

# ADOLESCENTES E ADOLESCÊNCIA

N Ú M E R O 20

2011



SECÇÃO DE MEDICINA DO ADOLESCENTE - SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA

## INDÍCE

PÁG. 1 - EDITORIAL

PÁG. 3 - QUANDO O ?-BLOQUEANTE É A SOLUÇÃO...

PÁG. 7 - EDUCAÇÃO (MÉDICA) - SÓ PARA ALGUNS?  
Ou então APAIXONEM-SE PELA EDUCAÇÃO MÉDICA!

PÁG. 8 - ADOLESCENTES COM 15 ANOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA - CASUÍSTICA DE UM ANO DE UM HOSPITAL DE NÍVEL II DA REGIÃO CENTRO

PÁG. 12 - REVISÕES BIBLIOGRÁFICAS

- PERTURBAÇÃO DE SOMATIZAÇÃO - UMA PATOLOGIA PREVALENTE EM ADOLESCENTES

- LOW VITAMIN D SATUS AMONG OBESE ADOLESCENTS: PREVALENCE AND RESPONSE TO TREATMENT

PÁG. 15 - AGENDA 2011 / 2012

## EDITORIAL

Geração (ões) à rasca, enrascada (s) e rasca (s).

Quando há mais ou menos 15 anos o então director do jornal Público (que havia na sua juventude sido co-responsável pelo “jornal cor-de-rosa”, uma lufada de ar fresco e de espírito crítico, que todas as semanas nos chegava da Madeira e era lido integralmente por muitos jovens universitários) publicou no editorial um artigo sobre a contestação estudantil às propinas utilizando a terminologia geração rasca, estava longe de adivinhar a relevância e o uso que teria nos domésticos domínios nacionais.

Sobre a designação “geração rasca” e os jovens desta geração, escreveram-se milhares de referências, comentários, na esmagadora maioria das vezes expressando um radical desacordo e da terminologia e opinião do seu autor.

De distintos e, por vezes opostos pontos de vista de diversos quadrantes e utilizando frequentemente uma argumentação paupérrima e escondendo (mal) um propósito de ser, diria “mediaticamente correto”, não disfarçando muitas vezes a intenção de agradar aos jovens ou aos grupos e tribos do pensamento único dominante considerado politicamente correto.

A situação do país e os recentes acontecimentos da política nacional deram origem a uma onda de manifestações de rua, que classificadas de espontâneas foram logo (apesar de alguns cuidados dos organizadores) “surfadas”, pelos mais diversos sectores da nossa vida cívica, política, sindical, e alguns comentaristas bem pensantes.

Esta geração, dita “à rasca”, dos nossos adolescentes e jovens, é considerada vítima inocente, da(s) geração(ões) que a precederam e que a conduziram a uma situação de catástrofe sem precedentes.

No entanto...

era eu adolescente jovem na época salazarenta, em que... :

- Tinha como destino mais que certo de, ir para África defender as colónias , a meio ou no final dos estudos ....

- Era perigoso um par de namorados beijarem-se na rua.... Correndo o risco de ir parar à esquadra.

- um adolescente identificado como homossexual era expulso da escola .....

- a luta estudantil fazia-se com risco de ir parar à prisão, as “manifs” eram proibidas e a carga policial era com bastões e canhões de água e havia “ gorilas “a garantir o “ bom comportamento” dos alunos nalgumas das faculdades de Lisboa.....

- Ia-se para a escola/universidade a pé ou de transportes públicos, geralmente de autocarro, pois o metro era uma facilidade de linha única, só em Lisboa, que servia uma minoria e hoje a percentagem de universitários com automóvel novo é, em Portugal, das mais (se não a mais) elevada da Europa comunitária.....

- Quando se ia ao estrangeiro era de mochila e saco cama, sem viagens organizadas em comboio ou a preços especiais.....

- Quem queria tirar um curso superior tinha que obrigatoriamente deslocar-se para uma de três cidades : Coimbra, Lisboa, Porto, geralmente com a mesada bem apertadinha para todas as despesas.

- Não havia telemóveis, computadores, WWW, Google, redes sociais electrónicas, blogues, etc, etc ...

- prisão por delito de opinião, ausência de liberdade de associação e manifestação eram uma constante..... - um “ajuntamento” de alguns cidadãos podia ser considerado suspeito e tinha que ser autorizado.

- o aborto era sempre clandestino e criminalizado etc., etc,

- havia dois canais de TV, a preto e branco, rádio e imprensa vigiadas de perto pela censura .....

- - as discotecas eram meia dúzia e chamavam-se” bôites” e o os bares eram praticamente frequentados pelos os adultos boémios da noite.

- Não havia ginásios, SPAS, festivais, raves..... , Vilar de Mouros foi o acontecimento cultural mais importante de uma década para os adolescentes. Para além de dois ou três programas de rádio orientados para os jovens tínhamos que nos contentar com o Festival da Canção da TV.....

- A discriminação de género era omnipresente e m quase tos aspectos da vida de adolescentes e adultos.....

- A mortalidade infantil rondava os 50 %0 (actualmente 3,5 %0, o SNS universal e acessível não existia, e muito menos cuidados de saúde vocacionados especificamente para os adolescentes, Institutos de juventude e outros organismos de apoio ou vocacionados para adolescentes eram escassos de iniciativa religiosa ou cívica . e a Mocidade Portuguesa oficial era militarizada e doutrinariamente orientada etc., etc..

E no entanto lutava-se contra o regime e pelo nosso projeto de vida pessoal!

As queixas legítimas que a actual geração “ à rasca” pode atribuir às antecessoras foi a sua a incapacidade de ter transmitido, pela palavra e gesto, a esta geração de adolescentes qu : a vida não é fácil, que a educação familiar é feita de afetos e do estabelecimento de limites, que a cultura do facilitismo e de falta de exigência de qualidade na escola ( ensino e aprendizagem ) e no trabalho não a prepararam para a vida activa e que os direitos adquiridos pelas últimas gerações não são conquistas garantidas para sempre se não forem economicamente sustentáveis, e sobretudo não ensinaram que a construção do futuro de cada adolescente depende sobretudo dele, de um projecto de vida realista, e do seu esforço e determinação

para o realizar, e não tanto dos outros e dos condicionalismos da sua circunstância.

Numa geração dita “à rasca”, há de tudo, os à rasca, os enrascados e os desenrascados ( destes o problema é que muitos emigram) -,e restringi-la a esta geração adolescentes jovens é miopia, ignorância ou, ainda pior, demagogia populista.

(Sem negar a s dificuldades do primeiro emprego e da estabilidade no mercado de trabalho, a exploração dos estagiários, etc, etc,.....e da escassez d e oportunidades no país resultante da actual situação económica - social.)

As responsabilidades e as dificuldades da actual situação são transgeracionais, e as responsabilidades desta geração não são na esmagadora maioria dos casos explicitadas nos artigos de opinião, expostas nos cartazes , gritadas nos megafones de manifestações de rua etc, etc, ..... e ocultar convenientemente esta verdade é o pior serviço que se pode fazer em favor do futro dos adolescentes e da criação de uma melhoria de condições de futuro.

O mais importante é que os adultos sejam adultos de referência positivos e que os adolescentes queiram e saibam “desenrascar-se” olhando mais para si como o melhor recurso para serem parte da solução e não do problema, através do esforço na qualificação pessoal académica e profissional e no empenhamento no seu crescimento humano pela vivência : do bem, do belo, do justo, do verdadeiro e do solidário.

*Pedro Ferro Meneses*

PS

O atraso da publicação deste numero, é da minha única e exclusiva responsabilidade, e pela qual apresento as minhas desculpas.

## QUANDO O ?-BLOQUEANTE É A SOLUÇÃO...

*Ana Novo1, Isabel Pinto Pais1, Daniel Gonçalves1, Paulo Ferreira Silva2, Fernanda Carvalho1, Paula Fonseca1*

*1Serviço de Pediatria - Centro Hospitalar Médio Ave - Hospital de Famalicão.*

*2Serviço de Cardiologia - Centro Hospitalar Médio Ave - Hospital de Famalicão.*

**Introdução:** A perda de consciência transitória recorrente com alteração do tónus postural, nomeadamente a síncope (disfunção cerebral abrupta e difusa por hipoperfusão com alteração do tónus postural associada), constitui uma situação de particular ansiedade em idade pediátrica. Os vários factores precipitantes incluem estímulos dolorosos, alterações emocionais ou ortostatismo prolongado. A sua principal causa é neurocardiogénica (incluindo a Síncope Vasovagal) sendo detectada em cerca de 15% das crianças e adolescentes com síncope.

**Caso Clínico:** Os autores apresentam o caso de uma adolescente de 17 anos, com episódios recorrentes e transitórios de síncope associada a movimentos tónico-clónicos generalizados e sonolência pós-ictal, sempre desencadeados por estímulos dolorosos e ansiedade, desde os 9 anos de idade. Duração dos episódios aproximada de 1 minuto, com recuperação espontânea, e ocorrendo os mesmos numa frequência de 1-2 episódios por ano. Sem outra sintomatologia associada e sem aparente relação com o esforço, fármacos ou outro factor desencadeante. Da avaliação biopsicossocial a salientar um mau rendimento escolar. Dos restantes antecedentes pessoais apenas a destacar asma alérgica diagnosticada aos 5 anos e controlada. Ante-

cedentes familiares irrelevantes, nomeadamente história de Epilepsia ou patologia cardíaca. Num dos episódios em que recorreu ao Serviço de Urgência (SU), por apresentar uma duração mais prolongada do que o habitual (crise TCG com 5 minutos de duração), e apesar de apresentar exame clínico, incluindo avaliação neurológica, normal à admissão, foi realizado um TC crânio-encefálico que não revelou alterações, assim como restante estudo analítico base (hemograma, ionograma e equilíbrio ácido-base). Após avaliação por Neurologia no SU, foi instituída terapêutica com Valproato de Sódio (~20mg/Kg/dia), por diagnóstico suspeito de Epilepsia, sem evidência de melhoria clínica. Orientada posteriormente para consulta de Adolescentes e reavaliada em consulta de Neuropediatria, tendo realizado EEG, que excluiu presença de actividade paroxística focal ou generalizada, e ECG que foi normal. Função tiroideia, renal e hepática, assim como perfil lipídico sem alterações. Efectuou o teste de TILT (Figura 1) que se revelou positivo (resposta cardioinibitória com episódio convulsivo) confirmando o diagnóstico de Síncope Neurocardiogénica. Efectuou ainda ecocardiograma e prova de esforço que não revelaram alterações. Holter com ritmo sinusal, presença de raras extra-sístoles supraventriculares isoladas e sem outras alterações.

Iniciou esquema de redução de anti-epiléptico e terapêutica de suporte com medidas de controlo posturais, ficando assintomática durante dois anos.

Aos 17 anos, por reinício da sintomatologia, sempre relacionada com estímulos vagais, com crises mais prolongadas, foi orientada para consulta de Cardiologia tendo sido instituída terapêutica ?-Bloqueante (Bisoprolol) com evidência de melhoria clínica, sem crises desde então.

**Discussão:** Várias entidades nosológicas podem mimetizar um caso de epilepsia, seja pela sua história ou apresentação clí-

nica. A Síncope Neurocardiogénica constitui um dos diagnósticos diferenciais mais importantes a considerar e nem sempre de fácil distinção, em particular na população adolescente. O presente caso pretende salientar a importância de um elevado grau de suspeição clínica nestas situações, não só pelas implicações terapêuticas, mas também psicossociais e prognósticas, que acarretam.

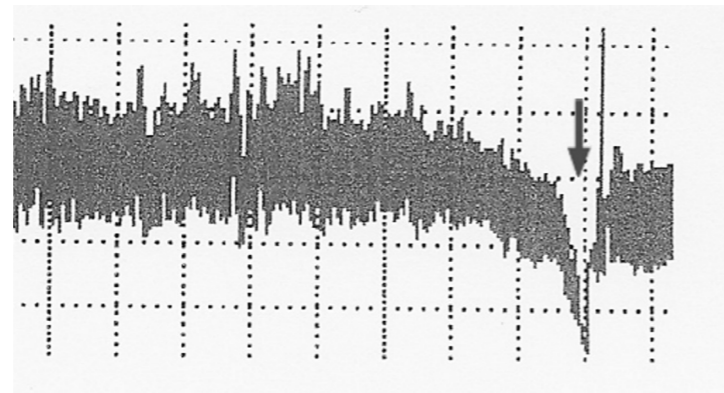


Figura 1:  
Teste de TILT (após 10 minutos de Dinitrato de Isosorbide): resposta cardioinibitória predominante com pausa > 3 segundos; após a síncope breve episódio convulsivo (movimentos TCG). Sem hipotensão postural.

**Palavras-chave:** Síncope Neurocardiogénica, ?-Bloqueante, adolescente

**Referências:**

Sabri MD et al. *Usefulness of the Head-Up Tilt Test in Distinguishing*

*Neurally Mediated Syncope and Epilepsy in children aged 5-20 years old. Pediatr Cardiol 2006. 27: 600-03.*

Michele B. *Vasovagal Syncope and Vasovagal disease. Hellenic J Cardiol 2008. 49: 61-64.*

Massin MM et al. *Syncope in pediatric patients presenting to an emergency department. J Pediatr 2004. 145(2): 223-8.*

Alexis MF et al. *Vasovagal Syncope. Ann Intern Med 2000. 133: 714-25.*  
Benditt DG. *Neurally mediated syncopal syndromes. Pacing Clin Electrophysiol 1997: 572-84.*

## GRUPO DE PROMOÇÃO DE COMPETÊNCIAS ASSERTIVAS EM ADOLESCENTES - AVALIAÇÃO, DIAGNÓSTICO E INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA DE GRUPO

Pedro Dias-Ferreira, *Psicólogo Clínico, Unidade de Adolescentes, Departamento da Criança e da Família, CHLN-HSM*

Diana C. Teixeira *Psicóloga Clínica Estagiária, Núcleo de Psicoterapia Cognitiva - Comportamental e Integrativa, FP-UL*

Helena Fonseca, *Coordenadora da Unidade de Adolescentes, Departamento da Criança e da Família, CHLN-HSM*

O presente estudo procurou verificar a pertinência da utilização de intervenções psicológicas em grupo, confirmando a sua eficácia em contexto hospitalar. Com o principal objectivo de treinar comportamentos assertivos, com modificação do comportamento, e favorecimento de uma dinâmica de relacionamento interpessoal ajustada, constituiu-se o Grupo de Treino de Competências Sociais. Decorreu durante 5 sessões semanais, com a participação de 5 adolescentes

com idade média de 15 anos. Através da aplicação do Children's Assertive Behavior Scale (CABS) foi possível verificar que, no final da intervenção, ocorreram as modificações comportamentais previstas, confirmando a eficácia da intervenção em grupo, evidenciando uma boa relação custo-eficácia.

**Palavras chave:** Competências sociais, assertividade, intervenção em grupo

## Introdução

Apesar de poucas investigações terem comparado a eficácia relativa entre treino de comportamentos assertivos em grupo e em modalidade individual, diversos autores consideram que as intervenções em grupo são de modo geral mais eficazes. Tal pode dever-se a diversos factores. Por exemplo a interacção entre os membros do grupo promove o treino de diversos tipos de comportamento com diferentes pessoas. Também o facto de mais intervenientes estarem presentes durante as sessões, pode ter um efeito de encorajamento e reforço para os restantes.1

De facto, verifica-se que as intervenções em grupo, tendo uma metodologia específica, que enfatizam a descoberta de si mesmo através dos outros.

O treino de comportamentos assertivos baseia-se no desenvolvimento das competências necessárias para pôr os comportamentos assertivos em prática, tal como a expressão de sentimentos, pensamentos e atitudes, de forma adequada para uma determinada situação, incorporando quatro procedimentos base: (1) ensinar a diferença entre comportamentos assertivos, não-assertivos e agressivos; (2) ajudar na identificação e aceitação dos direitos pessoais e dos outros; (3) reduzir os obstáculos cognitivos e afectivos que impedem

o comportamento assertivo; (4) desenvolver competências assertivas através de métodos que permitam a sua prática activa no dia-a-dia. 1

A intervenção psicológica com grupos em contexto hospitalar tem vindo a tornar-se uma prática crescente com o propósito de oferecer uma melhor qualidade na assistência, possibilitando a troca de experiências e de informação como contributo teórico de forma estruturada.

Como forma de testar a eficácia de intervenções em grupo num contexto hospitalar, foi constituído o Grupo de Treino de Comportamentos Assertivos na Unidade de Adolescentes do Departamento da Criança e da Família do Hospital de Santa Maria, em Lisboa. Consistiu num grupo fechado, semi-estruturado, onde exercícios de role-play foram utilizados em conjunto com outras técnicas de intervenção psicoterapêutica. O grupo integrou 5 adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 16 anos de idade, 3 raparigas e 2 rapazes, decorrendo ao longo de 5 sessões com uma periodicidade quinzenal.

### Métodos

Como forma de avaliar os participantes ao nível do funcionamento cognitivo, emocional e comportamental, foi aplicada uma bateria de questionários de auto-preenchimento na primeira sessão do grupo. Estes consistiriam nas versões portuguesas do Children's Depression Inventory, 2 com o objectivo de avaliar a sintomatologia depressiva; do Spence Children's Anxiety Scale, 3 com o objectivo de avaliar sintomas de carácter ansioso; e do Youth Self Report, 4, 5 de forma a avaliar problemas de comportamento. Outro questionário de auto-preenchimento Children's Assertive Behavior Scale 6 foi aplicado em dois períodos de avaliação, no início e no final da intervenção terapêutica, como forma de avaliar as alterações dos

estilos de comunicação.

### Resultados

A aplicação dos questionários descritos permitiu, em primeiro lugar avaliar os jovens relativamente ao ajustamento psicológico, verificando que a presença de sintomatologia depressiva, ansiosa e problemas de comportamento eram comuns a todos os elementos do grupo.

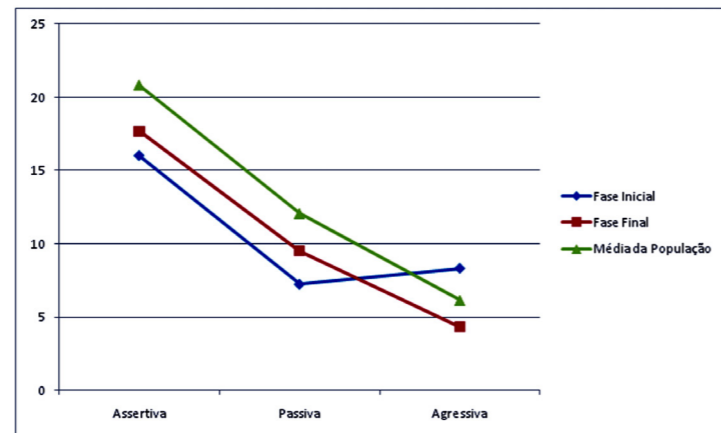


Fig. 1. Resultados médios dos participantes nas diferentes fases de avaliação, no que respeita à evolução do tipo de comportamento.

Os resultados mostraram ainda uma diminuição clara de comportamentos de carácter agressivo, e um aumento tanto da resposta de carácter passivo como dos comportamentos assertivos na fase final da avaliação, 7 conforme programado pela intervenção desenvolvida. Apesar da alteração evidente ao nível do comportamento, este ainda se afasta do resultado desejado (média da população),

o que pode espelhar a necessidade de a intervenção necessitar de um número superior de sessões.

### Conclusão

A realização deste estudo permitiu, em primeiro lugar concluir da eficácia das intervenções em grupo com adolescentes de diferentes idades, sexos e psicopatologias. Confirmou-se que intervenções em grupo se mostram úteis em Serviços onde as disponibilidades exíguas de tempo e espaço reduzem a capacidade de intervenções mais morosas. Desta forma, a implementação de outras modalidades de intervenção psicológica que façam uso de grupos como modelo privilegiado de actuação, evidencia-se como uma solução economicamente e terapêuticamente viável para o futuro. 8

### Bibliografia

1. Lange, A. J., Jakubowski, P. (1980). *Responsible Assertive Behaviour: Cognitive/Behavioral Procedures for trainers*. Champaign, Illinois: Research Press.
2. Kovacs, M. (1985). *The Children's Depression Inventory (CDI)*. *Psychopharmacology Bulletin*, 21 (4), 995-998.
3. Spence, S. H. (1997). *Structure of anxiety symptoms among children: a confirmatory factor-analytic study*. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 280-297.
4. Achenbach, T., & Edelbrock, C. (1987). *Manual for the Youth Self-Report and Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
5. Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
6. Michelson, L., & Wood, R. (1982). *Development and psychometric*

*properties of the Children's Assertive Behavior Scale*. *Journal of Behavioral Assessment*, 4, 3-13.

7. Shosheva, V., Benkova, K., Dinchiyska, S. (2010). *Behaviour strategies in assertive behaviour within marginal groups*. *Trakia Journal of Sciences*, 8, 418-420.

8. Hunsley, J. (2002). *The cost-effectiveness of psychological interventions*. *Canadian Psychological Association*, May 2002.

## EDUCAÇÃO (MÉDICA) - SÓ PARA ALGUNS? Ou então APAIXONEM-SE PELA EDUCAÇÃO MÉDICA! Leonor Sasseti

Ainda se lembra porque escolheu ser médico? Imagino que se fizessemos um inquérito, encontraríamos razões tão variadas como: cuidar dos doentes, ajudar as pessoas a manterem-se saudáveis, ter uma profissão socialmente bem aceite, servir os outros ... Não conheço ninguém que tenha escolhido ser médico para ser educador ou professor; no entanto ensinar outros, colegas (presentes ou futuros) ou outros profissionais, faz parte do quotidiano de quase todos nós. Já Hipócrates o incluiu no seu Juramento que ainda hoje é a base do nosso código de conduta.

Estes considerandos são particularmente importantes numa área nova, no nosso país, como é a Medicina de Adolescentes. Com efeito, as questões básicas do atendimento aos adolescentes, quer se trate da patologia em si ou das particularidades da abordagem, não

fazem ainda parte do curriculum da maioria das Faculdades de Medicina portuguesas. Deste modo, todos nós, médicos de adolescentes, temos um importante papel a desempenhar nesta área do saber.

Como sabemos, para se ser bom professor não basta ter conhecimentos técnicos; há que reflectir e aprender sobre o processo de aprendizagem. E a ideia fundamental é a de que os adultos - os nossos alunos - aprendem de modo diferente das crianças. Chama-se ANDRAGOGIA à teoria educacional que explica o modo como os adultos aprendem. As suas bases, ou seja, as circunstâncias favorecedoras da aprendizagem dos adultos foram definidas por Malcolm Knowles em 1968, e encontram-se resumidas no quadro seguinte.

Ter em conta a experiência prévia do aluno Conteúdo com utilidade prática Ensino baseado na resolução de problemas Ambiente favorecedor da participação activa dos alunos Identificação prévia dos objectivos
---

Quadro 1. BASES DA TEORIA DO ENSINO DE ADULTOS (M. Knowles)

Sempre que planeamos um momento de formação, qualquer que seja a sua natureza e duração, deveríamos analisá-lo à luz destes princípios, pois eles são o garante da sua eficácia.

Outro aspecto que não pode ser descurado é a preocupação que devemos ter com a formação de profissionais comprometidos com a sua auto-formação ao longo de toda a vida. O ritmo avassalador a que a Ciência evolui nos tempos em que vivemos, bem como a facilidade de acesso ao conhecimento, obriga a formar profissionais que constantemente se interroguem e saibam encontrar a resposta

para as questões que surgem. Sempre no melhor interesse do seu doente. Sejam questões estritamente do foro do diagnóstico ou da terapêutica, ou questões do domínio da bioética. E, cada vez mais, profissionais capazes de pensar no doente como um todo, que se trate de um adolescente com uma doença crónica, de um doente oncológico ou de um idoso com os “achaques” próprios da idade.

E assim, em tempo de Primavera, eu recomendo:  
APAIXONEM-SE PELA EDUCAÇÃO MÉDICA!

*Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes (DGS) e Hospital. D. Estefânia.*

#### Bibliografia

Carlson, R. *Malcolm Knowles: Apostle of Andragogy.* 1989 [cited; Available from: <http://www.nl.edu/academics/cas/ace/resources/malcolmknowles.cfm>

### ADOLESCENTES COM 15 ANOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA - CASUÍSTICA DE UM ANO DE UM HOSPITAL DE NÍVEL II DA REGIÃO CENTRO

*Autores: Sónia Regina Silva, Fátima Ribeiro, Filipa Rodrigues, Maria Manuel Flores, Sílvia Almeida*

*Serviço de Pediatria do Hospital Infante D. Pedro, Aveiro  
Directora de Serviço: Dra. Paula Rocha*

#### Resumo:

**Introdução:** O Serviço de Urgência (SU) Pediátrico (P) do Hospital Infante D. Pedro (HIP) pretende o alargamento da assistência dos 15 anos (A) para os 15A e 364 dias (D). Objectivos: Caracterizar os episódios de urgência dos adolescentes entre os 15A e os 15A e 364D no SU Geral (G) do HIP no ano 2008. Material e Métodos: Estudo descritivo retrospectivo por consulta dos episódios de urgência no programa Alert®. Os dados foram analisados pelo teste Qui-quadrado. Resultados: Ocorreram 1042 episódios (770 adolescentes, 57% do sexo feminino). A patologia traumática foi a principal causa de vinda ao SUG (36,5%), com predomínio significativo do sexo masculino ( $p < 0,001$ ). Tiveram alta sem referenciação 75,5% dos casos. Ocorreram 43 internamentos e 18 transferências para outro hospital. Comentários: Com o referido alargamento da assistência, prevê-se um aumento de 3% das admissões no SUP. Salienta-se a diversidade de patologia observada, o que alerta para a necessidade de formação específica e trabalho interdisciplinar.

#### Introdução:

A nova Carta Hospitalar de Pediatria, elaborada pela Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente, preconiza o alargamento da assistência pediátrica dos 14 anos (A) e 364 dias (D) para aos 17A e 364D, seja a patologia médica ou cirúrgica<sup>1</sup>. Dado que a criança e adolescente têm necessidades muito diversas ao longo do seu crescimento e desenvolvimento, deverá atender-se às especificidades das diferentes idades, criando as condições para o cumprimento destas recomendações<sup>2</sup>.

A semelhança de outros hospitais, o Serviço de Urgência (SU) Pediátrico (P) do Hospital Infante D. Pedro (HIP), presta assistência a adolescentes até aos 14A e 364D. Pretende-se o alargamento,

numa primeira fase, para os 15A e 364D. Com este trabalho procuramos caracterizar a utilização do SU por esta população, de forma a prever o impacto deste alargamento no funcionamento do Serviço de Pediatria e melhor preparar os profissionais de saúde para os novos desafios que se antevêm.

#### Objectivos:

Caracterizar os episódios de urgência dos adolescentes entre os 15A e os 15A e 364D no SU Geral (G) do HIP (um hospital de nível II da região centro) no ano 2008 e estudar o seu impacto no funcionamento do serviço.

#### Material e Métodos:

Estudo descritivo retrospectivo por consulta dos episódios de urgência no programa Alert®.

Parâmetros analisados:

1. todos os episódios: sexo, residência, data, horário;
2. episódios triados: motivo de vinda ao SU, origem, triagem de Manchester, acompanhante;
3. episódios observados pelo médico: especialidade que observou, antecedentes pessoais, investigação e procedimentos efectuados, medicação/via de administração, destino, orientação.

Os dados foram analisados através do programa Excel versão 2003, utilizando-se frequência simples e teste Qui-quadrado. O nível de significância adoptado para este estudo foi de 5% portanto, os valores do p menores que 0,05 ( $p < 0,05$ ) foram considerados estatisticamente significativos.

#### Resultados:

Ocorreram 1042 episódios de urgência, correspondendo a 770 adolescentes com 15A (média de 2,85 episódios/dia, máximo de nove episódios/dia). Verificou-se um predomínio do sexo feminino (57%). O mês de maior afluência foi Outubro (128 episódios) e o de menor afluência Março (60 episódios).

Foram admitidos mais do que uma vez 24,4% dos adolescentes, com um máximo de nove episódios (numa adolescente grávida com várias intercorrências). Abandonaram o SUG 22 adolescentes (72,7% do sexo feminino), 50,0% antes da observação médica.

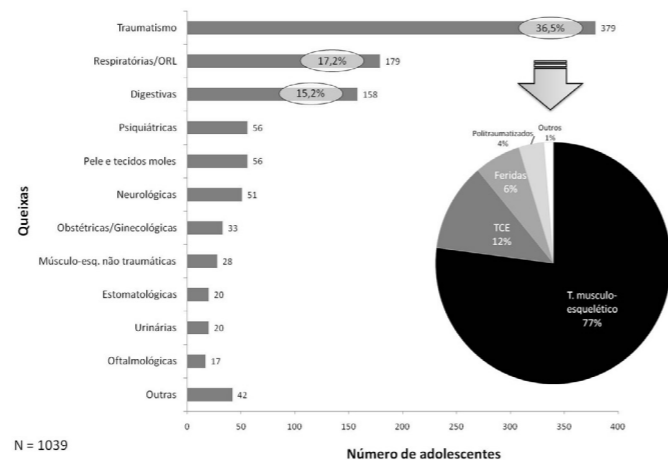
O período de maior afluência (51,2%) foi das 12:00 às 20:00h, 8% das admissões ocorrerem entre as 0:00 e as 8:00h. Os dias de maior influência foram a segunda e terça-feira (173 e 174 episódios, respectivamente), com menor número de episódios aos fins-de-semana (média de 116 episódios/dia).

Os adolescentes eram da área de influência do hospital em 96,1% dos casos. O exterior não referenciado foi a origem mais frequente (89,7%). Uma adolescente foi trazida por Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

Dos 126 episódios com referência a acompanhante, este foi a mãe na maioria dos casos (61,1%), 1,9% foi acompanhado por um colega. Negado acompanhante em 10,3%.

A maioria recebeu cor amarela na triagem de Manchester (64,4%), 25,0% recebeu a cor verde, três episódios (0,3%) a cor vermelha.

A patologia traumática foi a principal causa de vinda ao SUG (36,5%), com predomínio significativo do sexo masculino ( $p < 0,001$ ): em 77,0% traumatismo músculo-esquelético, em 11,9% traumatismo cráneo-encefálico. Seguiram-se as queixas respiratórias/ORL (17,2%) e digestivas (15,2%). Em 5,4% a causa foi psiquiátrica e em 3,2%



ginecológica/obstétrica - gráfico 1.

Em média, cada adolescente necessitou da observação por 1,13 especialidades/episódio: Urgência Básica 59,6%, Ortopedia 23,4%, Medicina Interna 5,7%, Ginecologia-obstetrícia 3,3%, Psiquiatria 2,2%, Neurologia 1,2%.

Descritos antecedentes pessoais (AP) de relevo em 252 episódios/170 adolescentes (22 com múltiplos AP): distúrbio comportamental e/ou emocional em 21,2%; patologia imuno-alérgica em 20,6%, neurológica em 10,6%. De referir três adolescentes com doença neoplásica (leucemia, linfoma de Hodgkin e hepatoblastoma), três com patologia infecto-contagiosa (dois com infecção por HIV, um com hepatite B) e duas adolescentes com gravidez anterior.

Após observação médica, foram pedidos exames complementares de diagnóstico em 56,8% dos episódios: radiografia(s) em 82,4%,

estudo analítico em 35,5%.

Tiveram alta sem referenciação 75,5% dos casos, 8,9% foram orientados para o médico assistente, 7,3% para a consulta externa. Três foram transferidos para o hospital da área de residência (por Ortopedia) e quinze para um hospital central (oito para observação por Oftalmologia, quatro para Otorrinolaringologia, um para Neurocirurgia, um para uma Unidade de Cuidados Intensivos e outro para uma Unidade de Queimados). Dos 957 episódios com alta médica para o domicílio, 53,2% tiveram prescrição medicamentosa (máximo de seis medicamentos/episódio), mais frequentemente o analgésico/anti-inflamatório/antipirético (46,2% dos episódios), seguido do antibiótico sistémico (14,1%). Ocorreram 43 internamentos, mais frequentemente por patologia abdominal (quinze internamentos, dez na cirurgia), patologia traumática (nove casos) e obstétrica (sete casos: seis por parto/ameaça de parto e um por aborto retido) - Tabela 1. Não ocorreram óbitos.

#### Discussão:

De acordo com as admissões no SUP em igual período, o aumento da idade de assistência para os 15A e 364D provocará um acréscimo de cerca de 3% das urgências neste serviço.

À semelhança de outros estudos<sup>3-5</sup>, a patologia traumática foi o principal motivo de vinda ao SU neste grupo etário. Salientam-se ainda as patologias psiquiátrica e ginecológica/obstétrica, previamente

te pouco frequentes na população abrangida pela Pediatria e que, com o alargamento da idade de atendimento, constituem agora novos desafios aos quais o pediatra terá que se adaptar.

A frequente necessidade de abordagem multidisciplinar e recurso a exames complementares, traduzem algumas das dificuldades encontradas na orientação destes doentes. Por outro lado, o atendimento a este grupo etário obriga a uma reorganização do

Local de Internamento	Patologia										Total
	Abdominal	Traumática	Obstétrica	Psiquiátrica	Infecciosa	Cardíaca	Endocrinológica	Neurológica	Renal	Pele e tecidos moles	
Cirurgia	10	4								1	15
SO	5	1		2							8
Obstetrícia			7								7
Especialidades médicas				1	3		1	1	1		7
UCIC						1					1
Ortopedia		4									4
Psiquiatria				1							1
Total	15	9	7	4	3	1	1	1	1	1	43

Serviço de Pediatria, formação dos profissionais e, idealmente, à criação de um espaço físico específico que respeite a privacidade e autonomia do adolescente.

Verificamos que a maioria dos adolescentes teve alta para o domicílio sem referenciação, pelo que o SU constitui para muitos o único contacto com os serviços hospitalares.

#### Nota final

O trabalho apresentado foi útil na programação de algumas medidas que virão a ser adoptadas no SUP e servirá como objecto

de comparação em estudos futuros.

### Bibliografia

- Carta Hospitalar de Pediatria, acessível em <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2008/04/cartahospitalarpediatria-rev.pdf>*
- Satcher D, Kaczorowski J, Topa D. The expanding role of the pediatrician in improving child health in the 21st century. Pediatrics 2005;115:1124-8.*
- Costa A, Fonte M, Carvalho M, Ferreira N. Adolescentes no Serviço de Urgência. Adolescentes e Adolescência 2008; 17: 6-7.*
- Madureira N, Santos R, Moleiro P, Os Adolescentes no Hospital Santo André - Que Necessidades de Saúde?\*. Acta Med Port 2008; 21: 547-552*
- Quintas S, Pequito M, Fonseca H: Alargamento da Idade Pediátrica no Serviço de Urgência de Pediatria - Um Novo Desafio. Acta Pediátrica Portuguesa 2003; 5(34):339-43*

## REVISÕES BIBLIOGRÁFICAS

### PERTURBAÇÃO DE SOMATIZAÇÃO - UMA PATOLOGIA PREVALENTE EM ADOLESCENTES

*Tavares H, Ferreira P, Fonseca H. Acta Pediátrica Portuguesa 2010: 41(1): 33-7*

O diagnóstico de Perturbação de Somatização constitui um desafio para os pediatras, pela dificuldade em valorizar e enquadrar sintomatologia persistente/ recorrente, receio de não diagnosticar uma doença orgânica e pressão dos pais/ adolescente em afirmar uma causa orgânica.

Desde 1996 a DSM-IV adopta uma classificação aplicável à pediatria que inclui 7 categorias que têm em conta o grau de interferência na vida do adolescente e a duração de sintomas e que variam desde “variação de queixa somática” até “perturbação de conversão”.

Tem uma prevalência estimada de 4% nos rapazes e 11% nas raparigas, sendo rara na infância pois nesta idade ainda não está estabelecido o pensamento formal.

Na fisiopatologia incluem-se factores genéticos como grau de susceptibilidade do indivíduo e os seus mecanismos de defesa e factores ambientais, entre eles o ambiente familiar (processo de luto, doença crónica ou disfunção parental no seio familiar, ganho secundário com a sua condição de doente), a comunidade escolar e grupo de pares, a sociedade e padrões culturais e antecedentes de abuso/maus tratos.

Clinicamente os sintomas podem ter um início gradual/ progressivo ou agudo/ súbito, podendo atingir vários sistemas ou órgãos ao mesmo tempo (músculo-esqueléticos, gastrointestinais, cardíacos, neurológicos) ou serem inespecíficos (astenia, mal-estar...).

Devemos suspeitar de perturbação de somatização quando temos um adolescente com múltiplas queixas, repetidas avaliações médicas, existência de um familiar com doença crónica, luto familiar ou disfunção em algum dos ambientes em que o adolescente está inserido. Normalmente apresentam uma sintomatologia desproporcional ao estado geral. É frequente a associação entre somatização e ansiedade/depressão. A favor de etiologia orgânica a consistência dos sintomas, localização específica, interferência com o sono, início súbito e apenas um sistema de órgãos afectado.

A abordagem do adolescente deve, como sempre, avaliar os di-

ferentes aspectos bio-psico-sociais, com o modelo de entrevista HEE-ADSSSS (casa, educação, alimentação, actividades extra-escolares, consumos drogas/álcool/tabaco, sexualidade/afectividade, risco de suicídio, segurança e alterações do sono), além do questionário de sinais e sintomas direccionados para causa orgânica. O médico deve mostrar-se compreensivo e valorizar as preocupações do adolescente e familiares, mas simultaneamente desmistificar alguns preconceitos, medos, e necessidade de investigações exaustivas.

Um dos habituais erros nesta fase relaciona-se com o facto do médico focalizar a ausência de alterações no exame físico sugestivas de causa orgânica, desvalorizando as queixas e os receios do adolescente/família.

Na maior parte dos casos uma anamnese e exame físicos cuidados permitem excluir uma causa orgânica. No entanto, a investigação deve ser particularizada. Alguns estudos apontam para uma avaliação sumária com hemograma, PCR, tira-teste urinária e bioquímica simples. Um estudo mais alargado deverá ser realizado na presença de sinais/sintomas de alerta.

A comunicação do diagnóstico constitui um desafio. É importante questionar sobre os receios quanto à situação clínica e as expectativas em relação à avaliação médica, permitindo detectar medos. Cabe ao médico desmistificar a conotação do termo psicossomático.

A intervenção farmacológica deverá ser considerada quando existirem sintomas prolongados por mais de 3 meses, co-morbilidade psiquiátrica ou perturbação conversiva.

Deve ter-se em conta que a medicação poderá reforçar os medos do adolescente de que algo de grave se passa com seu corpo.

A terapia cognitivo-comportamental tem-se revelado eficaz, pro-

movendo a análise dos factores biológicos e ambientais precipitantes e estratégias de coping permitindo quebrar o ciclo.

Os adolescentes deverão ser referenciados a uma Consulta de Adolescência que disponha de apoio psicológico que permita avaliar co-morbilidades, reforço positivo da evolução clínica e detecção precoce de novos sintomas.

Sofia Aires

### LOW VITAMIN D SATUS AMONG OBESE ADOLESCENTS: PREVALENCE AND RESPONSE TO TREATMENT

*Zeev Harel, M.D. a,b, Patricia Flanagan a,b, M.D., Michelle Forcier a,b, M.D., and Dalia Harel, M.Sc. a*  
*aDivision of Adolescent Medicine, Hasbro Children’s Hospital, Providence, Rhode Island*  
*a,b Department of Pediatrics, Warren Alpert Medical School of Brown University, Providence, Rhode Island*  
*Journal of Adolescent Health, 01/2011*

Nas últimas décadas tem aumentado a prevalência da obesidade e suas comorbilidades.

A vitamina D parece estimular a função pancreática e aumentar a sensibilidade periférica à insulina, prevenindo a diabetes mellitus, além de potencialmente diminuir a tensão arterial e o risco de neoplasia. Assim, embora a obesidade na adolescência não se associe a redução da massa óssea, a suplementação com vitamina D poderá



reduzir as suas comorbilidades. Estudos recentes demonstram ainda que os níveis séricos de 25-hidroxivitamina D (25(OH)D) influenciam a força muscular e portanto a actividade física destes doentes.

Os autores realizam uma análise retrospectiva dos níveis sérios de 25(OH)D em adolescentes obesos seguidos durante 3 anos no Hasbro Children's Hospital. Os níveis de 25(OH)D foram considerados normais se >30 ng/mL, insuficientes entre 20-30 ng/mL e deficientes se <20 ng/mL. Foi administrada Vitamina D 50000UI semanais se valores séricos <20 ng/mL e 800UI diárias se níveis entre 20-30 ng/mL, durante 3 meses. Nos adolescentes sem resposta ao tratamento, foram realizadas novas administrações.

O estudo incluiu 68 adolescentes (53%), com 17±1 anos, 40% afro-americanos, 32% hispânicos e 10% caucasianos, com índice de massa corporal (IMC) de 38±1 Kg/m<sup>2</sup>. A prevalência de níveis baixos de 25(OH)D foi de 100% nas raparigas e 91% nos rapazes. Não se registaram diferenças significativas entre raças, idades e IMC. Os níveis séricos de (25(OH)D) aumentaram significativamente após o primeiro tratamento, mas só em 28% dos casos se atingiram valores normais. A repetição da administração da vitamina nestes doentes não modificou os níveis séricos prévios. Os caucasianos responderam significativamente melhor ao tratamento.

A prevalência de níveis baixos de Vitamina D nos adolescentes obesos parece ser elevada (100% nas raparigas e 91% nos rapazes). Esta vitamina lipossolúvel é incorporada no tecido adiposo, pelo que nestes doentes poderá ficar sequestrada, diminuindo a sua biodisponibilidade. A pouca actividade física no exterior e a pequena ingestão de alimentos ricos em vitamina D poderão ser factores coadjuvantes. Faltam estudos que justifiquem a não resposta aos tratamentos seguintes, facto já constatado por outros autores.

O Institute of Medicine recomenda o suplemento de 600 UI/dia de vitamina D, considerando segura a ingestão diária de até 4000UI

de Vitamina D. Por sua vez Weaver sugere o consumo de 1063 UI/dia e Holick 1500-2000 UI/dia. Uma vez que a sua média de consumo nos Estados Unidos é de 210±9,2 UI/dia nas raparigas e de 310±16 UI/dia nos rapazes, é muito provável a necessidade de suplemento para suprir as necessidades diárias.

A ausência de história nutricional, nível de exposição solar e tipo de preparação de Vitamina D administrada são limitações do presente estudo.

É necessário o seguimento dos adolescentes que não respondem completamente ao tratamento e estudos prospectivos que determinem se há diminuição dos riscos associados à obesidade.

Andreia Dias

## AGENDA 2011

### Nacionais

#### Outubro

XII Congresso Nacional de Pediatria - Tecnologia, Ambiente, Adolescente e Doença Crónica

6-10-2011 a 8-10-2011

Local: Albufeira

6ª Escola de Outono da Secção de Medicina do Adolescente da SPP

27-10-2010 a 28-10/2011

Local: Sesimbra

#### Novembro

Reunião da Sociedade de Pediatria do Neurodesenvolvimento

12-11-2011

Local: Évora

XVIII Jornadas de Pediatria - Pediatria da Adolescência

23-11-2011 a 26-11-2011

Local: Lisboa

### Internacionais

#### Outubro

III Simpósio Internacional y VII Nacional sobre Derechos de la Niñez y la Adolescencia

04-10-2011 a 06-10-2011

Local: Costa Rica

XX Congresso Nacional de Pediatria Social- "Problemas emergentes en Pediatría Social"

6-10-2011 a 8-10-2011

Local: Granada

Dezembro

Excellence in Paediatrics International Conference

Local: Turquia

Dia: 1-12-2011 a 3-12-2011

## 2012

9ª Curso de actualización en Pediatría en la AEPap - Mesa Redonda sobre adolescência

09-02-2012 a 11-02-2012

Local: Madrid

ANTALYA European Adolescent Health Meeting

16-05-2012 a 18-05-2012

Local: Turquia

The 2nd Global Congress for consensus in Paediatrics and Child Health

17-05-2012 a 20-05-2012

Local: Rússia

Congresso Latino-americano de Pediatria - ALAPE

13-11-2012 a 17-11-2012





SECÇÃO DE MEDICINA DO ADOLESCENTE SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA  
Número 19 do Boletim da Secção de Medicina do  
Adolescente\_Sociedade Portuguesa de Pediatria

#### **Coordenação**

Elisabete Santos  
Pedro Meneses

#### **Colaboração**

Andreia Dias  
Sofia Aires

#### **Design:**

Natália Figueiredo  
Composição e Impressão:  
Tipografia Viseense - Viseu - Tel. 232 424289  
Email:tip\_viseense@sapo.pt  
Tiragem 200 exemplares

Secção de Medicina do Adolescente da SPP  
Rua Amílcar Cabral, 15 r/c 1\_1750\_018 Lisboa  
Telefone 21 757 4680 Fax 21 757 7617  
e-mail\_spp.mail@ptnetbiz.pt

D'AVEIA

#### **Presidente**

Paula Fonseca (Vila Nova de Famalicão)

#### **Vice-Presidente**

Pascoal Moleiro (Leiria)

#### **Secretário**

Hugo Tavares (Gaia)

#### **Tesoureira**

Elisabete Santos (Viseu)

#### **Vogais**

Pedro Ferro Meneses (Lisboa)  
Maria Manuel Flores (Aveiro)  
Maria Filipe Barros (Faro)

FICHA TÉCNICA

PATROCÍNIO

CORPOS DIRECTIVOS