganho de tolerância oral às PLV e quais aqueles em que a retocolite tinha outra etiologia, não induzida pelas PLV.
Como já sugerido em trabalhos similares [13, 15], o circuito do lactente com retorragia como suspeita de alergia alimentar, deve ser agilizado, de forma a reduzir o período de evicção alimentar nos casos em que esta possa não ser necessária e por outro lado a estabelecer o limite mínimo do ganho de tolerância oral naqueles em que o diagnóstico se confirma. Estas medidas podem ter um elevado impacto na qualidade de vida destas famílias e nos lactentes, uma vez que podem permitir a suspensão de dietas restritivas de custo mais elevado nas famílias.

Bibliografia

1. Sicherer SH. Epidemiology of food allergy. J Allergy Clin Immunol. 2011;127(3):594-602. doi: 10.1016/j.jaci.2010.11.044. PubMed PMID: 21236480.
2. Koletzko S, Niggemann B, Arato A, Dias JA, Heuschkel R, Husby S, et al. Diagnostic approach and management of cow's-milk protein allergy in infants and children: ESPGHAN GI Committee practical guidelines. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2012;55(2):221-9. doi: 10.1097/MPG.0b013e31825c9482. PubMed PMID: 22569527.
3. Arvola T, Ruuska T, Keranen J, Hyoty H, Salminen S, Isolauri E. Rectal bleeding in infancy: clinical, allergological, and microbiological examination. Pediatrics. 2006;117(4):e760-8. doi: 10.1542/peds.2005-1069. PubMed PMID: 16585287.
4. Lozinsky AC, Morais MB. Eosinophilic colitis in infants. J Pediatr (Rio J). 2014;90(1):16-21. doi: 10.1016/j.jped.2013.03.024. PubMed PMID: 24131740.
5. Nowak-Wegrzyn A. Food protein-induced enterocolitis syndrome and allergic proctocolitis. Allergy Asthma Proc. 2015;36(3):172-84. doi: 10.2500/aap.2015.36.3811. PubMed PMID: 25976434; PubMed Central PMCID: PMCPMC4405595.
6. Academy of Breastfeeding M. ABM Clinical Protocol #24: Allergic Proctocolitis in the Exclusively Breastfed Infant. Breastfeed Med. 2011;6(6):435-40. doi: 10.1089/bfm.2011.9977. PubMed PMID: 22050274.
7. Sampson HA, Mendelson L, Rosen JP. Fatal and near-fatal anaphylactic reactions to food in children and adolescents. N Engl J Med. 1992;327(6):380-4. doi: 10.1056/NEJM199208063270603. PubMed PMID: 1294076.
8. Isolauri E, Tahvanainen A, Peltola T, Arvola T. Breast-feeding of allergic infants. J Pediatr. 1999;134(1):27-32. PubMed PMID: 9880445.
9. Guerra A RC, Silva D, Ferreira GC, Mansilha H, Antunes H, Ferreira R. Alimentação e Nutrição do lactente. Act Pediatr Port. 2012;43(2):17-40.
10. Baldassarre ME, Cappiello A, Laforgia N, Vanderhoof J. Allergic colitis in monozygotic preterm twins. Immunopharmacol Immunotoxicol. 2013;35(1):198-201. doi: 10.3109/08923973.2012.734511. PubMed PMID: 23098248.
11. Molnar K, Pinter P, Gyorffy H, Cseh A, Muller KE, Arato A, et al. Characteristics of allergic colitis in breast-fed infants in the absence of cow's milk allergy. World J Gastroenterol. 2013;19(24):3824-30. doi: 10.3748/wjg.v19.i24.3824. PubMed PMID: 23840121; PubMed Central PMCID: PMCPMC3699042.
12. Michelet M, Schluckebier D, Petit LM, Caubet JC. Food protein-induced enterocolitis syndrome - a review of the literature with focus on clinical management. J Asthma Allergy. 2017;10:197-207. doi: 10.2147/JAA.S100379. PubMed PMID: 28721077; PubMed Central PMCID: PMCPMC5499953.
13. Erdem SB, Nacaroglu HT, Karaman S, Erdur CB, Karkiner CU, Can D. Tolerance development in food protein-induced allergic proctocolitis: Single centre experience. Allergol Immunopathol (Madr). 2017;45(3):212-9. doi: 10.1016/j.aller.2016.10.005. PubMed PMID: 28159385.
14. Ravelli A, Villanacci V, Chiappa S, Bolognini S, Manenti S, Fuoti M. Dietary protein-induced proctocolitis in childhood. Am J Gastroenterol. 2008;103(10):2605-12. doi: 10.1111/j.1572-0241.2008.02035.x. PubMed PMID: 18684195.
15. Sorea S, Dabadie A, Bridoux-Henno L, Balancon-Morival M, Jouan H, Le Gall E. [Hemorrhagic colitis in exclusively breast-fed infants]. Arch Pediatr. 2003;10(9):772-5. PubMed PMID: 12972203.

Os Pediatras e os Adolescentes

Pediatricians and Adolescents

Sara Pires da Silva[1],
Raquel Guedes[2], Hugo Braga Tavares[2]

Resumo

Introdução / objetivos: Os pediatras são responsáveis pelo atendimento dos adolescentes que representam 53,5% da população pediátrica portuguesa. Pretende-se avaliar a sua adaptação ao atendimento do adolescente, necessidades formativas e grau de motivação no atendimento ao adolescente.

Métodos: Estudo transversal. Aplicação de questionário eletrónico a pediatras e internos de formação específica (IFE) de pediatria portugueses.

Resultados: Obtidas 119 respostas, 66% especialistas, 82% do sexo feminino, média de idades 38±10 anos. 80% teve/terá formação em Medicina do Adolescente (FMA) e 90% sente necessidade/muita necessidade de mais FMA.

86% abordam o adolescente de forma diferente mas 33% desconhece modelos específicos de entrevista clínica, que são mais usados por quem teve FMA (p<0.001). 35% considera importante promover momentos a sós com o adolescente na consulta apenas se abordadas questões sensíveis, o que se associa à observação diária de maior número de adolescentes (p=0.05).

Observar adolescentes foi descrito como muito satisfatório por 13% dos inquiridos, com satisfação média dos especialistas significativamente superior à dos IFE (p=0.05).

A Consulta de Medicina do Adolescente (CMA) é considerada essencial por 40% dos inquiridos. 35% trabalha onde não existe CMA e 83% destes reconhece mais-valia à sua implementação. Quem trabalha onde existe CMA refere em média maior importância à sua existência (p<0.01), maior necessidade de FMA (p=0.007) e maior satisfação em trabalhar com adolescentes (p= 0.013).

Discussão: Reconhece-se a necessidade de mais FMA e de melhoria da abordagem ao adolescente. Urge implementar mais CMA, já que a sua existência parece associar-se a uma melhor relação dos pediatras com os adolescentes.

Palavras-chave: adolescente, Medicina do Adolescente, Educação Médica, satisfação no trabalho.

Abstract

Introduction Objective: Pediatricians are responsible for the health of adolescents, who represent 53,5% of the Portuguese pediatric population. This study aimed at evaluating pediatricians adaptability to this specific age group, training needs and motivation in working with adolescents.

Methods: Cross-sectional study. An electronic questionnaire was submitted to Portuguese pediatricians (P) and pediatric residents.

Results: 119 individuals answered the questionnaire, 66% P, 82% female, mean age 38±10 years; 80% had/will have Adolescent Medicine training (AMT) and 90% feel the need/greater need for more AMT.

86% handled the adolescent differently, but 33% were unaware of structured clinical interview models, which were more frequently used by those with AMT (p<0.001); 35% considered important only to promote individual moments with the adolescent during the medical consultation when addressing sensitive issues. These moments were more frequently promoted by doctors with higher average number of daily observed adolescents (p=0.05).

Working with adolescents was described as very satisfactory by 13% of the participants, and the satisfaction level was significantly higher for P (p=0.05); 40% considered the Adolescent Medicine Consultation (AMC) essential; 35% worked in hospitals where there is no AMC and 83% of them recognized added value to its implementation. Those who work in hospitals with AMC acknowledged the importance of its existence (p<0.01), a higher need for AMT (p=0.007) and report greater satisfaction for working with adolescents (p=0.013).

Conclusions: We recognize the need for more AMT and an improvement in adolescent's clinical approach. It is urgent to implement more AMC as they seem to improve pediatrician-adolescent relationship.

Keywords: Adolescent, adolescent medicine, medical education, Work Satisfaction.

Introdução

A Organização Mundial de Saúde define a adolescência como o período de crescimento e desenvolvimento humano que ocorre entre a infância e a idade adulta, entre os 10 e os 19 anos.[1] Em Portugal, os adolescentes representam 53,5% da população pediátrica.[2]

A adolescência é um período de profundas transformações físicas, psicossociais, cognitivas e emocionais em que são frequentemente assumidos comportamentos exploratórios vários.

Na maioria dos casos os adolescentes são saudáveis do ponto de vista orgânico e raramente recorrem aos cuidados de saúde, apresentando elevadas taxas de absentismo do acompanhamento médico regular.[3]

As principais causas de morbimortalidade neste grupo etário são as ditas «doenças não transmissíveis», com os acidentes a assumirem papel preponderante. Apesar da mortalidade originada por acidentes

[1] Interna de Formação Específica em Pediatria Médica, Serviço de Pediatria, Hospital Pedro Hispano – Unidade Local de Saúde de Matosinhos. Matosinhos.
[2] Assistente Hospitalar de Pediatria Médica, Unidade de Medicina do Adolescente, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia-Espinho.
Correspondência: Sara Pires da Silva - sarampsilva@gmail.com

se ter reduzido a metade desde 2002, em 2013 permanece como a principal causa de morte nos rapazes (25,3%), enquanto que, no sexo feminino, os «tumores malignos» são, agora, a principal causa de mortalidade (31,0% em 2013, face a 17,2% em 2002). «Suicídios e outras lesões autoinfligidas» mantêm-se como terceira causa de morte nos rapazes adolescentes aumentando de 4,3% em 2002 para 10,1% em 2013, enquanto nas raparigas baixou para quinto lugar ao diminuir 0,9 pontos percentuais em 2013 dos 8,0% registados em 2002.[4]

Estes dados justificam a necessidade de uma abordagem diferenciada a este grupo etário, necessariamente sistémica, focando não só o biológico / orgânico, como também os comportamentos e relacionamentos. Assim se entende o papel fundamental da entrevista clínica ao permitir uma avaliação sistemática de todas estas particularidades e necessidades específicas do adolescente.[5]

Nos últimos anos, na tentativa de colmatar as lacunas identificadas no atendimento ao adolescente em Portugal, tem-se trabalhado no desenvolvimento de serviços de saúde «amigos do adolescente».[6]

Numa primeira fase havia que definir a quem cabia a responsabilidade de observar os adolescentes. O pediatra, pelo seu conhecimento nas áreas do desenvolvimento, crescimento e maturação, pela preparação na abordagem da família e compreensão da dinâmica familiar e pela continuidade na prestação de cuidados desde a infância, apresentava-se como o candidato mais natural.[5] A Administração Regional de Saúde do Norte deu o primeiro passo, definindo, em 2008, um período de transição de 2 anos que culminaria com a integração universal dos adolescentes na população a ser avaliada por pediatras e em contexto pediátrico.[7] Em 2010 um despacho ministerial viria a alargar a implementação desta decisão a nível nacional.[8]

Tem sido notório o esforço desenvolvido para adaptar os espaços das diferentes instituições para atender os adolescentes, de acordo com as suas especificidades. Em 2007 eram ainda escassas as instituições com recursos físicos considerados adequados para o atendimento ao adolescente.[9] Desde então, mais recursos foram desenvolvidos, com cobertura atual de uma percentagem significativa do território nacional.[10]

O esforço até agora desenvolvido não fará sentido se não houver profissionais devidamente capacitados para o atendimento ao adolescente. Um estudo nacional que integrou uma Tese de Mestrado em Saúde do Adolescente relatava que 50% dos 274 pediatras inquiridos não havia tido formação específica em Medicina do Adolescente. Cerca de metade destes profissionais identificavam como principais barreiras ao atendimento a adolescentes a falta de treino específico (24%), as dificuldades na comunicação com o adolescente (18%), a falta de motivação para trabalhar com situações envolvendo perturbações do comportamento (10%), a impossibilidade de assegurar a confidencialidade (10%), a falta de recursos da comunidade (10%), a falta de apoio de outros profissionais de saúde (10%), a exigência de tempo (9%), o não se sentir à vontade com o adolescente (4,7%) e a dificuldade em falar a sós com adolescente (0,4%).[5] Refletindo sobre a sua formação nesta área durante o internato de formação específica em Pediatria, dois terços dos inquiridos referiam não ter tido qualquer formação específica ou consideravam-na insuficiente.[5]

Nesta fase de transição, até que as modificações na formação pré e pós-graduada atualmente em curso, com inclusão de conteúdos e competências específicas, assim como períodos de formação opcional / obrigatórios na área da Medicina do Adolescente, se façam sentir, é necessário dotar os profissionais ativos de ferramentas para esta missão.

Neste contexto, considera-se essencial perceber qual a experiência, nível de satisfação, motivações e expectativas dos pediatras e Serviços de Pediatria portugueses a esta (ainda) nova realidade.

Assim, este estudo pretendeu avaliar a adaptação dos pediatras e IFE de pediatria médica portugueses ao atendimento ao adolescente, as suas necessidades formativas na área e graus de motivação e interesse no atendimento ao adolescente.

Métodos

Trata-se de um estudo observacional analítico e transversal, com recolha de dados através da aplicação de um questionário eletrónico a uma amostra de conveniência.

A população alvo do estudo foram os pediatras e IFE de pediatria médica portugueses, que constavam numa lista de contactos definida pelos autores.

O questionário foi distribuído no período compreendido entre fevereiro e junho de 2016. Na mensagem de correio eletrónico onde constava o link para página da plataforma *Google Docs*® contendo o inquérito, era sucintamente explicada a finalidade do estudo e garantida a sua confidencialidade.

O questionário, construído pelos autores, não validado, era constituído por três grupos distintos de questões. O primeiro grupo abordava dados sociodemográficos e os restantes grupos compreendiam questões sobre os respetivos locais de trabalho, conhecimentos e satisfação na abordagem ao adolescente bem como opiniões pessoais sobre a área da medicina do adolescente.

Os dados obtidos foram codificados e registados numa base de dados informática utilizando o programa Excel® e posteriormente analisados com o programa SPSS 20.0®. As variáveis categóricas são expressas em frequências e percentagens e comparadas utilizando o *teste Qui-quadrado* ou o *teste de Fisher*. As variáveis contínuas são expressas como médias e desvios padrão e comparadas utilizando o *teste t* de *Student*. O valor de significância estatística adotado foi de 0,05.

Resultados

Aceitaram participar 119 médicos, 82% eram do sexo feminino, com media de idades de 38 anos ±10 anos, sendo que 66% eram especialistas em Pediatria Médica (Tabela 1).

Dos inquiridos, 71% trabalhava na região Norte de Portugal e 53% exercia funções apenas em hospital público. Na sua prática clínica habitual, 53% observava cinco ou mais adolescentes por semana, 50% predominantemente em contexto de urgência (Tabela 1).

Na sua formação pós-graduada, 80% referia ter tido ou pretendia vir a ter alguma formação em Medicina do Adolescente (FMA), sendo que 73% destes o havia feito ou previa fazer apenas sob a forma de cursos de formação. Quando questionados sobre a necessidade de mais formação nesta área, 90% assumia sentir necessidade ou muita necessidade de mais FMA, não havendo relação com o número de

VARIÁVEIS	n (%)
Inquiridos	119 (100)
Género	
Feminino / Masculino	98 (82) / 21 (18)
Idades (anos)	
Média ± DP	38 ± 10
Mín. - Máx.	25 – 65
Grau de especialização	
Especialista	79 (66)
Interno Formação Específica	40 (34)
Tempo dedicado à Pediatria	
≤ 10 anos	59 (50)
>10 anos	60 (50)
Localização Geográfica	
Norte	85 (71)
Centro	20 (17)
Sul	13 (11)
Ilhas	1 (1)
Local de prática clínica	
Público	63 (53)
Privado	10 (8)
Público e Privado	46 (39)
Frequência de atendimento de adolescentes	
≤ 5 adolescentes/semana	56 (47)
> 5 adolescentes/semana	63 (53)
Contexto de atendimento	
Consulta	56 (47)
Internamento	4 (3)
Serviço de Urgência	59 (50)
Formação em Pediatria médica incluiu ou incluirá FMA	
Não	24 (20)
Sim (Apenas cursos)	69 (58)
Sim (Cursos e Estágios)	26 (22)

Tabela 1 • **Caracterização da amostra.**

anos de exercício de pediatria (p=0,16) nem com o número médio de adolescentes observados semanalmente (p=0,41) (Tabela 2). A maioria (89%) tinha conhecimento da existência de cursos ou formações específicas nesta área.

Relativamente à abordagem clínica, 86% afirmava adotar uma postura diferenciada face ao adolescente. No entanto, cerca de 33% assumia não se sentir familiarizado(a) com modelos específicos de entrevista clínica. Estes modelos eram mais conhecidos pelos IFE de pediatria (p<0,01) e por quem teve FMA (p<0,001). A totalidade dos inquiridos referia recorrer a momentos a sós com o adolescente, sendo que 35% apenas o faziam quando sentiam necessidade de abordar questões sensíveis, encontrando-se associação entre a observação diária de maior número de adolescentes e maior recurso a momentos a sós (p=0,05), não dependente de existência de FMA prévia (p=0,58).
Ter o hábito de informar o adolescente do seu direito à confidencialidade foi reportado por 62% dos inquiridos, sendo esta rotina significativamente mais frequente nos inquiridos com FMA (p=0,04) (Tabela 3).

Trabalhar com esta faixa etária foi considerado muito satisfatório por 13% dos inquiridos, sendo a satisfação dos especialistas significativamente superior à dos IFE (p=0,03) (Tabela 4).

A existência de Consulta de Medicina do Adolescente (CMA) foi referida como essencial por 40% dos inquiridos. Dos 35% que trabalhavam numa instituição onde não existe CMA, 83% reconhecia que seria uma mais-valia a sua implementação (Tabela 5). Trabalhar numa instituição onde existia CMA parecia relacionar-se com uma maior familiarização com modelos específicos de entrevista clínica (p<0,01), mas não com a utilização de uma abordagem diferenciada nem ter o hábito de informar o adolescente do seu direito à confidencialidade (Tabela 3). Os profissionais que trabalhavam numa instituição com CMA atribuíam maior importância à sua existência (p=0,033), assumiam maior necessidade de FMA (p=0,016) e maior satisfação em trabalhar com adolescentes (p= 0,006) (Tabela 5).

	TOTALIDADE DA AMOSTRA	TEMPO DEDICADO À PEDIATRIA		GRAU DE ESPECIALIZAÇÃO		FREQUÊNCIA DE ATENDIMENTO DE ADOLESCENTES	
Necessidade pessoal de FMA	*n (%)*	*≤ 10 anos n (%)*	*> 10 anos n (%)*	*Especialista n (%)*	*IFE n (%)*	*≤ 5 adol/sem n (%)*	*> 5 adol/sem n (%)*
Desnecessária	*1 (1)*	*0 (0)*	*1 (2)*	*1 (1)*	*0 (0)*	*0 (0)*	*1 (2)*
Indiferente	*1 (1)*	*0 (0)*	*1 (2)*	*1 (1)*	*0 (0)*	*0 (0)*	*1 (2)*
Pouco necessária	*10 (8)*	*2 (3)*	*8 (13)*	*8 (10)*	*2 (5)*	*7 (12)*	*3 (4)*
Necessária	*74 (62)*	*41 (70)*	*33 (55)*	*47 (60)*	*27 (68)*	*30 (54)*	*44 (70)*
Muito necessária	*33 (28)*	*16 (27)*	*17 (28)*	*22 (28)*	*11 (27)*	*19 (34)*	*14 (22)*

Necessidade pessoal de FMA agrupado										
	n (%)	*≤ 10 anos n (%)*	*> 10 anos n (%)*	*Valor p*	*Especialista n (%)*	*IFE n (%)*	*Valor p*	*≤ 5 adol/sem n (%)*	*> 5 adol/sem n (%)*	*Valor p*
Desnecessária - Pouco necessária	*12 (10)*	*2 (3)*	*10 (17)*	*0,16*	*10 (12)*	*2 (5)*	*0,71*	*7 (12)*	*5 (8)*	*0,41*
Necessária - Muito necessária	*107 (90)*	*57 (97)*	*50 (83)*		*69 (88)*	*38 (95)*		*49 (88)*	*58 (92)*	

Tabela 2 • **Necessidade formativa em Medicina do Adolescente.**

FMA – Formação em Medicina do Adolescente; **IFE –** Interno de Formação Específica**; adol/sem –** Adolescente por semana.

	FMA			Grau de especialização			Frequência de atendimento			Existência de CMA no local de trabalho		
	Sim n (%)	Não n (%)	Valor p	Especialista n (%)	Interno n (%)	Valor p	≤ 5 adol/ sem n (%)	> 5 adol/ sem n (%)	Valor p	Sim n (%)	Não n (%)	Valor p
Familiarização com modelo de entrevista clínica estruturada ao adolescente												
Sim	76 (80)	6 (25)	**< 0,001**	48 (61)	34 (85)	**<0,01**	35 (63)	47 (75)	**0,15**	62 (80)	20 (48)	**< 0,001**
Não	19 (20)	18 (75)		31 (39)	6 (15)		21 (37)	16 (25)		15 (20)	22 (52)	
Recurso a momentos a sós												
Regularmente	62 (67)	14 (58)	0,6	53 (67)	25 (62)	0,4	35 (62)	43 (68)	**0,05**	56 (73)	22 (52)	0,08
Apenas se abordar questões sensíveis	31 (33)	10 (42)		26 (33)	15 (38)		21(38)	20 (32)		21 (27)	20 (48)	
Nunca	0 (0)	0 (0)		0 (0)	0 (0)		0 (0)	0 (0)		0 (0)	0 (0)	
Informar do direito à confidencialidade												
Sempre	36 (38)	6 (25)	**0,04**	30 (38)	12 (30)	0,3	20 (36)	22 (35)	0,4	32 (42)	10 (24)	0,08
Frequentemente	30 (32)	2 (8)		18 (23)	14 (35)		16 (28)	16 (25)		22 (28)	10 (24)	
Apenas se abordar questões sensíveis	28 (29)	14 (59)		28 (35)	14 (35)		20 (36)	22 (35)		21 (27)	21 (50)	
Nunca	1 (1)	2 (8)		3 (4)	0 (0)		0 (0)	3 (5)		2 (3)	1 (2)	

Tabela 3 • **Abordagem ao adolescente.**

FMA – Formação em Medicina do Adolescente; **CMA** – Consulta de Medicina do Adolescente; **adol/sem** – Adolescente por semana.

	FMA		Grau de especialização		Frequência de atendimento		Existência de CMA no local de trabalho	
	Sim n (%)	**Não n (%)**	**Especialista n (%)**	**Interno n (%)**	**≤ 5 adol/sem n (%)**	**> 5 adol/ sem n (%)**	**Sim n (%)**	**Não n (%)**
Satisfação pessoal ao trabalhar com adolescentes								
Insatisfeito	3 (3)	0 (0)	1 (1)	2 (5)	1 (2)	2 (3)	1 (1)	2 (5)
Indiferente	3 (3)	1 (4)	2 (2)	2 (5)	2 (4)	2 (3)	2 (2)	2 (5)
Pouco satisfeito	18 (19)	8 (33)	14 (18)	12 (30)	15 (26)	11 (17)	12 (16)	14 (33)
Satisfeito	58 (61)	13 (55)	48 (61)	23 (58)	36 (64)	35 (56)	50 (65)	21 (50)
Muito satisfeito	13 (14)	2 (8)	14 (18)	1 (2)	2 (4)	13 (21)	12 (16)	3 (7)

Satisfação pessoal ao trabalhar com adolescentes agrupado												
	Sim n (%)	Não n (%)	Valor p	Especialista n (%)	Interno n (%)	Valor p	≤ 5 adol/ sem n (%)	> 5 adol/ sem n (%)	Valor p	Sim n (%)	Não n (%)	Valor p
Insatisfeito - Pouco satisfeito	*24 (25)*	9 (37)	**<0,01**	17 (21)	16 (40)	**0,05**	18 (32)	15 (23)	0,12	15 (19)	18 (43)	**0,006**
Satisfeito - Muito satisfeito	71 (75)	15(63)		62 (79)	24 (60)		38 (68)	48 (77)		62 (81)	24 (57)	

Tabela 4 • **Satisfação pessoal ao trabalhar com adolescentes.**

FMA – Formação em Medicina do Adolescente**; adol/sem –** Adolescente por semana.

	Local com CMA n (%)	Local sem CMA n (%)	Valor p
Total	**77 (65)**	**42 (35)**	**----------**
Implementação de CMA seria uma mais valia			
Sim	----------	35 (83)	----------
Não		6 (14)	
Não sei		1 (2)	
Importância da CMA			
Desnecessária	0 (0)	1 (2)	**0,033**
Pouco importante	1 (1)	3 (7)	
Importante	13 (17)	22 (52)	
Muito importante	24 (31)	7 (17)	
Essencial	39 (51)	9 (22)	
Necessidade de FMA			
Desnecessária	0 (0)	1 (2)	**0,016**
Indiferente	0 (0)	1 (2)	
Pouco necessária	4 (5)	6 (15)	
Necessária	48 (62)	26 (62)	
Muito necessária	25 (33)	8 (19)	
Satisfação pessoal ao trabalhar com adolescentes			
Insatisfeito	1 (1)	2 (5)	**0,006**
Indiferente	2 (2)	2 (5)	
Pouco satisfeito	12 (16)	14 (33)	
Satisfeito	50 (65)	21 (50)	
Muito satisfeito	12 (16)	3 (7)	

Tabela 5 • **Importância, necessidade e satisfação em locais com e sem CMA.**

FMA – Formação em Medicina do Adolescente**; CMA –** Consulta de Medicina do Adolescente.

SAÚDE INFANTIL 2018 // **40 (1): 21-27** ABRIL

Discussão

As especificidades da adolescência, um período de profundas transformações físicas, psicológicas e relacionais, tornam o atendimento ao adolescente um desafio permanente.

A Sociedade Portuguesa de Medicina do Adolescente da Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPMA-SPP), em linha com o preconizado pela OMS, defende que o atendimento ao adolescente seja feito por profissionais com competências técnicas específicas, sensibilidade e respeito na compreensão da realidade de cada adolescente, com treino e maturidade emocional que permitam a gestão de situações sensíveis e capacidade de trabalho multidisciplinar.[1,11]

À semelhança do previamente descrito nos pediatras portugueses, a necessidade de formação específica nesta área do conhecimento médico foi assumida pela maioria dos médicos inquiridos, apesar de uma parte referir ter algum tipo de FMA que apenas raramente incluiu a realização de um estágio integrado formalmente no seu programa de formação pós-graduado. Sendo a nossa amostra constituída em 60% por especialistas, esta última constatação poderá ser justificada não só pelo facto de, à data da sua formação, a observação de adolescentes em ambiente pediátrico não ser universal e/ou até completar os 18 anos, mas também pelas reduzidas ofertas formativas nesta área, disponíveis na altura em Portugal. Em 2007 existiam apenas 7 CMA estruturadas e 3 centros com idoneidade formativa na área da Medicina da Adolescência.[9] Desde então, muito tem mudado e numa avaliação realizada em 2016 existiam pelo menos 35 CMA em funcionamento e 8 centros com idoneidade formativa.[10]

A maioria da amostra avaliada parece estar consciente da necessidade de uma abordagem diferenciada deste grupo etário, no entanto apenas uma percentagem mínima se considera familiarizado com modelos específicos de entrevista clínica. Neste aspeto, os IFE e os médicos com FMA consideram-se mais capacitados, o que aponta para a utilidade da FMA.

A entrevista clínica vai além da simples recolha de informação clínica, podendo ser utilizada como instrumento de intervenção terapêutica e preventiva, sendo essencial que todos os profissionais de saúde que lidam com esta população sejam competentes na sua condução.[5] Os modelos de entrevista estruturada são utilizados de forma quase universal no atendimento ao adolescente. Um deles, desenvolvido por Goldenring e Cohen em 1985 [12] sob o acrónimo HEADSSS, integra as recomendações do *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil de 2013*.[13] O desconhecimento reportado por parte significativa da amostra avaliada realça,

uma vez mais, a necessidade de investir na FMA dos IFE e pediatras portugueses.

De acordo com os Consensos da SPMA publicados há mais de 10 anos, «o adolescente poderá ser observado numa primeira abordagem com os pais, mas deverá ser sempre reservado um momento de privacidade com o médico».[11] No presente estudo todos os inquiridos referiam recorrer a momentos a sós com o adolescente, no entanto 35% apenas o fazia quando sentiam necessidade de abordar questões sensíveis. Esta lacuna traduzirá, muito provavelmente, a ausência de compreensão da necessidade de uma abordagem global do adolescente, observando não só os seus aspetos somáticos, mas também os aspetos relacionados com o seu desenvolvimento cognitivo e afetivo e o seu impacto psicossocial[14], que só será completada dando ao adolescente a oportunidade de exercer a sua autonomia e de gerir a sua privacidade ficando a sós com o médico. Traduzirá também o desconhecimento e / ou a insuficiente valorização da importância desta abordagem individual na otimização da relação terapêutica, baseada na confidencialidade.[15] De facto, neste trabalho, parece haver por parte dos médicos que observam diariamente maior número de adolescentes, uma maior sensibilidade a esta temática, colocando-se a hipótese desta maior sensibilização decorrer da constatação prática, no dia a dia, da sua importância / necessidade.

Estudos prévios mostram que a adesão dos adolescentes aos cuidados de saúde depende em grande medida das características do médico que os atende, identificando-se frequentemente como barreiras ao acesso a falta de empatia e confidencialidade.[16,17]
As diferentes orientações sobre o atendimento ao adolescente são claras no sentido de se garantir a estes a confidencialidade, clarificando os seus limites ainda na presença dos seus pais/cuidadores.[11,18]
Numa avaliação da realidade portuguesa, 89% dos médicos inquiridos considerava a confidencialidade como sendo de elevada importância na prática clínica com adolescentes, sendo esta opinião independente de género ou de tempo de especialidade.[5] À semelhança de outro trabalho nacional[19], também na nossa amostra a maioria dos pediatras (62%) reportou abordar frequentemente a temática da confidencialidade nas suas consultas com adolescentes. O facto dos inquiridos com FMA o fazerem mais frequentemente realça a importância da FMA na sensibilização da população médica para esta temática.

A satisfação dos médicos em trabalhar com os adolescentes raramente é avaliada. Num estudo português a maioria dos inquiridos considerava o trabalho com adolescentes moderadamente atrativo, destacando o desafio que este atendimento representa, a possibilidade de intervir na promoção da sua saúde, de conjugar aspetos físicos e psicossociais e de trabalhar em interdisciplinaridade como aspetos positivos[5], o que parece contrariar a noção de relutância e talvez de algum desconforto do pediatra na observação deste grupo etário, desde o alargamento da idade de atendimento pediátrico. Esta perceção parece ser corroborada pelos resultados do presente estudo, considerando que apenas uma minoria dos médicos inquiridos (13%) considera muito satisfatório trabalhar com adolescentes. O facto de os especialistas apresentarem uma maior satisfação média poderá ser justificado por uma maior maturidade e consequente conforto na abordagem ao adolescente. Os IFE, fruto da sua compreensível menor experiência, sentirão como menos aliciante o desafio que é a abordagem global do adolescente. Por outro lado, fruto da sua proximidade etária, poderão sentir maior receio de serem confrontados com problemáticas que exigirão maturidade e motivem uma catarse da sua própria adolescência.

No presente estudo, 35% da amostra referia trabalhar numa instituição onde não existia uma CMA, sendo que a maioria reconhecia a necessidade da sua implementação. Os resultados obtidos parecem indicar que a existência de uma CMA se relaciona com uma melhoria global da relação dos pediatras com esta faixa etária, promovendo uma maior familiarização com modelos específicos de entrevista clínica e necessidade de FMA, atribuição de maior importância à sua existência e maior satisfação no trabalho com esta população. É neste contexto que os dados mais recentes que apontam para a existência de um considerável número de CMA distribuídas pelo território continental e ilhas[9] são vistos como um sinal de evolução positiva, já que, não só permitirão um melhor atendimento ao adolescente e por profissionais especificamente treinados e capacitados para o fazer, como serão em si locais por excelência para o ensino e formação dos novos IFE nesta área.
O facto do questionário aplicado não ser validado e ser constituído por questões fechadas, o modo de obtenção da amostra, o seu tamanho e heterogeneidade da amostra, nomeadamente no que se refere à distribuição geográfica dos participantes e ao grau de especialização, limita a extrapolação de conclusões para a realidade pediátrica portuguesa. A ausência de trabalhos com metodologia semelhante na população Portuguesa dificulta, também, a possibilidade de se fazerem comparações.

Considera-se essencial a realização de mais estudos nesta área. Avaliar o grau de realização e motivação profissional ao trabalhar com adolescentes e o impacto do investimento da FMA na abordagem diferenciada deste grupo etário é um desafio que poderá contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde aos adolescentes em Portugal.
Em conclusão: Reconhece-se a necessidade de mais FMA pós-graduada que capacite os profissionais para melhor dar resposta às especificidades do adolescente e das suas famílias.

Reforça-se a necessidade de inclusão nos currículos dos diferentes cursos médicos de temas e treino de competências específicas na abordagem do adolescente.
Urge implementar a criação de mais CMA, já que a sua existência parece associar-se a uma melhor relação dos pediatras com esta população.

Apesar da satisfação em trabalhar com adolescentes na amostra avaliada ser baixa, considera-se que o reconhecimento por parte destes profissionais da necessidade de terem mais formação para melhor atender o adolescente, poderá ser um sinal de esperança de que com o treino e o tempo se sintam mais capacitados, e como tal mais motivados e satisfeitos, com o atendimento aos adolescentes.

Agradecimentos: Os autores agradecem o contributo de todos os colegas que responderam ao questionário deste estudo.

Apresentação prévia de resultados: Resultados apresentados sob a forma de poster com discussão no 17º Congresso Nacional de Pediatria, que decorreu no Porto de 2 a 4 de Novembro de 2016 (Resumo publicado em Acta Pediátrica Portuguesa, Vol.47, Novembro 2016, Suplemento)

Bibliografia

1. Organização Mundial de Saúde. *Global consultation on adolescent friendly Health services – a consensus statement.* Geneva,7,9 March 2001. Department of Child and Adolescent Health and Development.
2. Instituto Nacional de Estatística, Available at: http://www.ine.pt. Accessed Fev 01; 2016.
3. Ma J, Wang Y, Stafford RS. US adolescents receive suboptimal preventive counselling during ambulatory care. J.AdolescHealth 2005;36:441.
4. Carrilho MJ. Crianças e Adolescentes em Portugal. Instituto Nacional de Estatística. Revista de Estudos Demográficos. 2015:55(4):53.
5. Neves S. Avaliação das Necessidades de Formação em Medicina do Adolescente dos Pediatras Portugueses – Dez anos depois [dissertação]. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2016.
6. WHO. Adolescent friendly health services: making it happen. Geneva: World Health Organization, 2005.
7. Administração Regional de Saúde do Norte. Idade de Atendimento nos Serviços de Pediatria. Circular Normativa nº 2/2007 de 18-5-2007. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte, 2007. Available at: http://www.arsnorte.min-saude.pt/downloads/CN2-2007.pdf.
8. Diário da República, Despacho nº 9871/2010 de 11 de Junho – alargamento universal em Portugal Continental e Ilhas.
9. Tavares HB, Fonseca H, Atendimento ao adolescente em Portugal, Acta Pediatr Port 2009:40(4):154-9.
10. Hugo Braga Tavares in Encontro da SPMA subordinado ao tema «O profissional de saúde d@s adolescentes». Penafiel, 22 de outubro de 2016.
11. Requisitos para o atendimento ao adolescente – Consenso da Secção de Medicina do Adolescente da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Lisboa: Secção de Medicina do Adolescente da SPP, 2005. Available at: http://www.spp.pt/.
12. Goldenring JM, Cohen E. Getting into adolescent heads. ContempPediatr. 1988;5(7):75-90.
13. Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil Norma da Direcção-Geral da Saúde nº010/2013, 2013.
14. Fonseca H, Pereira C, Mendes L, Valente S, Figueira J. *A consulta de adolescentes de um hospital central universitário: análise casuística dos últimos 5 anos* (1998 - 2002). Acta Pediatr Port 2004:35(2):109-13.
15. Loch JA, Clotet, J, Goldim JR. *Privacidade e confidencialidade na assistência à saúde do adolescente: Percepções e comportamentos de um grupo de 711 universitários.* Rev. Ass Med Bras, 1992; 53(3): 240-6.
16. Ginsburg KR, Menapace AS, Slap GB. *Factors affecting the decision to seek health care: the voice of adolescents. Pediatrics.* 1997;100:922-30.
17. Gleeson C, Robinson M, Neal R. A review of teenager's perceived needs and access to primary health care: implications for health services. Prim Health Care Res Dev. 2002;3:184-93.
18. *Society for Adolescent Medicine. Confidential health care for adolescents: position paper of the Society for Adolescent Medicine*. J Adolescent Health. 2004;35:160-7.
19. Viveiro C, Pascoal M. Ética no atendimento a adolescentes, *Acta Pediatr Port.* 2012:43(4):154-61.

Bullying e Cyberbullying – a realidade dos nossos adolescentes

Bullying e Cyberbullying – the reality of our adolescents

Catarina Pereira[1]; Marília Flora[2]; Nádia Brito[3]; Filipa Inês Cunha[3]; Agostinho Fernandes[3]

Resumo

Introdução: O *bullying* e o seu subtipo *cyberbullying* são formas de vitimização entre pares que podem levar a alterações graves na qualidade de vida dos adolescentes. Pretendeu-se caracterizar uma amostra de adolescentes em relação à sua vivência de *bullying* como vítimas e identificar fatores de risco.

Materiais e métodos: Aplicação de questionários anónimos e confidenciais a adolescentes observados em consulta de Pediatria. Utilizou-se a escala *Multidimensional Peer Victimization* adaptada à população portuguesa, acrescentando-se peso, altura, género, idade e perguntas relativas ao *cyberbullying*. Utilizou-se o SPSS23® (p<0,05).

Resultados: Avaliámos 233 adolescentes, com idade mediana de 13 anos, sendo 50,6% do género masculino e 22,3% obesos. Admitiram alguma forma de vitimização no último ano letivo 82,4%, sendo a mais frequente a verbal (66,1%), seguindo-se a vitimização social (54,9%), em relação a propriedade (47,6%) e física (30,9%); o *cyberbullying* ocorreu em 17,6%. Houve diferença estatisticamente significativa entre género na vitimização social (p=0,003) e em relação à propriedade (p=0,033), mais frequentes no género feminino. Com exceção do *cyberbullying*, os adolescentes obesos tiveram resultados superiores em quase todos os tipos de vitimização, com diferença estatisticamente significativa no total da escala (p=0,039) e na vitimização verbal (p=0,046).

Conclusões: A maioria dos nossos adolescentes sofreu alguma forma de vitimização, predominando a verbal. O género feminino admitiu mais vitimização social e em relação a propriedade com diferença estatística. A obesidade constituiu um fator de risco para *bullying*, sobretudo para a forma verbal. O *cyberbullying* foi a forma menos frequente, mas a literatura alerta para a sua incidência crescente.

Palavras-chave: Adolescente, *Bullying*, *Cyberbullying.*

Abstract

Introduction: Bullying and cyberbullying are forms of victimization among peers that can lead to a decrease in the adolescents' quality of life. The aim of this study was to characterize a sample of adolescents in relation to their bullying experience as victims and to identify risk factors.

Materials and methods: Application of anonymous and confidential questionnaires to adolescents evaluated in paediatric appointment. The Multidimensional Peer Victimization scale adapted to the Portuguese population was used. It were added weight, height, gender, age and questions related to cyberbullying. SPSS23® (p<0.05) was used.

Results: We evaluated 233 adolescents, with a median age of 13 years, being 50.6% male and 22.3% obese. Of all, 82.4% admitted some form of victimization in the last academic year, predominating the verbal form (66.1%), followed by social victimization (54.9%), in relation to property (47.6%) and physical (30.9%); cyberbullying occurred in 17.6%. There was a significant statistical difference between gender in social victimization (p=0.003) and in relation to property (p=0.033), more frequent in females. With the exception of cyberbullying, obese adolescents had superior results in almost all types of victimization, with statistical difference in the total scale (p=0.039) and verbal victimization (p=0.046).

Conclusions: Most of our adolescents lived some form of victimization, with predominance of the verbal one. The female gender admitted more social victimization and in relation to property with statistical difference. Obesity was a risk factor for bullying, especially for the verbal form. Cyberbullying was the less frequent, but the literature warns of its increasing incidence.

Keywords: Adolescent, Bullying, Cyberbullying.

Introdução

O *bullying* consiste na vitimização entre pares, com assimetria de poder entre agressor e vítima, a qual sofre, de forma repetida, intimidação física ou psicológica, sendo que o agressor apresenta intencionalidade em magoar.[1-3] Esta forma de violência ocorre sobretudo no recreio das escolas.[2] À medida que a idade aumenta a prevalência de vítimas de *bullying* tende a diminuir, constatando-se um aumento da sua incidência nas idades de transição de escola.[4]

Habitualmente a vitimização de forma direta é mais frequente no género masculino enquanto a indireta, como os casos de manipulação social em que o agressor utiliza outras pessoas de modo a atingir a vítima em vez de atacar ele próprio, está mais presente no género feminino.[4]

O *bullying* apresenta-se habitualmente sob a forma de agressão física, verbal, social e violência através do desrespeito da propriedade da vítima (F.H. Veiga, comunicação pessoal). Contudo recentemente surgiu outra forma de *bullying* através das tecnologias de comunicação, o *cyberbullying*. Atualmente este subtipo já *é* reconhecido como um problema de saúde pública pela *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC).[5,6] Esta forma pode ter maior impacto, pois o agressor nem sempre se identifica e uma única humilhação pode propagar-se

[1] Interna de Pediatria Médica do Hospital Pediátrico - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal [2] Enfermeira no Hospital Distrital da Figueira da Foz, Figueira da Foz, Portugal [3] Pediatra no Hospital Distrital da Figueira da Foz, Figueira da Foz, Portugal
Correspondência: Catarina Pereira - catarinaopereira@gmail.com

exponencialmente a milhares de pessoas, persistindo no mundo virtual ao longo dos anos.[1,6-9] Além disso, esta forma de *bullying* não se limita a um determinado espaço físico, como a escola, pois a vítima recebe a agressão por telemóvel ou computador/*tablet* independentemente de onde esteja.[7,9] Verificou-se também que quem vivencia situações de *cyberbullying* tem maior relutância em apresentar queixa, pois tem medo que os cuidadores lhes retirem o acesso aos meios eletrónicos.[5,6]

A literatura constata que qualquer forma de *bullying* pode conduzir a alterações na perceção da autoimagem, com compromisso do sentimento de confiança em relação aos pares, sendo também responsável por sintomas depressivos, diminuição do rendimento escolar, atitudes antissociais, abuso de substâncias e ideação suicida,[1,3-9,11] consequências que podem persistir pela vida adulta.[3,8]

Os profissionais de saúde, incluindo o médico de família e o pediatra, têm um papel muito importante na prevenção, na identificação das vítimas e agressores e na resolução destes casos.

É importante para isso ter um elevado índice de suspeição e conhecer a realidade local, o que pode ser realizado através de questionários anónimos.[10] É também fundamental promover estratégias de prevenção e de intervenção a nível local[11], por exemplo, através de programas de sensibilização na escola, envolvendo alunos, professores, auxiliares e cuidadores. Estes mostraram-se eficazes, permitindo uma redução nos comportamentos de *bullying* entre 30 a 50%.[12] Em Portugal, um estudo confirmou que perante um programa de intervenção, a prevalência de *bullying* diminui, embora de maneira não tão marcada como descrita anteriormente.[13]

Tendo em conta a relevância deste tema na atualidade, os autores realizaram um estudo com o objetivo de caracterizar uma amostra de adolescentes em relação à sua vivência de *bullying* como vítimas e identificar fatores de risco associados.

Materiais e métodos

Foram aplicados questionários anónimos e confidenciais a adolescentes, com idades compreendidas entre os dez anos e os 18 anos, observados em consulta de Pediatria durante um período de quatro meses. O questionário utilizado foi a escala *Multidimensional Peer Victimization* adaptada à população portuguesa, dado que foi demonstrado que esta escala apresenta boas qualidades psicométricas, podendo ser utilizada para avaliar a vitimização na nossa população (F.H. Veiga, comunicação pessoal). Esta escala é constituída por 16 questões relativas ao ano letivo anterior, relacionadas com a vitimização física, verbal, social e em relação à propriedade. Cada questão recebe uma pontuação, sendo zero quando a resposta é nunca, um quando ocorreu uma vez ou dois quando ocorreu mais do que uma vez. A pontuação final pode ir de zero (não sofreu qualquer vitimização) a um máximo de 32, sendo que se atribui a cada tipo de vitimização uma pontuação de zero a oito.[3]

Ao questionário foi acrescentado o registo do peso, altura, género, idade e três perguntas relativas ao *cyberbullying* criadas pelos autores: «ameaçaram-me ou insultaram-me por mensagens para o telemóvel, correio electrónico ou redes sociais», «colocaram ou manipularam fotografias ou vídeos meus na internet sem permissão» e «invadiram a minha conta privada na internet para gozar comigo».

As curvas de referência da Organização Mundial de Saúde foram utilizadas para identificação dos casos de excesso de peso (índice de massa corporal entre o percentil 85 e 97) e obesidade (percentil igual ou superior a 97 para a idade e género).

A análise estatística foi realizada com o programa SPSS® versão 23. Procedeu-se à caracterização da população por cálculo de medidas de tendência central e de dispersão para variáveis quantitativas e pela determinação de frequências absolutas e relativas para variáveis qualitativas. Para as várias variáveis foi aplicado o teste de normalidade (Kolmogorov-Smirnov) tendo-se verificado sempre uma distribuição não normal. Assim, para comparar variáveis em dois grupos de indivíduos diferentes foi efetuado o teste U de Mann-Whitney. Para avaliar a associação entre duas variáveis quantitativas utilizou-se a correlação de Spearman. Considerou-se um nível de significância estatística $\alpha=0,05$.

Resultados

Obtivemos questionários de 233 adolescentes, 50,6% do género masculino (n=118), com idade mediana de 13 anos (amplitude interquartil 15-11,5). Admitiram alguma forma de vitimização no último ano letivo 82,4% (n=192). A Fig. 1 mostra a distribuição da amostra pela pontuação total obtida.

A forma de vitimização mais frequente foi a verbal (66,1%), seguindo-se a social (54,9%), em relação à propriedade (47,6%) e física (30,9%). O *cyberbullying* ocorreu em 17,6% (Fig. 2).

A mediana de idade foi de 13 anos para todos os subtipos de vitimização, à exceção da vitimização física cuja mediana foi de 12 anos.

Avaliando a ocorrência de vitimização com o aumento da idade constatou-se que a prevalência de *bullying* vai diminuindo ligeiramente para todos os tipos de *bullying*, de forma significativa em relação ao valor total obtido pela escala *Multidimensional Peer Victimization* (r=-0,132, p=0,04), à vitimização física (r=-0.189, p=0,004) e em relação à propriedade (r=-0,165, p=0,012). No caso do *cyberbullying* verificou-se um ligeiro, mas estatisticamente significativo, aumento à medida que a idade aumenta (r=0.183, p=0.005).

Houve diferença estatística entre género na vitimização social (p=0,003) e em relação a propriedade (p=0,033), mais frequentes no género feminino.

Tinham excesso de peso 15,9% (n=37) e 22,3% eram obesos (n=52). Com exceção do *cyberbullying*, estes últimos tiveram resultados superiores em todos os tipos de vitimização, com diferença estatística no total da escala (p=0.039) e na vitimização verbal (p=0,046). Ver Tabela 1.

Foi realizada também a comparação da vivência de *bullying* entre adolescentes com excesso de peso e peso adequado à idade e verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos para nenhum tipo de vitimização.

Discussão

No nosso estudo, a esmagadora maioria dos adolescentes sofreu alguma forma de vitimização. Podemos afirmar que o *bullying* na sua definição mais tradicional, avaliado pela escala *Multidimensional Peer*

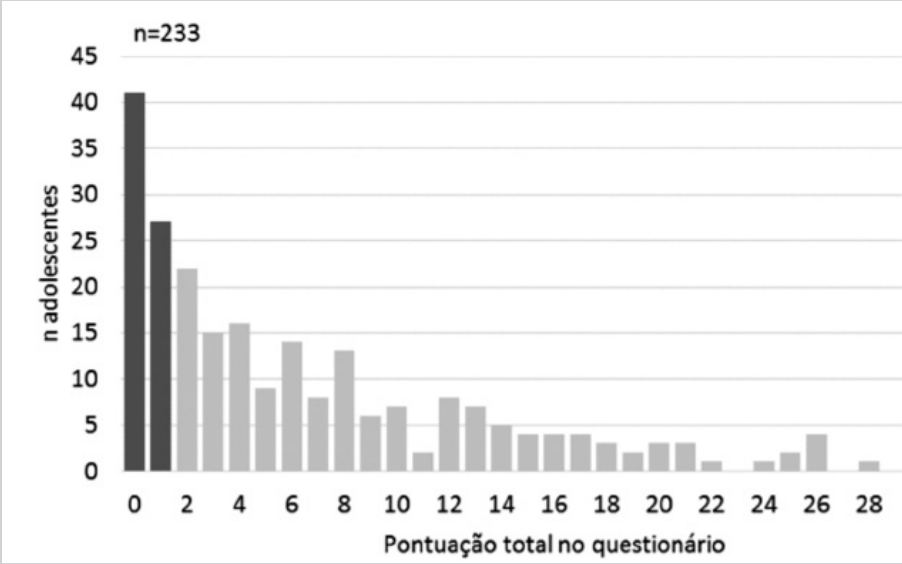

Figura 1 • **Distribuição da amostra pela pontuação total obtida na escala Multidimensional Peer Victimization adaptada à população portuguesa.**

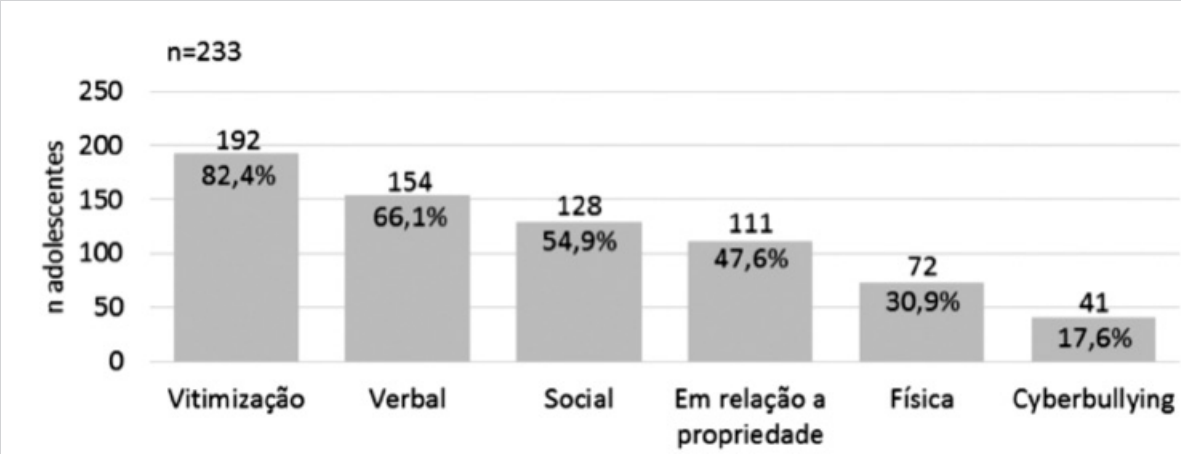

Figura 2 • **Número de adolescentes da amostra que reportaram os diferentes tipos de vitimização.**

Victimization, teve resultados de vitimização muito superiores aos verificados noutros estudos.[1,2,13-15] O estudo de Chester et al, que envolveu 33 países da Europa e América do Norte, verificou que o *bullying* é frequente em praticamente todos os países, afetando 29% dos adolescentes dos 11 aos 15 anos de forma ocasional (uma ou mais vezes nos últimos dois meses).[15] Neste estudo, a prevalência de *bullying* ocasional, em Portugal, foi de 43,8% nos rapazes e 31,9% nas raparigas.[15]
Ao avaliar especificamente os vários tipos de vitimização, verificámos que na nossa amostra a forma verbal foi a mais predominante, seguida da social, semelhante a outros estudos.[1,13]
O *cyberbullying* foi a forma menos frequente, mas estima-se que a sua incidência estará a aumentar.[4,9] De acordo com o estudo português de Costa et al, o *cyberbullying* afetou 4,3% da amostra, menos do que no nosso estudo.[1] Contudo, vários estudos mostram percentagens de *cyberbullying* superiores à nossa, variando entre os 4,8% e os 73,5%, com média de prevalência de 23,0%.[5]

Relativamente à idade das vítimas, a mediana de 13 anos foi expetável dado tratar-se de uma idade de transição, com diversas mudanças biológicas, mentais e sociais, às quais se associam muitas vezes o ingresso num novo estabelecimento de ensino, tornando os adolescentes mais suscetíveis a vivenciarem experiências de *bullying*.[1,4]

Este estudo documentou ainda uma diminuição da ocorrência de *bullying* com o aumento da idade, enquanto o *cyberbullying* tem tendência a tornar-se mais frequente em idades mais elevadas, o que está de acordo com a maioria da literatura.[4,5,7,8]
De salientar que o género feminino sofreu mais vitimização, à exceção da forma verbal, tendo-se verificado uma diferença estatisticamente significativa em relação à vitimização social e em relação a propriedade, não sendo estes achados consensuais na literatura.[5,7,8]
Como já verificado previamente, a obesidade constituiu um fator de risco para *bullying*, sobretudo para a forma verbal. Um estudo envolvendo 10

Tabela 1 • **Comparação entre os vários tipos de vitimização entre géneros e entre adolescentes obesos e não obesos.**

	Feminino n (%)	Masculino n (%)	p	Obesos n (%)	Não obesos n (%)	p
Vitimização total	96 (**83,5**)	96 (81,4)	0,053	47 (**90,4**)	145 (80,1)	**0,039**
Vitimização física	36 (**31,3**)	36 (30,5)	0,965	21 (**40,4**)	51 (28,2)	0,057
Vitimização verbal	74 (64,3)	80 (**67,8**)	0,619	37 (**71,2**)	117 (64,6)	**0,046**
Vitimização social	73 (**63,5**)	55 (46,7)	**0,003**	33 (**63,5**)	95 (52,5)	0,060
Vitimização em relação a propriedade	63 (**54,8**)	48 (40,7)	**0,033**	28 (**53,8**)	83 (45,9)	0,471
Cyberbullying	23 (**20**)	18 (15,3)	0,251	8 (15,4)	30 (**16,6**)	0,547
Total	115 (100)	118 (100)		52 (100)	181 (100)	

países europeus, mostrou que a qualidade de vida está significativamente diminuída nas crianças e adolescentes obesos, sendo o *bulllying* um fator importante, independentemente da idade, género e país.[16] Já o *cyberbullying* foi menos frequente neste grupo, provavelmente pelo facto de no mundo virtual poderem socializar, estando protegidos das críticas relativas ao seu aspeto físico que pode ser modificado ou ocultado.[12]

Em relação aos adolescentes com excesso de peso, verificámos que este grupo não sofre mais *bullying* que os normoponderais. Já outro estudo tinha obtido resultados semelhantes, sugerindo que as agressões ocorrem a partir de um determinado limite de adiposidade.[12]

Como limitações deste estudo podemos apontar que se trata de uma amostra de conveniência e que alguns adolescentes podem não ter sido sinceros, com receio de haver uma possível exposição e julgamentos. Por outro lado, a definição de *bullying* não é consensual em relação à frequência com que deve ocorrer vitimização ou o intervalo de tempo (semanas, meses, anos) que deve ser incluído. A disparidade no conceito de *bullying* e as diferentes metodologias usadas pelos estudos dificultam a comparação entre estes.[1,7,11] A escala usada não nos permite estabelecer o padrão de repetição dos episódios de vitimização nem a intencionalidade do agressor, o que pode ter levado ao elevado número de adolescentes sujeitos a episódios de vitimização encontrado.

Conclusão

O *bullying* é uma realidade na vida de muitos dos nossos adolescentes. Esta violência afeta o bem-estar dos intervenientes que vivem sob constante ameaça e medo. A ocorrência deste fenómeno maioritariamente nas escolas, numa idade de transição, e as possíveis consequências a longo prazo a nível do desenvolvimento biopsicossocial, podendo condicionar absentismo escolar, perturbação do humor, ansiedade e até ideação suicida deve-nos preocupar enquanto profissionais de saúde. Assim, é fundamental criar ações de prevenção e de intervenção contra o *bullying*, dando particular atenção aos grupos de risco de acordo com idade, género e índice de massa corporal, de modo a minimizar as suas consequências devastadoras e a proteger os nossos adolescentes.

Bibliografia

1. Costa P, Farenzena R, Simões H, Pereira B. Adolescentes portugueses e o *bullying* escolar: estereótipos e diferenças de género. Interacções 2013;25:101-80.
2. Lourenço LM, Pereira B, Paiva DP, Gebara C. A gestão educacional e o *bullying*: um estudo em escolas portuguesas. Interacções 2009;13:108-28.
3. Hamburger ME, Basile KC, Vivolo AM. Measuring bullying victimization, perpetration, and bystander experiences: a compendium of assessment tool, 2nd ed. Atlanta. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2011.
4. Coelho VA, Sousa V, Marchante M, Brás P, Romão AM. Bullying and cyberbullying in Portugal: Validation of a questionnaire and analysis of prevalence. Sch Psychol Int 2016;37:223-39.
5. Hamm MP, Newton A, Chisholm A, Shulhan J, Milne A, Sundar P et al. Prevalence and effect of cyberbullying on children and young people - A scoping review of social media studies. JAMA Pediatr 2015;169:770-7.
6. Aboujaoude E, Savage M, Starcevic V, Salame W. Cyberbullying: Review of an old problem gone viral. J Adolesc Health 2015;57:10-8.
7. Smith PK. School bullying. Sociologia, Problemas e Práticas 2013;71:81-98.
8. Pham T, Adesman A. Teen victimization: prevalence and consequences of traditional and cyberbullying. Curr Opin Pediatr 2015;27:748-56.
9. Hutson E. Cyberbullying in adolescence - A concept analysis. ANS Adv Nurs Sci 2016;39:60-70.
10. Mynard H, Joseph S. Development of the Multidimensional Peer-Victimization Scale. Aggress Behav 2000;26:169-78.
11. Rettew DC, Pawlowski S. Bullying. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2016;25:235-42.
12. Janssen I, Craig W, Boyce W, Pickett W. Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children. Pediatrics 2004;113:1187-94.
13. Macedo E, Martins F, Cainé J, Macedo J, Novais R. Bullying escolar e avaliação de um programa de intervenção. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental 2014;1:15-20.
14. Espinheira F, Jolluckin G. Violência e bullying na escola: um estudo exploratório no 5º ano de escolaridade. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais 2009;6:106-15.
15. Chester KL, Callaghan M, Cosma A, Donnelly P. Cross-national time trends in bullying victimization in 33 countries among children aged 11, 13 and 15 from 2002 to 2010. Eur J Public Health 2015;25:61-4.
16. Ottova V, Erhart M, Rajmil L, Dettenborn-Betz L, Ravens-Sieberer U. Overweight and its impact on the health-related quality of life in children and adolescents: results from the European KIDSCREEN survey. Qual Life Res 2012;21:59-69.

Utilização de Antibióticos no Serviço de Urgência Pediátrico de um Hospital Português de Nível II

Outpatient Antibiotics Use in a Portuguese Paediatric Emergency Department

Ana Lúcia Cardoso[1], Catarina Ferraz Liz[1], Sara Soares[1], Teresa Pena[1], Ana Catarina Carvalho[1], Cláudia Monteiro[1], Eunice Moreira[1]

Resumo

Introdução: Os antibióticos são uma das classes de fármacos mais prescritas em Pediatria, muitas vezes de forma inadequada. Tal prescrição poderá estar associada à emergência de resistências, atualmente um problema de saúde pública. Realizou-se um estudo com o objetivo de caracterizar a utilização e principais motivos de prescrição de antibióticos num serviço de urgência pediátrico de um hospital português de nível II.

Métodos: Trata-se de um estudo retrospetivo, descritivo e observacional. Os dados foram obtidos através da consulta dos registos médicos de todos os doentes observados no serviço de urgência pediátrico durante um dia por mês, selecionado aleatoriamente, durante um ano (setembro 2014 a agosto 2015). Informações relacionadas com características demográficas, diagnóstico principal e prescrição antibiótica foram colhidas e analisadas.

Resultados: Durante o período referido, foram observadas no serviço de urgência 41299 crianças e adolescentes, tendo sido analisados 1137 registos clínicos. Existiu prescrição antibiótica sistémica em 285 casos (25%): a amoxicilina foi o antibiótico mais prescrito, seguida da amoxicilina/ácido clavulânico, dos macrólidos e das cefalosporinas. A amoxicilina foi sobretudo prescrita nos casos de otite média aguda, amigdalite aguda e pneumonia; a amoxicilina/ácido clavulânico foi sobretudo prescrita nos casos de otite média aguda e da infeção do trato urinário; os macrólidos foram essencialmente utilizados nos casos de pneumonia e as cefalosporinas na infeção do trato urinário. A prescrição foi significativamente mais frequente no outono/inverno (p=0,014) e em idade escolar (p<0,001).

Discussão: Em termos globais, a prescrição antibiótica parece ter sido adequada, embora algumas práticas possam ser melhoradas.

Palavras-chave: Antibióticos, Prescrição, Serviço de Urgência, Pediatria.

Abstract

Introduction: Infectious diseases are an important reason for care demand in paediatric emergency departments and frequently motivate antibiotic prescription, many times in an inadequate way. Resistance to antibiotics is a major public health problem and antibiotic use is increasingly suggested as one of its main causes. The purpose of this study was to characterize antibiotics use in a Portuguese paediatric emergency department.

Methods: A descriptive and observational retrospective study was conducted. Data was collected from medical records of all emergency department visits from one single random day in every month from September of 2014 to August of 2015. Information related to antibiotics prescription, age and gender of the patients was collected and analysed.

Results: In the study period, 41299 patients were observed in the paediatric emergency department, from which 1137 medical records were analysed. Systemic antibiotics were prescribed in 285 cases (25%): amoxicillin was the most frequently prescribed antibiotic, followed by amoxicillin/clavulanate, macrolides and second and third generation cephalosporins. Amoxicillin was mostly prescribed for acute otitis media, acute tonsillitis and pneumonia; amoxicillin/clavulanate mostly for acute otitis media and urinary tract infection; macrolides mostly for pneumonia and cephalosporins mostly for urinary tract infection. Systemic antibiotic prescription was significantly more frequent in the autumn/winter months (p=0.014) and in the school-aged group (p<0.001).

Discussion: Generally, antibiotic prescription was adequate to currently used guidelines, although some attitudes may be improved.

Keywords: Antibiotics, Prescription, Emergency care, Pediatrics.

Introdução

Os antibióticos constituem uma poderosa arma terapêutica, sendo uma das classes de fármacos mais prescritas em Pediatria, particularmente em contexto de Serviço de Urgência (SU). No entanto, vários estudos têm revelado que uma franca percentagem dessas prescrições é realizada de forma inadequada, muitas vezes para o tratamento de infeções das vias aéreas superiores, a grande maioria de etiologia vírica.[1-3]

A prescrição inapropriada de antibióticos está associada a várias consequências negativas, nomeadamente a exposição potencial a efeitos adversos, a custos médicos adicionais e desnecessários e à emergência de resistências, atualmente considerada um problema de saúde pública.[1,4]

Várias iniciativas a nível mundial têm procurado alertar para os riscos associados à prescrição inadequada de antibióticos, o que se tem traduzido numa redução global da prescrição. No entanto, parece ter vindo a existir, ao longo das últimas décadas, um aumento gradual na prescrição de antibióticos de largo espectro.[1,5]

Tendo em conta o acima descrito, foi desenvolvido um estudo com o objetivo de caracterizar a utilização e principais motivos de prescrição de antibióticos num SU pediátrico de um hospital português de nível II.

Métodos

Trata-se de um estudo retrospetivo, descritivo e observacional. Os dados foram obtidos através da consulta dos registos médicos eletrónicos de todos os doentes observados no SU Pediátrico de um hospital de nível II durante um dia completo (24 horas), selecionado de forma aleatória, em cada mês, durante o período de um ano, de setembro de 2014

1. Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Serviço de Pediatria, Penafiel
Correspondência: Ana Lúcia Duarte Cardoso - ana.ld.cardoso@gmail.com

a agosto de 2015. À data de realização do estudo, o SU de Pediatria recebia crianças e adolescentes dos zero aos 17 anos e 364 dias de idade. Foram excluídos todos os casos de admissão por trauma, todos os episódios em que existiu transferência para outro hospital ou internamento hospitalar e todos os casos com registos que não continham toda a informação considerada necessária para a realização do estudo.
Foi colhida informação relacionada com características demográficas dos doentes (género, idade), diagnóstico principal e prescrição antibiótica. Os dados colhidos foram armazenados numa base de dados anonimizada, que foi posteriormente analisada de forma confidencial.
Foi realizada análise estatística descritiva, utilizando distribuições de frequência (médias e desvios-padrão) para caracterização da amostra e da prescrição antibiótica. Procedeu-se também ao estudo de correlações entre diferentes variáveis, de modo a verificar a possível associação ou dependência, recorrendo a testes estatísticos de acordo com as variáveis em causa. O programa utilizado para a análise estatística foi o *PASW© Statistics 20* (SPSS Inc. Chicago, Illinois). Para todos os testes estatísticos realizados foi considerado um nível de significância de 5%.

Resultados

De 1 de Setembro de 2014 a 31 de Agosto de 2015, foram observadas no SU de Pediatria 41299 crianças e adolescentes. Destas observações, foram analisados 1231 registos clínicos, dos quais 94 não cumpriram os critérios de inclusão. A amostra final foi constituída por 1137 crianças e adolescentes, 52,8% do sexo masculino, com idades compreendidas entre os zero e os 17 anos de idade (média 5,22 ± 4,81) – tabela 1.

Tabela 1 • **Características demográficas da amostra.**

CARACTERÍSTICAS	n (%)
Sexo	
Feminino	537 (47,2%)
Masculino	600 (52,8%)
Idade (anos)	
0-12 meses	157 (13,8%)
1-5 anos	570 (50,1%)
6-10 anos	216 (19,0%)
11-18 anos	194 (17,1%)
Total	1137 (100%)

Relativamente à análise da prescrição, existiu prescrição antibiótica sistémica em 285 casos (25,1% da amostra).
O antibiótico mais prescrito foi a amoxicilina (55,1%), seguida da associação de amoxicilina com ácido clavulânico (22,5%), dos macrólidos (13,7%) e das cefalosporinas de segunda ou terceira geração (5,6%). A amoxicilina foi sobretudo prescrita para o tratamento da otite média aguda (36,9% dos casos), da amigdalite aguda/escarlatina (36,3%) e da pneumonia (19,7%); a associação amoxicilina/ácido clavulânico foi sobretudo prescrita para o tratamento da otite média aguda (29,7%) e da infeção do trato urinário (ITU, 28,1%); os macrólidos foram essencialmente utilizados para o tratamento da pneumonia (94,9%) e as cefalosporinas para o tratamento da ITU (56,3%) – tabela 2.

Tabela 2 • **Diagnósticos que motivaram a prescrição e antibióticos prescritos.**

DIAGNÓSTICO	ANTIBIÓTICOS
Otite média aguda (N=83)	Amoxicilina: n=58 Amoxicilina/ácido clavulânico: n=19 Ceftriaxone: n=5 Cefixime: n=1
Pneumonia (N=69)	Azitromicina: n=36 Amoxicilina: n=31 Amoxicilina/ácido clavulânico: n=1 Claritromicina: n=1
Amigdalite aguda (N=61)	Amoxicilina: n=50 Amoxicilina/ácido clavulânico: n=6 Penicilina G: n=3 Azitromicina: n=1 Claritromicina: n=1
Infeção do trato urinário (N=30)	Amoxicilina/ácido clavulânico: n=18 Cefixime: n=6 Cefuroxime axetil: n=3 Trimetoprim/Sulfametoxazol: n=3
Escarlatina (N=11)	Amoxicilina: n=7 Amoxicilina/ácido clavulânico: n=2 Penicilina G: n=1 Cefixime: n=1
Infeções da pele e tecidos moles (N=11)	Amoxicilina/ácido clavulânico: n=9 Flucloxacina: n=2
Febre sem foco (N=7)	Amoxicilina: n=7
Adenoidite (N=6)	Amoxicilina: n=4 Amoxicilina/ácido clavulânico: n=2
Abcesso dentário (N=4)	Amoxicilina/ácido clavulânico: n=4
Linfadenite aguda (N=3)	Amoxicilina/ácido clavulânico: n=3
Total (N=285)	

Analisando a prescrição por diagnósticos, nos 285 casos em que existiu prescrição de antibioterapia sistémica, os diagnósticos mais frequentes foram a otite média aguda (29,1%), a amigdalite aguda/escarlatina (25,2%), a pneumonia (24,2%) e a ITU (10,5%). Os antibióticos prescritos para cada diagnóstico podem ser consultados na tabela 3.
Relativamente aos grupos de doença em que a prescrição antibiótica é mais controversa, a prescrição antibiótica (sistémica e/ou tópica) ocorreu na totalidade dos casos com o diagnóstico de otite média aguda

Tabela 3 • **Antibióticos sistémicos prescritos e diagnósticos que motivaram a prescrição.**

ANTIBIÓTICOS	DIAGNÓSTICOS
Amoxicilina (N=157)	Otite média aguda: n=58 Amigdalite aguda/Escarlatina: n= 57 Pneumonia: n=31 Febre sem foco: n=7 Adenoidite: n=4
Amoxicilina/ácido clavulânico (N=64)	Infeção do trato urinário: n=18 Otite média aguda: n=19 Infeção da pele e tecidos moles: n=9 Amigdalite aguda/Escarlatina: n=8 Abcesso dentário: n=4 Linfadenite aguda: n=3 Adenoidite: n=2 Pneumonia: n=1
Azitromicina (N=37)	Pneumonia: n=36 Amigdalite aguda: n=1
Cefixime (N=8)	Infeção do trato urinário: n=6 Otite média aguda: n=1 Amigdalite aguda/Escarlatina: n=1
Ceftriaxone (N=5)	Otite média aguda: n=5
Penicilina G (N=4)	Amigdalite aguda/Escarlatina: n=4
Trimetoprim/ Sulfametoxazol (N=3)	Infeção do trato urinário: n=3
Cefuroxime axetil (N=3)	Infeção do trato urinário: n=3
Claritromicina (N=2)	Pneumonia: n=1 Amigdalite aguda: n=1
Flucloxacilina (N=2)	Infeções da pele e tecidos moles: n=2
Total (N=285)	

e de conjuntivite aguda (neste último caso apenas existiu prescrição tópica). Não existiu prescrição de antibióticos em nenhum dos casos com o diagnóstico de asma/pieira agudizada, bronquiolite aguda ou nasofaringite aguda.

A proporção de prescrição antibiótica foi significativamente mais frequente durante os meses de outono/inverno (27,7% vs 21,3%, p=0,014) e em crianças em idade escolar (33,3% vs 9,6%, 28,2% e 19,1% em lactentes, crianças em idade pré-escolar e adolescentes, respetivamente, p<0,001).

Discussão

Embora as características dos serviços e os desenhos dos estudos possam não ser completamente sobreponíveis, em termos globais, a percentagem de prescrição de antibióticos em contexto de SU (cerca de 25% neste estudo) foi semelhante à obtida em vários estudos realizados noutros países (por exemplo 21% num estudo americano[3] e aproximadamente 18% num estudo holandês[6]). No entanto, esta percentagem foi superior à encontrada em dois estudos nacionais (9% num estudo realizado no Hospital Pediátrico de Coimbra[7] e 9% num estudo realizado no Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro[8]).

Analisando a prescrição por classe farmacológica, a amoxicilina foi o antibiótico mais prescrito (55% dos casos em que existiu prescrição antibiótica), resultado sobreponível ao encontrado em outros estudos (cerca de 45% no estudo holandês[6], 38% no estudo americano,[3] 65,5% no estudo de Aveiro[8] e 48% no estudo de Coimbra[7]). Tendo em conta que os diagnósticos mais frequentes foram a amigdalite aguda (cujo agente bacteriano mais frequente é o *Streptococcus* do grupo A, SGA), a otite média aguda e a pneumonia (sendo o *Streptococcus pneumoniae* um dos agentes mais frequentes em ambos os diagnósticos), e pela indisponibilidade de penicilina oral, esta escolha antibiótica parece ter sido a adequada.[9,10]

A prescrição de macrólidos foi particularmente utilizada nos casos de pneumonia, resultado sobreponível ao encontrado em outros estudos.[3,6-9] Os macrólidos são uma classe farmacológica atrativa pelo seu longo tempo de semi-vida, permitindo períodos de tratamento mais curtos e frequências de administração mais cómodas, aspetos particularmente importantes em Pediatria. No entanto, sobretudo por se tratarem de antibióticos de largo espectro, o seu uso deve ser particularmente criterioso, e a sua utilização no tratamento de pneumonia deve ter em atenção a preocupação crescente com o risco de emergência de *Streptococcus pneumoniae* resistente a macrólidos.[3]

Analisando a prescrição por diagnóstico, é de salientar que em 8 dos 72 casos de amigdalite aguda/escarlatina, foi prescrita a associação amoxicilina/ácido clavulânico. Esta prescrição não se adequa às normas de orientação clínica vigentes à data da realização do estudo, já que o espectro desta associação é demasiado largo, tendo em atenção a etiologia bacteriana mais provável naquela situação.[10] No entanto, este resultado foi semelhante ao encontrado em outros estudos, nomeadamente no estudo de Aveiro.[8]

Relativamente aos grupos de doença em que a prescrição antibiótica é mais controversa, a prescrição antibiótica (sistémica e/ou ou tópica) ocorreu na totalidade dos casos com o diagnóstico de otite média aguda e de conjuntivite aguda. Esta percentagem foi francamente superior à encontrada noutros estudos, nomeadamente no estudo de Coimbra, em que apenas 55,5% das otites médias agudas diagnosticadas foram medicadas com antibiótico sistémico, atitude suportada pelas normas de orientação clínica da Direção Geral de Saúde.[7,10]

Em contrapartida, é de salientar como aspeto positivo o facto de não se ter verificado prescrição de antibióticos em nenhum dos casos com o diagnóstico de asma/pieira agudizada, bronquiolite aguda ou nasofaringite aguda.

Sendo a amigdalite aguda um dos diagnósticos mais frequentes na amostra estudada, é de destacar que, à data de realização do estudo, o teste diagnóstico antigénico rápido (TDAR) para o SGA não estava

disponível para utilização nos casos de suspeita de infeção bacteriana, o que poderá ser um dos motivos pelos quais a prescrição antibiótica global foi mais frequente. Também por esse motivo, os autores optaram por analisar separadamente os casos de amigdalite aguda e escarlatina, já que apenas no último caso é considerada desnecessária a confirmação da infeção bacteriana pelo TDAR para a prescrição de terapêutica antibiótica.[10]

A interpretação dos resultados deste estudo deve ser realizada considerando algumas das suas limitações, a principal das quais o facto de se tratar de uma amostra não representativa da população geral, não permitindo a generalização dos resultados obtidos. As variações entre os diferentes episódios no tipo de informações incluídas nos registos clínicos dificultaram a colheita de dados, havendo a possibilidade de ocorrência de prescrições e diagnósticos secundários não registadas. A duração proposta de tratamento e a dose prescrita raramente foram referidas nos registos médicos, informação que poderia ter tido relevância para a interpretação de resultados.

Em conclusão, de uma forma global, a prescrição antibiótica parece ter sido adequada tendo em conta as normas de orientação clínica vigentes à data de realização do estudo, embora a prescrição pareça ter sido mais frequente comparativamente com alguns estudos nacionais.

Algumas práticas poderão ser melhoradas, nomeadamente a seleção do antibiótico utilizado nas situações de amigdalite aguda e a adoção de uma atitude mais expectante nos casos de OMA.

Este estudo poderá servir de ferramenta para que os profissionais de saúde reflitam sobre a sua prática clínica. Com a apresentação destes resultados, os autores pretendem reafirmar a importância de cultivar a reflexão crítica sobre a prática clínica e da permanente atualização científica para fundamentar as atitudes tomadas no dia-a-dia.

Fontes de Financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste estudo.

Apresentações e Prémios:

Previamente apresentado no *7th Excellence in Pediatrics Conference* como Comunicação Oral em dezembro de 2015, Londres, Reino Unido.

Bibliografia

1. Hersh AL, Jackson MA, Lauri A. Hicks and the Committee in Infections in Pediatrics. Principles of judicious antibiotic prescribing for upper respiratory tract infections in pediatrics. Pediatrics 2013;132;1146-54.
2. Clavenna A, Bonati M. Differences in antibiotic prescribing in paediatric outpatients. Arch Dis Child 2011;96:590-95.
3. Hersh AL, Shapiro DJ, Pavia AT, Shah SS. Antibiotic prescribing in ambulatory pediatrics in the United States. Pediatrics 2011;128;1053-61.
4. Costelloe C, Metcalfe C, Lovering A, Mant D, Hay AD. Effect of antibiotic prescribing in primary care on antimicrobial resistance in individual patients: systematic review and meta-analysis. BMJ 2010;340:c2096.
5. Spyridis N, Sharland M. The European Union Antibiotic Awareness Day: the paediatric perspective. Arch Dis Child 2008; 93:909-10.
6. Jong J, Berg PB, Vries TW, et al. Antibiotic drug use of children in The Netherlands from 1999 till 2005. Eur J Clin Pharmacol 2008; 64:913-19.
7. Rodrigues F, Calvino J, Januário L, Lemos L. Medicamentos prescritos num Serviço de Urgência Pediátrica. Acta Pediatr Port 2005;36:273-6.
8. Ribeiro F, Silva SR, Vicente IN, Almeida S. Prescrição antibiótica no serviço de urgência pediátrica de um hospital nível II da região centro. Nascer e Crescer 2013; 22:216-9.
9. Norma da Direção Geral de Saúde Diagnóstico e Tratamento da Otite Média Aguda na Idade Pediátrica, 007/2012, atualizada a 28/10/2014.
10. Norma da Direção Geral de Saúde – Diagnóstico e tratamento da amigdalite aguda em idade pediátrica, 020/2012, 26/12/2012.

Eritema nodoso – 5 anos no Serviço de Urgência Pediátrico

Erythema nodosum – 5 years in a paediatric emergency department

Ana Catarina Carvalho [1], Joana Matos [1], Mª Céu Ribeiro [2], Ana Reis [2]

Resumo

Introdução: O eritema nodoso é uma reação de hipersensibilidade tardia (tipo IV) que se caracteriza por nódulos cutâneos eritematosos e dolorosos, de predomínio pré-tibial. Na pediatria está associado frequentemente a processos infeciosos.

Objetivos: Avaliação e caracterização de uma população pediátrica que recorreu ao serviço de urgência por eritema nodoso.

Métodos: Estudo retrospetivo descritivo das crianças avaliadas por eritema nodoso entre janeiro de 2008 e junho de 2013.

Resultados: Foram analisados os processos clínicos de 18 crianças entre 1 e 16 anos, mediana 9 anos, sem predomínio significativo de sexo. A etiologia foi estabelecida em 12 casos (67%), sendo 10 casos (56% do total) de etiologia infeciosa, dos quais 4 com primoinfeção por tuberculose, um caso atribuído ao uso de anticoncetivo oral, e um caso em que foi diagnosticada doença de Crohn. O eritema nodoso foi uma condição idiopática e autolimitada em cerca de um terço dos casos.

Conclusão: A presença de eritema nodoso na nossa população implica um índice elevado de suspeição para tuberculose. Em 28% dos casos analisados foi diagnosticada doença potencialmente grave, como tuberculose e doença inflamatória intestinal, confirmando-se a necessidade de um criterioso estudo clínico e laboratorial a todos os doentes portadores de eritema nodoso.

Palavras-chave: Eritema nodoso, Tuberculose, Infeção, Crianças.

Abstract

Introduction: Erythema nodosum is a delayed hypersensttivity reaction (type IV), characterized by erythematous and painful skin nodules usually in a pretibial location. It is often associated with infectious processes or use of drugs.

Objetives: Evaluation and description of a pediatric population presented at the emergency service with erythema nodosum.

Methods: A descriptive retrospective study of children evaluated for erythema nodosum between January 2008 and June 2013.

Results: The medical records of 18 childrens were analyzed, with ages between 1 to 16 years old, median age of 9 years, without significant predominance of gender. The etiology was established in 12 cases (67%): 10 cases (56% overall) of infectious etiology; 4 with tuberculose primoinfection, a case attributed to oral anticonceptive, and one case was diagnosed with Crohn's disease. Erythema nodosum was an idiopathic and self-limited condition in about a third of the cases.

Conclusion: The presence of erythema nodosum in our population implies a high index for suspicion of tuberculosis. In 28% of the cases a potentially serious illness as tuberculosis and inflammatory bowel disease was diagnosed, which confirms the need for careful clinical and laboratory study in all patients with erythema nodosum.

Keywords: Erythema nodosum, Tuberculosis, Infection, Children.

Introdução

O eritema nodoso (EN) é uma paniculite septal, sem vasculite, que se caracteriza por nódulos eritematosos de 1 a 3 cm de diâmetro, dolorosos, de distribuição simétrica nas superfícies extensoras das extremidades, sobretudo na região pré-tibial. O seu aparecimento é súbito, podendo existir um quadro prodrómico com hipertermia, cefaleias, mialgias e poliartralgias.[1-8] O pródomo ocorre habitualmente uma a três semanas antes do início do EN, independentemente da etiologia.[7,4,10]

As lesões persistem habitualmente quatro a seis semanas, com resolução completa, sem deixar cicatriz.[2-13]

É uma doença relativamente rara, com uma incidência anual de 1 a 5 casos por 100.000 habitantes e pode manifestar-se em qualquer idade, sendo mais frequente no sexo feminino e entre a segunda e quarta décadas da vida. Até aos 12 anos de idade afeta por igual ambos os sexos. É muito raro antes dos 2 anos de idade. [2,7]

O diagnóstico é clínico, estando a biópsia indicada apenas nos casos atípicos. A sua histologia distingue-se das vasculites nodulares pela ausência de enfarte, necrose e degenerescência fibrinoíde da parede dos vasos. [2,4,7] A etiopatogenia é uma reação imunológica tardia (tipo IV) desencadeada por uma grande variedade de estímulos, infeciosos e não infeciosos (Tabela 1). [1-14]

As causas infeciosas são as mais frequentes em pediatria, com variações geográficas relativamente às infeções endémicas. As infeções estreptocócicas representam na atualidade a causa mais frequentes de EN nos países desenvolvidos.[1-7] A tuberculose (TB) é a principal causa de EN na criança e no adolescente nos países em via de desenvolvimento, devido à sua alta incidência (> 50 casos/10000 habitantes).[13-15] Em Portugal, a incidência de tuberculose tem vindo a diminuir, sendo atualmente um país de baixa incidência (18,6/100000 habitantes em 2015)[15], no entanto, mantém-se a concentração de casos nos grupos vulneráveis e nos grandes centros urbanos.[16,17] O EN idiopático é um diagnóstico de exclusão, responsável por 16 -72% dos casos, variando conforme os estudos.[1-9]

[1] Internas formação especifica de Pediatria [2] Assistentes Hospitalares de Pediatria – Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa.

Correspondência: Ana Catarina Carvalho - 72724@chts.min-saude.pt

Tabela 1 • **Etiologias associadas ao EN em idade pediátrica[2-7].**

INFECIOSAS Streptococcus pyogenes, Infeções gastrintestinais (*Yersínea e.*,*Salmonella spp*…) Mycobacterium tuberculosis. Vírus Epstein Barr (VEB) Outras infeções (Mycoplama pneumoniae, Chlamydia spp, Bartonella henselae, Brucella spp, Treponema pallidum, micobactérias atípicas, vírus da hepatite B e C, vírus herpes simplex, fungos)	**>50%** **(28-48%)**
IDIOPÁTICA	**30-50%**
Doenças inflamatórias crónicas / conectivites Doença inflamatória intestinal, Doença de Behçet, Sarcoidose, lúpus eritematoso sistémico, vasculites	**5-15%**
Fármacos Cefalosporinas, penicilina, amoxicilina, macrólidos, sulfamidas, contracetivos orais, paracetamol, AINEs, omeprazol	**<1%**
Doenças malignas Leucemias, linfomas, carcinomas	**<1%**
Gravidez	**<1%**

Sendo o diagnóstico de EN exclusivamente clínico, os exames complementares servem apenas para identificar a etiologia e excluir os potenciais diagnósticos diferenciais. O estudo complementar deve ser realizado de forma racional e sequencial com base na história clínica e no exame objetivo. Os exames de 1º linha a considerar na investigação etiologica do EN são: testes rápido e/ou cultura de *Streptococcus pyogenes* na orofaringe e/ou noutras localizações se o exame objetivo for sugestivo de infeção estreptocócica; doseamento dos títulos de antiestreptolisina O (TASO) e de antiDNAse B, a repetir dentro de 2 a 4 semanas na ausência de etiologia definida; radiografia do tórax; prova de Mantoux, hemograma, velocidade de sedimentação (VS), proteína C reativa (PCR), enzimas hepáticas, desidrogenase láctica, ácido úrico e sumário de urina. Serologias para *Mycoplasma pneumonie* e *Chlamydia pneumonie*, coprocultura e investigação de doença inflamatória intestinal, devem ser considerados conforme a clínica. [1-7]

Os parâmetros inflamatórios como VS e PCR estão frequentemente elevados, mas têm pouco valor diagnóstico.[1-3]

O tratamento deve dirigir-se, sempre, à patologia de base. O tratamento sintomático limita-se a repouso e analgésicos. Os salicilatos têm indicação quando o processo inflamatório e a dor são intensos e acompanhados de artralgias.[1-9]

Com o objetivo de melhorar o conhecimento desta entidade na nossa população, nomeadamente quanto à etiologia, fizemos uma revisão estatística dos casos de EN que recorreram ao serviço de urgência pediátrico do nosso hospital.

Material e métodos

Estudo retrospetivo, onde se descreve uma população pediátrica com idade igual ou inferior a 16 anos, que recorreu ao serviço de urgência (SU) do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, com o diagnóstico de EN, entre janeiro de 2008 e junho de 2013. Em todos os casos o diagnóstico foi clínico, estabelecido com base na presença de todos os critérios descritos na tabela 2.

Tabela 2 • **Critérios clínicos de diagnóstico de EN (exige os 4 critérios).[2]**

1• Nódulos (ou placas) dolorosos, eritematosos ou violáceos, duros, brilhantes, de diâmetro igual ou superior a 1 cm, com bordos irregulares e mal definidos (que podem ser mais facilmente visíveis que palpáveis), de aparecimento súbito;
2• Lesões bilaterais, simétricas ou assimétricas, localizadas na face anterior das pernas, podendo ou não envolver outras zonas do corpo;
3• Duração inferior a 8 semanas;
4• Resolução sem ulcerações, cicatrizes ou atrofia da pele (de valorização retrospetiva).

Os parâmetros avaliados foram: sexo, idade, motivo de admissão no SU, presença ou ausência de sintomas associados, antecedentes patológicos, exames complementares, etiologia, tratamento e evolução.

A etiologia tuberculosa foi considerada quando havia uma resposta positiva no teste tuberculínico igual ou superior a 10 mm. Nas crianças não vacinadas (sem BCG) e/ou imunodeprimidas o teste foi considerado positivo perante um valor igual ou superior a 5 mm. A presença de flitenas ou ulceração, também foi considerado como sinal de positividade da prova.

Considerou-se etiologia estreptocócica quando havia história clínica sugestiva de amigdalite nas 3 semanas que antecederam o aparecimento do EN com cultura de *Streptococcus pyogenes* na orofaringe positiva e/ou e elevação dos títulos da TASO em duas determinações, uma ao diagnóstico e outra após 2 a 4 semanas.

Os diagnósticos de doença da arranhadela do gato e a pneumonia a *Mycoplasma Pneumonie* foram confirmados por serologia, com presença de anticorpos (IgG e IgM) para a *Bartonella henselae e para Mycoplasma pneumonie* respetivamente.

Admitiu-se etiologia medicamentosa quando houve ingestão de fármaco descrito como agente causal nas 3 semanas prévias ao aparecimento do EN.

Foi considerada como etiologia de EN ainda, uma história clínica sugestiva de infeção gastrointestinal nas 3 semanas prévias.

Considerou-se febre uma temperatura axilar superior a 37,5ºC ou retal superior a 38ºC.
A leucocitose foi definida para valores de leucócitos superiores a 15000/mm3 e a neutrofilia para valores superiores a 10000/mm3. Valores de VS superior a 20 mm na 1ª hora e proteína C reativa superior a 10 mg/L foram considerados elevados.

Resultados

No período do estudo a afluência média ao SU foi de aproximadamente 40.000 crianças/ano. Neste período recorreram por EN 18 crianças, o que corresponde a uma média de 3,5 casos/ano. A mediana da idade de apresentação foi de 9 anos, sendo a idade mínima de 1 ano e a máxima de 16 anos. Verificou-se que a incidência de EN aumentou com a idade, sendo raro abaixo dos 5 anos, e mais frequente entre os 11 e os 16 anos (Gráfico 1). A distribuição por sexos revelou 10 crianças do sexo masculino e 8 do sexo feminino.

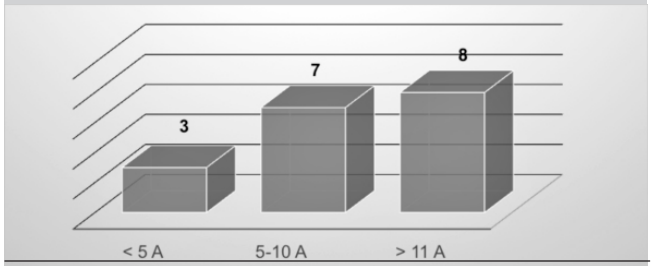

Gráfico 1 • **Distribuição etária do Eritema Nodoso.**

Os motivos de admissão ao serviço de urgência foram lesões nodulares eritematosas nos membros inferiores e dor (incluindo artralgias) em 17 dos casos. 8 apresentaram sintomas associados, sendo a febre (n=5), a dor abdominal (n=3), a tosse (n=3) e a anorexia (n=2) os mais referidos. Em 2 casos havia história de contacto próximo com doentes com tuberculose pulmonar e em 6 casos havia referência a uma intercorrência infeciosa nas três semanas que precederam o aparecimento do EN (infeção estreptocócica n=2, parotidite epidémica n=1, gastroenterite aguda n=2, nasofaringite aguda n=1).
Todos os doentes efetuaram exames laboratoriais na admissão (hemograma, VS, PCR). Verificou-se elevação da VS em 16 doentes, elevação da PCR em 14 doentes e leucocitose com neutrofilia em 5 doentes. Estas alterações foram inespecíficas observando-se quer nos doentes com EN idiopático quer naqueles em que foi feito diagnóstico de doença infeciosa ou inflamatória.
Um numero significativo de doentes (n=12) realizou radiografia do tórax, tendo-se verificado alterações em 3 casos (2 com infiltrado intersticial difuso, 1 com imagem compatível com condensação no lobo superior direito). Em 16 doentes foi realizada prova de Mantoux, sendo positiva em 4 casos. De acordo com a clínica apresentada, foram efetuadas serologias para os agentes infeciosos mais frequentemente associados ao EN, tendo-se obtido resultados positivos em 2 dos casos, um para *Mycoplasma pneumoniae* e um para *Bartonella henselae* (Tabela 3).

Tabela 3 • **Meios complementares efetuados ao diagnóstico de EN.**

MEIOS COMPLEMENTARES EFETUADOS		RESULTADOS ALTERADOS
Hemograma	18	6
VS	17	16
PCR	17	14
TASO	4	2
Atc. *Mycoplasma pneumonie* (IgG, IgM)	5	1
Atc. *Bartonella henselae* (IgG, IgM)	1	1
Prova de Mantoux	17	4
Radiografia do Tórax	12	3
Pesquisa de *Mycobacterium tuberculosis* nas secreções respiratórias	1	0
IGRA	1	0
Cultura exsudado faríngeo	2	1
Hemocultura	2	0
Serologias víricas:		
EBV IgM/IgG.	3	0
Atc anti-HAV	1	0
Ag HBV	2	0
Atc. anti-HCV	2	0
Atc. anti-HIVAtc.	1	0
anti-HSV 1 e 2	1	0

Legenda: **VS**-velocidade de sedimentação, **PCR**-proteína C reativa, **EBV**-Vírus Epstein-Barr, **Atc**-anticorpo, **HAV**-virús hepatite A, **HBV**-vírus hepatite B, **HCV**-vírus hepatite C, **HIV**-vírus imunodeficiência humana, **HSV**-vírus do herpes simpes, **ANA**- Antinucleares, **IGRA**-interferon gama release assay.

Aproximadamente metade dos doentes (n=10) foi medicado com ibuprofeno. Dos 18 doentes estudados, 4 ficaram internados para investigação etiológica por apresentarem um estado clínico preocupante com febre elevada, anorexia e perda de peso importantes e num dos casos anemia grave. Todos os doentes seguidos em ambulatório foram reavaliados pelo menos uma vez no período de uma a três semanas após o episódio inicial e todos apresentaram recuperação completa, sem sequelas.

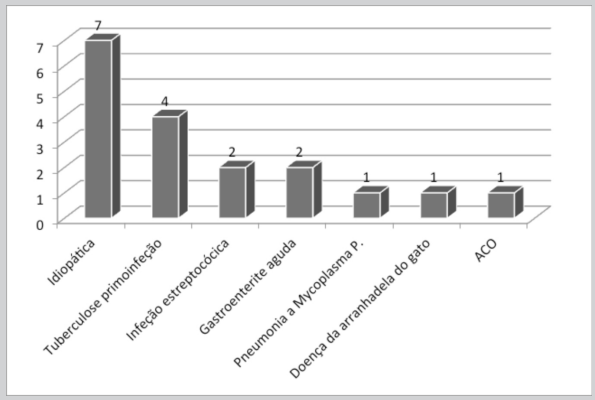

Gráfico 2 • **Etiologia do Eritema Nodoso.**

Quanto à etiologia, nas crianças com necessidade de internamento (n=4), foram estabelecidos os seguintes diagnósticos: tuberculose (n=3) e doença de Crohn (n=1). Nestes doentes houve resolução do EN após instituição de terapêutica para a doença de base. Nas crianças orientadas em ambulatório foi feito o diagnóstico de tuberculose primária (n=1), doença de arranhadela do gato (n=1) e pneumonia a *Mycoplasma pneumoniae* (n=1). Dos restantes, 4 apresentavam evidência de outra infeção atual ou recente provavelmente relacionada com o EN (infeção estréptocócica n=2, GEA n=2) e 1 tinha como medicação habitual um ACO. Em 33% dos casos (n=6) não se conseguiu demonstrar a presença de qualquer fator desencadeante (Figura 2).

A anamnese cuidadosa e os exames complementares realizados com base na história clínica e no exame objetivo levaram ao diagnóstico etiológico em 12 casos, permitindo intervenção terapêutica em 8 doentes. Salienta-se contudo a importância da racionalização dos exames complementares de diagnóstico que devem ser selecionados de forma dirigida e sequencial.

O EN foi uma entidade idiopática em cerca de um terço dos casos, o que está de acordo com o descrito noutros estudos, e praticamente todos os doentes evoluíram favoravelmente com desaparecimento das lesões nodulares espontaneamente, ou após instituição de terapêutica para a doença de base, confirmando o caráter autolimitado desta entidade.

Discussão

A pertinência deste trabalho relaciona-se com a escassez de estudos na população portuguesa sobre o tema.

Os resultados encontrados neste estudo, no que diz respeito à etiologia e frequência diferiram ligeiramente do descrito na literatura. O EN é uma entidade pouco frequente em idade pediátrica, mas neste estudo encontramos uma incidência superior ao descrito (9/100.000 crianças), provavelmente relacionado com as características da população estudada. A etiologia infeciosa foi a mais frequente, como seria de esperar, mas ao contrário de outras séries a tuberculose primoinfeção foi responsável pela maioria dos casos, o que está seguramente relacionado com a maior prevalência de tuberculose na população da área de influência do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (36,81/100000 habitantes[15]). Por outro lado, as infeções estreptocócicas são uma etiologia frequente e devem ser sempre investigadas. Outras etiologias infeciosas devem ser excluídas conforme a clínica apresentada. Neste estudo encontrou-se ainda um caso de Doença de Crohn, uma doença potencialmente grave cujo diagnóstico deve ser suspeitado e investigado sempre que exista sintomatologia gastrointestinal concomitante.

Conclusão

Com este estudo, pretende-se salientar, que embora a maioria dos doentes não necessite de internamento nem cuidados especiais, o EN deve ser considerado como manifestação de doença subjacente a investigar.

Na população estudada, a primoinfeção por tuberculose demonstrou ser uma causa importante de EN, por outro lado as infeções estreptocócicas representam na atualidade a causa mais frequente desta entidade. Assim, estas etiologias devem ser sempre consideradas e investigadas perante qualquer criança ou adolescente que se apresente com EN.

Esta manifestação cutânea pode ser apresentação inicial de doença potencialmente grave, como a doença inflamatória intestinal, cujo diagnóstico precoce pode ter implicações prognósticas, justificando-se assim a necessidade de elevado índice de suspeição clínica e laboratorial perante esta entidade.

Os resultados deste trabalho têm valor limitado devido ao número reduzido da amostra estudada, alertando-se para a importância de estudos de âmbito nacional sobre o tema.

Bibliografia

1. Pais IP, Cordeiro M, Rios M, Fonseca P, Carvalho F, Figueiredo M. Eritema nodoso e «Novas comorbilidades» da Pediatria. *Acta Pediatrica Portuguesa* 2012,43(3):122-4.
2. Pereira E, Casaleiro R, Estanqueiro P, Salgado M. Eritema Nodoso na Idade Pediátrica – Algoritmo de Diagnóstico, *Associação Pediátrica de Coimbra,* Abril 2014; 36:1.
3. Requena L, Sánchez Yus E.. Erytema Nodosum, *Dermatol Clin* 2008; 26 (4): 425-38.
4. Ibanez Rubio M. Erytema Nodoso. Protoc Diagn Ter Pediatr 2014; 1:151-5.
5. Kakourou T, Drosatou P, Psychou F, Aroni K, Nicolaidou P. Erythema nodosum in children: a prospective study. J Am Acad Dermatol 2001; 44: 17-21.
6. Busselo IS, Vergara EO, Pérez-Yarza EG, Palma FL, Benito AR, Andrade YA. Eritema nudoso: modificación etiológica en las dos últimas décadas. An Pediatr (Barc) 2004; 61(5): 403-7.
7. Polcari IC, Stein SL. Panniculitis in childhood. Dermatol Ther 2010; 23 (4): 356-67.
8. Psychos DN, Voulgari PV, Skopouli FN, et al. Erythema nodosum: the underlying conditions. *Clin Rheumatol* 2000; 19:212.
9. Schwartz RA, Nervi SJ. Erythema nodosum: sign of systemic disease. *AmFamily Physician* 2007; 75:695-700.
10. Calha M, Ribeiro A, maio J. Eritema Nodosos – Análise restrospectiva de 12 casos. *Acta Pediátrica Portuguesa* 1995; 26(4) :163-5.
11. Freeman HJ. Erythema nodosum and pyoderma gangrenosum in 50 patients with Crohn's disease. *Can J Gastroenterol* 2005; 19:603.
12. Shimizu M, Hamaguchi Y, Matsushita T, Sakakibara Y, Yachie A. Sequentially erythema nodosum, erythema multiforme and Henoch-Scholein purpura in a patient with Mycoplasma pneumonie infection:a case report. *Journal of medical case reports* 2012, 6:398.
13. Mert A, Ozaras R, Tabak F, Ozturk R. Primary tuberculosis cases presenting with erythema nodosum. *J Dermatol*, 2004; 31:66-8.
14. Veras T, Delacort J, Meller S, Satanta A. Tuberculose com apresentação inicial de eritema nodoso em criança: relato de caso e revisão da literatura. *Scientia Medica*, 2009,v.19, p86-9.
15. Global tuberculosis report 2014. 1.Tuberculosis – epidemiology. 2.Tuberculosis, Pulmonary – prevention and control. 3.Tuberculosis – economics. 4.Tuberculosis, Multidrug-Resistant. 5.Annual Reports. I. World Health Organization 2014.
16. Programa nacional de luta para infeção VIH/SIDA e Tuberculose. Março de 2016.
17. Gonçalves J. et al. Tuberculose em idade pediátrica: características, incidência e distribuição geográfica (2000-2010). *Acta Pediátrica Portuguesa* 2012; 43(3):104-10.

Edema hemorrágico agudo da infância – um caso atípico

Acute hemorrhagic edema of infancy – an atypical presentation

Eugénia Martins de Matos, Marta Moniz,
António Figueiredo, Pedro Nunes, Paula Correia

Resumo

O Edema Hemorrágico Agudo da Infância (EHAI) é uma vasculite leucocitoclástica rara, caracterizada por febre, edema e púrpura das extremidades e face, cujo envolvimento extracutâneo é raro. Apesar do início dramático, tem um curso benigno. Reporta-se o caso de uma menina de 13 meses observada no Serviço de Urgência por febre, irritabilidade e recusa alimentar. À observação destacava-se exantema vasculítico com edema duro das extremidades. Excluída doença meningocócica, foi tratada com imunoglobulina e ácido acetilsalicílico, admitindo-se síndrome de Kawasaki, com resolução da febre e melhoria do exantema. A presença de envolvimento gastrintestinal, associada a agravamento da vasculite ao fim de 7 dias, motivou a realização de biopsia cutânea que evidenciou vasculíte leucocitoclástica, compatível com EHAI. Este caso retrata a dificuldade no diagnóstico desta patologia, principalmente quando se apresenta de forma atípica.

Palavras-chave: edema agudo hemorrágico da infância, vasculite leucocitoclástica, púrpura.

Abstract

Acute Hemorrhagic Edema of Infancy (AHEI) is an uncommon form of leukocytoclastic vasculitis. It is characterized by fever, purpuric lesions, and edema of extremities and face. Despite the dramatic and abrupt onset, the course is benign. We report the case of a 13-mouth-old child admitted to the emergency department presenting fever, irritability and poor feeding. A vasculitic rash with hard swelling of the extremities was noticed. As incomplete Kawasaki›s disease criteria seamed to be fulfilled, immunoglobulin and aspirin were prescribed with fever resolution and improvement of the vasculitic rash, while bloody diarrhea emerged and and lasted 48 hours. A recurrence of the vasculitic rash was seen after 7 days. The skin biopsy documented a leukocytoclastic vasculitis, compatible with AHEI. This case reinforces the challenge of this diagnosis, especially when an atypical form is seen.

Keywords: acute hemorrhagic edema of infancy, leukocytoclastic vasculitis, purpuric exanthema.

Introdução

O Edema Agudo da Infância (EHAI) é uma vasculite leucocitoclástica benigna de etiologia desconhecida. Afeta sobretudo crianças entre os 4-24 meses de vida. Na literatura estão descritos casos desde o período neonatal até aos 60 meses[1, 2].

Trata-se de uma vasculite rara que envolve os pequenos vasos das extremidades e da face[3]. Caracteriza-se por febre, edema assimétrico e lesões purpúricas nas extremidades e face[1]. O envolvimento extracutâneo é raro[1-6]. Habitualmente a gravidade dos sinais cutâneos contrasta com a ausência de sintomas constitucionais[1, 6, 7].

Apesar do início dramático é autolimitada no tempo, ocorrendo recuperação completa das lesões em uma a três semanas e geralmente não se verifica recorrência dos sinais e sintomas[1,6]. Ainda que raras podem ocorrer complicações, nomeadamente cicatrizes e lesões de hiperpigmentação[1].

Caso clínico

Criança de 13 meses, sexo feminino, previamente saudável e sem imunizações recentes. Diagnosticada doença mãos-pés-boca, com febre associada, uma semana antes do internamento, tendo sido medicada com paracetamol e ibuprofeno.

Manteve febre irregular com máximo de 38,5ºC, com boa cedência aos antipiréticos, acompanhada de irritabilidade e recusa alimentar. Ao quarto dia de febre, recorre ao Serviço de Urgência, onde à observação se destacava: sensação de doença; irritabilidade; boa perfusão periférica; língua em framboesa; adenopatias cervicais bilaterais, móveis, com cerca de 2 cm de maior diâmetro, dolorosas à palpação; exantema papular, sem vesículas, disperso na face, dorso e membros, sem envolvimento de palmas ou plantas; discreto edema das mãos e edema duro do dorso dos pés; sinais inflamatórios no joelho direito e tibiotársica esquerda; restante exame sem alterações. Nas primeiras horas de internamento, surgiu exantema de características vasculíticas nas extremidades e face e agravamento do edema das mãos e pés (Fig. 1).

[1] Departamento de Pediatria, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E. P. E., Amadora
Correspondência: Eugénia Martins de Matos - emmmpf@gmail.com

Laboratorialmente destacava-se: anemia normocítica normocrómica (Hb: 10,9 g/dL, htc 33,6%, V.G.M.: 77,6fl, H.G.M.: 25,2 pg); trombocitose (701000 plaq/uL); ausência de leucocitose (9500 leuc./ul com 66,8% neutrófilos); hipoalbuminémia (2,86 mg/dL). Os D-Dímeros estavam elevados: 22483 µg/L e o TP e APTT normais. A PCR era de 3,9 mg/dL e a VS 80mm/1ªh. A urina apresentava hematúria (eritrócitos 2+), sem leucocitúria.

Foi internada por vasculite de etiologia a esclarecer.
Durante o internamento manteve-se febril e com agravamento das lesões vasculíticas (Fig. 2).

Considerando a persistência da febre (6º dia de febre), associada a língua de framboesa, edema duro das extremidades e exantema papular, foi equacionado o diagnóstico de síndroma de kawasaki, com base nestes 3 critérios major, acompanhados de elevação da PCR e da VS e três critérios laboratoriais adicionais: anemia, hipoalbuminémia e trombocitose. Realizado ecocardiograma, que excluiu aneurisma das artérias coronárias. Não sendo possível excluir uma forma incompleta, foi medicada com gamaglobulina na dose de 2g/kg (dose única) e ácido acetilsalicílico (AAS) na dose de 50 mg/kg/dia no segundo dia de internamento, 6º dia de febre.
De referir como intercorrência o aparecimento de diarreia com sangue no segundo dia de internamento que manteve durante 48 horas. No terceiro dia de internamento, verificou-se agravamento dos sinais inflamatórios da lesão vasculítica na hemiface esquerda e tumefação dolorosa cervical ipsilateral compatível com adenofleimão, confirmado ecograficamente, pelo que iniciou antibioticoterapia com flucloxacilina (100mg/kg/dia).
Ao 6º dia de internamento, após 48 horas de apirexia, reduziu AAS para 5 mg/kg/dia. No entanto, ao 7º dia de internamento, verificou-se agravamento de novo das lesões vasculíticas com aparecimento de lesões circulares, palpáveis, maioritariamente nos membros inferiores, e agravamento discreto do edema dos pés (Fig. 3), sem outra sintomatologia acompanhante. A avaliação analítica foi compatível com processo vasculítico ativo (921000 plaq/uL; VS 110 mm; D-dímeros 33.733; sem hematúria). Nesta altura, foi realizada biopsia cutânea em cunha, que revelou aspetos de vasculite leucocitoclástica compatível com EHAI. Desde então, mostrou melhoria espontânea até à remissão clínica e analítica completa em cerca de três semanas.

Da investigação realizada destaca-se: serologias negativas para infeção aguda para EBV, CMV, adenovírus, influenza A, parvovírus B19 e enterovírus; ANA positivo com padrão nucleolar (título 160); DNase e TASO normais.

Discussão

O EHAI predomina no sexo masculino e envolve os pequenos vasos da face e extremidades[1, 3]. Embora a fisiopatologia do processo vasculítico não esteja completamente esclarecida, parece ser mediada por imunocomplexos. Na maioria dos casos, esta vasculite parece ser desencadeada por um processo infecioso prévio, nomeadamente do sistema respiratório (otite, faringite, pneumonia) ou por infeções urinárias[3, 6]. Menos frequentemente ocorre após imunizações ou administração de fármacos, como antibióticos e antipiréticos[1, 3, 4, 6]. No caso apresentado, o processo parece ter sido desencadeado pela infeção viral prévia, provavelmente a vírus Coxsackie. No entanto, não se pode excluir o papel dos antipiréticos administrados.
Clinicamente, o EHAI compreende a tríade de febre, habitualmente baixa, edema assimétrico duro da face, pavilhão auricular e extremidades, e exantema purpúrico que envolve essencialmente as áreas de edema, poupando o tronco e as mucosas. Tipicamente, há um contraste entre a rapidez de instalação dos sinais cutâneos e o bom estado geral da criança. O envolvimento extracutâneo e sintomas sistémicos são raros. Quando surgem, os sistemas gastrointestinal e renal são os mais frequentemente afetados, podendo ocorrer dor abdominal, elevação das transaminases, presença de sangue nas fezes, hematúria, proteinúria e hipertensão arterial[1, 5, 6, 7]. Analiticamente não existem achados específicos, podendo associar-se a trombocitose, a elevação da VS e por vezes hipoalbuminemia[1]. Os marcadores autoimunes são negativos[1]. Os achados histológicos consistem numa vasculite leucocitoclástica envolvendo os pequenos vasos da derme com ou sem necrose fibrinóide e extravasamento eritroide[1].
O nosso caso apresentava a tríade clássica – febre, edema assimétrico e lesões purpúricas nas extremidades e face. Ainda assim, a irritabilidade e prostração, bem como o envolvimento sistémico, que podendo ocorrer na EHAI, são raros, dificultaram o diagnóstico diferencial. A positividade dos marcadores autoimunes encontrada é igualmente invulgar.
No diagnóstico diferencial desta entidade é necessário excluir outros diagnósticos como púrpura de Henoch-Schonlein, síndrome de Kawasaki ou meningococcémia que exigem terapêutica especifica[3, 4].
O nosso caso envolveu uma marcha diagnóstica que permitiu excluir meningococcémia. À entrada, a irritabilidade e sensação de doença não foram acompanhadas por alterações da perfusão periférica, alterações hemodinâmicas, elevação franca dos parâmetros inflamatórios (ausência de alteração do leucograma e PCR moderadamente aumentada) nem o rash era típico, bem como a sua evolução.
Por outro lado, aquando da evolução do exantema de macular para vasculítico, foi equacionado o diagnóstico de púrpura de Henoch-Schonlein, face à presença de envolvimento articular e sistémico (dejeções com sangue e hematúria). No entanto, este habitualmente

cursa sem febre e envolve crianças de outra faixa etária (habitualmente entre os 2-6 anos). Não obstante a distribuição atípica do rash e ausência de dor abdominal tornaram menos provável este diagnóstico. A hipótese de síndrome de Kawasaki na sua forma incompleta foi colocada precocemente pela necessidade de não atrasar o início de uma terapêutica que impede as complicações cardíacas desta doença. Assim, ao segundo dia de internamento, estávamos perante uma criança com mais de cinco dias de febre mas menos de quatro critérios major para síndrome de Kawasaki (alteração da mucosa oral, edema duro das mãos e pés e rash). Uma vez que as adenopatias eram bilaterais não se considerou ser critério major (definido como adenopatia unilateral com mais de 1,5cm de diâmetro). No entanto, a elevação dos parâmetros inflamatórios (PCR e VS), associada a mais de três critérios laboratoriais adicionais (neste caso: anemia, hipoalbuminémia e trombocitose) alertou-nos para a possibilidade deste diagnóstico. Mesmo na ausência de alterações ecocardiográficas deve ser ponderada a terapêutica com gamaglobulina, que esta doente acabou por realizar. O EHAI não tem terapêutica especifica[2, 3]. Alguns casos da literatura descrevem a utilização de corticoides, anti-histamínicos e anti-inflamatórios. No entanto, nenhum tratamento se revelou eficaz. A única terapêutica realizada com benefício é a da intercorrência infeciosa[1].

Em suma, o EHAI é uma patologia rara. O seu diagnóstico pode ser difícil, principalmente quando se apresenta de forma atípica, sendo nestes casos crucial a biopsia cutânea, para evitar intervenções desnecessárias até ao diagnóstico.

SAÚDE INFANTIL 2018 // 40 (1): 40-42 ABRIL

Bibliografia

1. Alp, H. *Acute Hemorrhagic Edema of Infancy.* Advances in the Etiology, Pahthogenesis an Pathology of Vasculitis; 2011: 375- 90.
2. Ben-Zion Garty, MD, Itamar Ofer, MD and Yaron Finkelstein, MD. *Acute Hemorrhagic Edema of Infancy.* IMAJ. 2002: 4: 228-9.
3. Sites LY1, Woodmansee CS, Wilkin NK, Hanson JW, Skinner RB Jr, Shimek CM. *Acute hemorrhagic edema of infancy: case reports and a review of the literature.* Cutis. 2008: 82(5):320-4.
4. Silveira, JCG; Quattino, AL; Bragança, R and Rochael, MC. *Edema hemorrágico agudo da infância.* An. Bras. Dermatol. 2006, vol.81, suppl.3, pp. S285-S287.
5. Moradinejad MH, Entezari P, Mahjoub F, Ziaee V. Acute hemorrhagic edema of infancy; a report of five Iranian infants and review of the literature. Iran J Pediatr. 2011; 107-12.
6. Alhammadi AH, Adel A, Hendaus MA. *Acute hemorrhagic edema of infancy: a worrisome presentation, but benign course.* Clin Cosmet Investig Dermatol. 2013: 197-9.
7. Avhad G, Ghuge P, Jerajani H. *Acute hemorrhagic edema of infancy.* Indian Dermatol Online J. 2014:356-7.

Puberdade precoce

texto para pais

João Tavares[1], Carlos Tavares Bello[2], Alice Mirante[1,3]

Resumo

A Puberdade é um período de transição entre a infância e a idade adulta. Considera-se precoce quando o aparecimento dos carateres sexuais secundários ocorrem em idades inferiores a 8 nas raparigas e 9 anos nos rapazes. Divide-se em central e periférica, conforme a disfunção ocorra a nível do sistema nervoso central ou das gónadas e/ou suprarrenais. As crianças com suspeita de puberdade precoce devem ser avaliadas por uma equipa de Endocrinologia Pediátrica para posterior investigação etiológica. Puberdades precoces de evolução lenta e/ou com impacto psicossocial minor não necessitam geralmente de tratamento, mas quadros de rápida evolução em idades precoces e/ou que causem incómodo significativo podem necessitar de tratamento. Estes tratamentos incluem terapêuticas farmacológicas e cirúrgicas e permitem minimizar as consequências, sobretudo quando a terapêutica antecede uma maturação **óssea** significativa.

Palavras-chave: puberdade, puberdade precoce, puberdade precoce central, puberdade precoce periférica.

1 – O que é a puberdade precoce?

A Puberdade **é um período de transição entre a infância e a idade adulta**. As alterações físicas e emocionais típicas da adolescência são provocadas principalmente por alterações no sistema endócrino (hormonal).

O seu início é **marcado pelo aparecimento do «botão mamário» nas meninas** e um **aumento das dimensões testiculares nos rapazes** que habitualmente ocorrem entre os 8-13 anos nas meninas e entre 9-14 anos nos rapazes. Segue-se posteriormente o aparecimento dos restantes *carateres sexuais secundários* tais comoo aparecimento de pelo púbico, axilar, odor a suor (odor apócrino); e nas meninas o crescimento uterino, e nos rapaz aumento peniano, e pelo facial. O aparecimento de cada uma destas caracteristicas **é sequencial seguindo habitualmente uma certa** ordem, embora variantes do normal possam ocorrer. O aparecimento da primeira menstruação (*menarca*) é um fenómeno tardio na puberdade surgindo habitualmente 2 a 3 anos após o iníciodo crescimento mamário. A puberdade associa-se a um surto de crescimento na rapariga antes da menarca e no rapaz na segunda metade da puberdade.

A puberdade precoce (PP) é definida pelo aparecimento de carateres sexuais secundários em idades inferiores aos 8 anos nas raparigas e 9 anos nos rapazes. Nem todos os casos de puberdade precoce são necessariamente sinónimo de doença, embora uma avaliação pelo médico assistente seja sempre justificada.

2 – Quais os diferentes tipos de puberdade precoce?

A puberdade precoce é causada pela elevação antecipada das **hormonas** responsáveis pelas alterações da puberdade. O sistema responsável pela regulação das hormonas sexuais é constituído pelo sistema nervoso central (áreas do cérebro – hipotálamo e hipófise), glândulas suprarrenais e pelas gónadas (ovários e testículos). O sistema nervoso central coordena o funcionamento dos órgãos produtores de hormonas sexuais (esteroides sexuais: testosterona, estrogénios e androgénios adrenais) através da produção de proteínas denominadas gonadotrofinas. A disfunção deste eixo pode provocar puberdade precoce. De acordo com a parte do eixo afetada a puberdade precoce classifica-se em **central** (disfunção do sistema nervoso central, ou gonadotrofina dependente) e **periférica** (disfunção das gónadas ou das suprarrenais, gonadotrofina independente).

3 – O que causa a puberdade precoce?

Apesar de ser uma situação que justifica uma avaliação rigorosa por um médico, nem todos os casos de puberdade precoce são sinais de doença. É uma condição mais frequente no género feminino (0,2% vs <0,005% dos rapazes), embora uma causa subjacente identificável seja mais frequente no género masculino (vs 90% dos casos de puberdade precoce feminina são idiopáticos-causa não identificada).

As causas variam com o subtipo de puberdade precoce:

– Puberdade precoce *central* – doenças do sistema nervoso central (idiopática, traumatismo, radiação, infeção, tumores, doenças genéticas, entre outras).
– Puberdade precoce *periférica* – doenças dos ovários, testiculos, glândulas suprarenais (quistos, tumores, défices enzimáticos), exposição a estrogénios ou testosterona exógenos ou sindromes genéticos.

Após avaliação pelo médico assistente e constatada a puberdade precoce, a criança deverá ser sempre avaliada por um médico especialista em Pediatria e eventualmente Endocrinologia Pediátrica.

4 – Como devo suspeitar de uma puberdade precoce?

Sempre que for notado o desenvolvimento dos carateres sexuais secundários numa idade inferior a 8 anos nas meninas e 9 anos nos rapazes, a hipótese de puberdade precoce deve ser colocada. Relembra-se que os carateres sexuais secundários incluem nas meninas o crescimento mamário e menstruação, e nos rapazes aumento testicular, peniano, e em ambos os sexos aparecimento de pelo púbico, axilar, facial e odor corporal.

5 – Como é feito o diagnóstico e a avaliação inicial?

Para o diagnóstico **é** necessário que a criança seja observada por um médico que irá efetuar uma história clínica e um exame físico completo.

[1] Serviço de Pediatria Ambulatória do Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra [2] Serviço de Endocrinologia do Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental [3] Unidade de Endocrinologia Pediátrica, Diabetes e Crescimento do Hospital Pediátrico, CHUC
Correspondência: João Tavares - joaopedtavares@gmail.com

No que respeita à história clínica, são informações importantes a descrição detalhada do que preocupa os pais e a criança, quais as alterações que notaram, data e sequência do seu aparecimento e progressão e quaisquer outros sintomas acompanhantes. Na menina a presença de menstruação numa idade inferior aos 8 anos nunca **é** normal pelo que deve ser sempre reportada. Dados de doenças previas da criança e dos pais bem como a estatura atual, peso e idades estimadas da puberdade nos pais e familiares próximos são igualmente relevantes. No exame físico será efetuado um estadiamento pubertário, para o qual **é** necessária a observação e palpação do tecido mamário nas meninas e avaliação do volume testicular nos meninos e observação genital em ambos os géneros (figura 1 – estadiamento pubertário).

Consoante o que for reportado e objetivado, o médico poderá ou não solicitar métodos complementares de diagnóstico. Os exames mais frequentemente pedidos são a radiografia do punho e mão, analises laboratoriais e uma ecografia pélvica nas meninas. Com a radiografia do punho pode-se estimar a maturação **óssea** (idade **óssea**). As analises permitem avaliar os níveis hormonais, bem como o funcionamento de outras partes do corpo (por exemplo o rim e fígado).

A ecografia pélvica serve para investigar as dimensões do **útero** e ovários, que pode ter implicações no diagnóstico e tratamento.

As crianças com puberdade precoce devem ser encaminhadas para um hospital com diferenciação em Endocrinologia Pediátrica onde por um lado será avaliada a necessidade de proceder a investigação mais aprofundada com recurso a testes laboratoriais e imagiológicos mais específicos e por outro lado se fará o controlo da evolução.

6 – Qual o tratamento?

Nem todas as crianças com «aparente» puberdade precoce necessitam de tratamento. Crianças com idades próximas do normal para o início da puberdade, com quadros clínicos de evolução lenta e com situações com as quais conseguem lidar sem grandes dificuldades pode ser vigiada a sua evolução. O tratamento destes casos, pode ser protelado sem consequências significativas para as crianças. Por outro lado, quando há uma puberdade precoce de rápida evolução em idades mais precoces e que condicionem incómodo significativo para as crianças e familiares, a terapêutica deve ser considerada.

As crianças com puberdade precoce central são habitualmente tratadas com injeções de moduladoras do funcionamento de uma parte específica do sistema nervoso central. Estes medicamentos são designados agonistas dos recetores de gonadotrofinas e são administrados sob a forma de uma injeção intramuscular a cada 12 semanas. Após a primeira toma é habitual constatar um ligeiro agravamento dos sinais de puberdade e possivelmente o aparecimento de um ligeiro corrimento vaginal. Estes efeitos secundários são geralmente transitórios e duram aproximadamente uma a duas semanas.

Nos casos de puberdade precoce periférica o tratamento dependerá da doença que esteja a causar as alterações, podendo incluir fármacos e/ou cirurgia.

7 – Por que devemos tratar a puberdade precoce?

A puberdade precoce **é** uma situação clínica, que se não tratada de forma atempada e criteriosa pode ter consequências, entre as quais se destacam duas: baixa estatura e distúrbios psicossociais. O avanço precoce e desproporcional da maturação **óssea**, devido ao efeito das hormonas sexuais, leva ao prematuro encerramento da cartilagem de crescimento e consequente redução da estatura final. Por outro lado, como referido no ponto 2, estas hormonas são responsáveis pelas alterações físicas e psicológicas características da puberdade. Com o tratamento pretende-se limitar o aumento das hormonas sexuais até uma idade adequada para a puberdade, permitindo dessa forma a prevenção e/ou recuperação da perda da altura, e que se evite os distúrbios psicossociais que poderão advir do aparecimento de carateres sexuais secundários numa idade precoce.

8 – Qual o prognóstico e a importância do tratamento?

O prognóstico depende da causa da puberdade precoce. Com os tratamentos disponíveis **é** possivel minimizar as consequências da puberdade precoce, sobretudo quando a terapêutica antecede uma maturação **óssea** significativa. O objetivo do tratamento **é** o de suprimir a função gonadal, parar o desenvolvimento dos carateres sexuais secundários, atrasar a maturação **óssea** (para atingir uma estatura final adequada), preservar a fertilidade, tratar a causa subjacente e oferecer um adequado apoio psicoemocional.

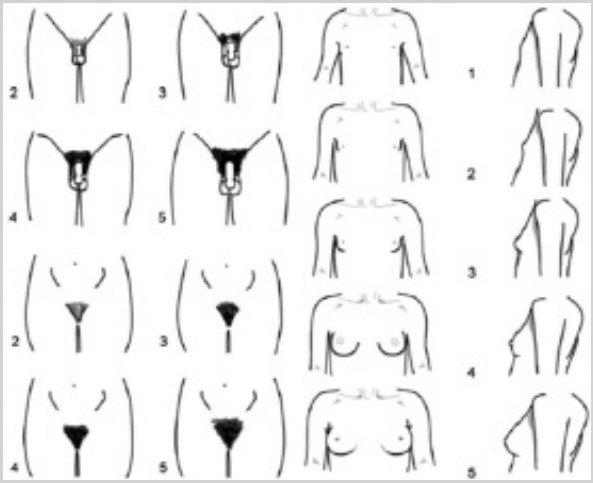

Figura 1 • **Estádio pubertário de acordo com Tanner e Marshall***

*retirado de «Muir A.; Precocious Puberty; Pediatrics in Review Vol.27 No.10 October 2006»

Bibliografia

1. Teilmann G, Pedersen CB, Jensen TK, Skakkebaek NE, Juul A. Prevalence and incidence of precocious pubertal development in Denmark: an epidemiologic study based on national registries. Pediatrics. 2005;116:1323-8.
2. Harrington J, Palmert M. Definition, etiology and evaluation of precocious puberty. Disponível em www.uptodate.com, consultado em 28/10/2016.
3. Marshall WA, Tanner JM (February 1970). «Variations in the pattern of pubertal changes in boys». Arch. Dis. Child. 45 (239): 13–23. doi:10.1136/adc.45.239.13. PMC 2020414.
4. Marshall WA, Tanner JM (June 1969). «Variations in pattern of pubertal changes in girls». Arch. Dis. Child. 44 (235): 291-303.
5. Chiumello G, Brambilla P, Guarnieri MP, Russo G, Manzoni P, Sgaramella P. Precocious puberty and body composition: effects of GnRH analog treatment. J PediatrEndocrinolMetab 2000;13:791-4.
6. John S. Fuqua ; Treatment and Outcomes of Precocious Puberty: An Update ; J ClinEndocrinolMetab 98: 2198-207, 2013.
7. Carel JC, Eugster EA, Rogol A, et al. Consensus statement on the use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children. Pediatrics. 2009;123:e752-e762.
8. Carel JC, Lahlou N, Jaramillo O, et al. Treatment of central precocious puberty by subcutaneous injections of leuprorelin 3-month depot (11.25 mg). J ClinEndocrinolMetab. 2002;87:4111-6.

asic
associação de saúde infantil de coimbra

SAÚDE INFANTIL
HOSPITAL PEDIÁTRICO DE COIMBRA

INFORMAÇÕES:
Hospital Pediátrico | Av. Afonso Romão | Alto da Baleia
Piso 0 - Lj A21 00 03 | 3000-602 COIMBRA
TEL. / FAX: +351 239 482 000
www.asic.pt | saudeinfantil@asic.pt