

## Índice

<b>Editorial</b>	<b>2</b>
<b>CLICK – Gabinete de Avaliação, Acompanhamento e Intervenção Preventiva</b>	<b>3</b>
<b>Internamentos por acidente na população adolescente do Hospital de Faro</b>	<b>8</b>
<b>O consumo de bebidas energéticas pelos adolescentes do CHEDV</b>	<b>17</b>
<b>Crises não epiléticas psicogénicas: o desafio do diagnóstico</b>	<b>26</b>
<b>Dor na fossa ilíaca direita – uma batalha diagnóstica</b>	<b>33</b>
<b>Um sonho nas nuvens...</b>	<b>38</b>

## Editorial

Passados nove anos da minha contribuição para a Secção/Sociedade Portuguesa de Medicina do Adolescente e na fase de preparativos da “minha” 10ª Escola de Outono, torna-se quase imperiosa uma reflexão...

Pela mão dos pioneiros nesta área vi-me envolvida, conjuntamente com a restante equipa, numa batalha, da qual, penso, saímos vitoriosos. Numa fase em que a Medicina do Adolescente era quase um parente pobre da Pediatria, levámos pelos quatro cantos do país a nossa garra, força de vontade, companheirismo e conhecimentos, sempre com o objetivo máximo de garantir um adequado e empático atendimento aos adolescentes portugueses.

Ano após ano efetuámos formações, nomeadamente as nossas tão queridas escolas - Caldas da Felgueira, Melgaço, São Pedro de Moel, Caramulo, Sesimbra, entre tantas outras e, por fim, este ano, na Guarda. Aqui partilhámos conhecimentos, discutimos diferentes temáticas, convivemos de forma altamente prazerosa e plantámos pequenas sementes que têm vindo, ano após ano, a germinar.

Criámos parcerias! Entre tantas outras relembro as reuniões que organizámos, conjuntamente com a Sociedade de Infeciologia e a Sociedade Portuguesa de Contraceção, das quais resultaram consensos de utilidade na nossa prática diária. Relembro ainda a presença de especialistas de diferentes áreas nos nossos encontros científicos, dos quais são exemplo os Congressos Nacionais de Medicina do Adolescente; pedopsiquiatras, psicólogos, dermatologistas, ginecologistas, entre outros, foram uma presença constante e gratificante. De muito falámos: doença crónica, perturbações do comportamento alimentar, acne, obesidade, depressão... Tanto transmitimos e tanto aprendemos.

Sim, saímos vitoriosos. As nossas sementes têm germinado... Ajudámos a plantar o atendimento ao adolescente em hospitais onde este era há 10 anos quase desconhecido. São exemplos, Hospital da Figueira da Foz, Covilhã, Aveiro, Barreiro, Viana do Castelo, Santa Maria da Feira e Guarda.

Pessoalmente, quero expressar os meus agradecimentos aos meus mestres e aos meus companheiros, alguns dos quais continuarão nesta jornada. Obviamente não é um adeus, mas sim um até breve.

Tudo em prol da Medicina do Adolescente,

Elisabete Santos

## CLICK – Gabinete de Avaliação, Acompanhamento e Intervenção Preventiva

Catarina Durão<sup>1</sup>, Patrícia Monteiro<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro de Respostas Integradas de Viseu

### Resumo

O CLICK – Gabinete de Avaliação, Acompanhamento e Intervenção Preventiva constitui-se como uma resposta preventiva na área dos comportamentos aditivos e dependências. Criado em finais de 2010, devido à identificação de uma lacuna na resposta a uma população com comportamentos de risco, nomeadamente o consumo de substâncias psicoativas que, apesar de não se coadunarem com um quadro de dependência, encontra-se em situação de risco e poderia transitar para um consumo mais problemático. Volvidos 3 anos desde a sua entrada em funcionamento, importa avaliar a procura e as respostas dadas. Tendo em conta os resultados obtidos, é possível afirmar que o CLICK veio dar resposta à lacuna identificada, nomeadamente intervir junto de uma população que não seria encaminhada ou não teria uma resposta especializada na área do consumo de substâncias psicoativas ou comportamentos aditivos. A sua procura tem sido crescente ao longo do tempo, mantendo o acompanhamento a indivíduos com um determinado perfil estável.

**Palavras-chave:** CLICK, prevenção seletiva e indicada, substâncias psicoativas, comportamentos aditivos.

## Introdução

Numa breve análise da situação atual, facilmente constatamos que os jovens começam, cada vez mais cedo, a experimentar substâncias, nomeadamente álcool, tabaco e cannabis. Inclusive, o consumo de cannabis, aparenta estar cada vez mais banalizado, existindo uma certa tolerância social.

As motivações que levam os jovens a consumir substâncias, resumem-se a fatores inerentes ao desenvolvimento individual, entre eles, o desejo de experimentar novas situações, a tendência para testar limites, correr riscos, desafio da autoridade, a maximização do prazer, sem ter em conta as consequências, entre outros, bem como a fatores e influências socioculturais e processos interpessoais específicos.

Ao falarmos de substâncias psicoativas, não estamos afetados por aquilo que Moreira (2001, p.144) designa de “síndrome do romantismo ou da invulnerabilidade ou da distância”, ou seja, a ideia de que o álcool não é uma droga. Assim, consideramos que o consumo ocasional, delimitado apenas a saídas, mas em grandes quantidades, constitui um fator de risco e de particular impacto nos jovens.

Não podemos esquecer a dimensão que a problemática do alcoolismo tem no nosso país, onde diversos aspetos culturais, ainda são crenças presentes nas cognições da população, mesmo da mais jovem.

O aumento de uma população jovem com consumos tornou pertinente a criação de novas respostas, de novas abordagens a estes “novos” padrões de consumo. Devemos proporcionar a estes jovens um conjunto de estratégias que permitam que as suas escolhas se baseiem em decisões informadas e responsáveis.

## Apresentação do Gabinete CLICK

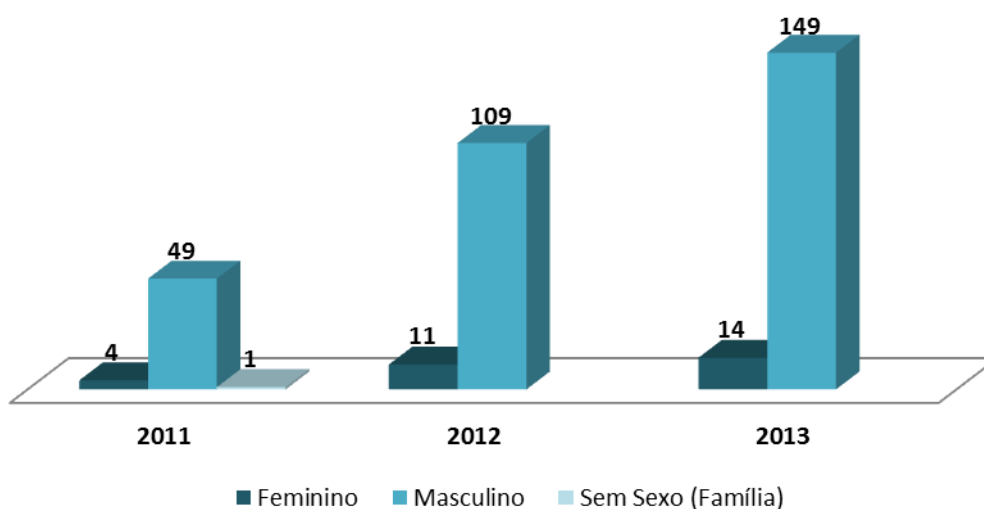
O CLICK é um Gabinete de Prevenção Seletiva e Indicada que funciona nas instalações da sede do Centro de Respostas Integradas de Viseu. Foi criado tendo em conta a identificação de uma lacuna na resposta a uma população com comportamentos de risco, nomeadamente o consumo de substâncias psicoativas que, apesar de não se coadunarem com um quadro de dependência, encontra-se em situação de risco e poderia transitar para um consumo mais problemático. Possui como objetivo geral proporcionar um espaço de avaliação, intervenção, encaminhamento e acompanhamento de crianças/jovens/adultos e seus envolventes, na área da Prevenção Seletiva e Indicada. Os objetivos específicos do Gabinete são: disponibilizar informações sobre o consumo de substâncias psicoativas, álcool e outros comportamentos de risco; prevenir a transição de um consumo experimental para o abuso; intervir junto das crianças e jovens que se encontrem em situação de risco, reforçando os fatores protetores e inibindo os fatores de risco, contribuindo assim para o seu melhor desenvolvimento; promover e desenvolver ações que facilitem a intervenção dos profissionais que trabalham com crianças e jovens em risco e seus envolventes

significativos, de forma a potenciar as suas capacidades, a fim de manterem ou adquirirem estilos de vida saudáveis e desenvolver recursos na família que possibilitem um ambiente adequado que favoreça o desenvolvimento integral da criança/jovem.

Criado em novembro de 2010, este Gabinete é constituído por uma equipa técnica interdisciplinar. As intervenções realizadas são feitas individualmente com os jovens e com os acompanhantes/familiares. São dinamizados grupos, através da selecção de alguns jovens, nomeadamente para o treino mais sistematizado de competências pessoais e sociais.

Estes três anos de atividade permitem apresentar a evolução da resposta e a respetiva comparação entre os anos de 2011, 2012 e 2013.

Desde o início de funcionamento que se verifica uma procura crescente. Assim, durante o período em análise, foram acompanhados 54 indivíduos em 2011, 120 em 2012 e 163 indivíduos em 2013. A maioria dos indivíduos acompanhados é do sexo masculino.



**Gráfico 1** – Indivíduos acompanhados por ano e sexo

Analisando os grupos etários, e tendo em conta os três anos em análise, a maioria da população abrangida tem idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos.

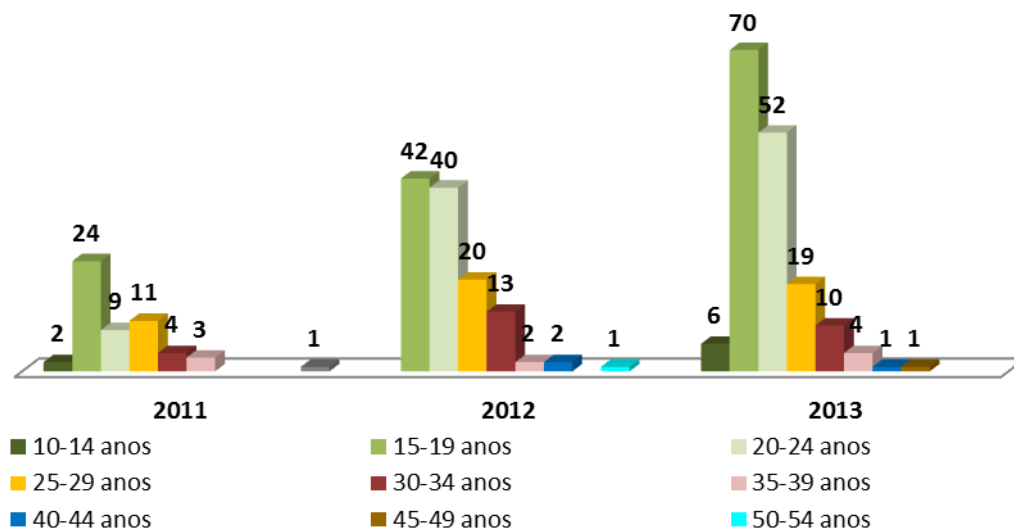


Gráfico 2 – Indivíduos acompanhados por ano e grupo etário

A maioria dos indivíduos acompanhados no CLICK teve como fonte de referência a Comissão de Dissuasão da Toxicod dependência. Estes casos implicam um processo de contra-ordenação por consumo de substâncias psicoativas ilegais e a caracterização dos indiciados como consumidor não-toxicod dependente. Apesar de a CDT manter-se como a principal fonte de referenciação, tem-se verificado um aumento de instituições a referenciar, nomeadamente instituições de saúde e CPCJ.

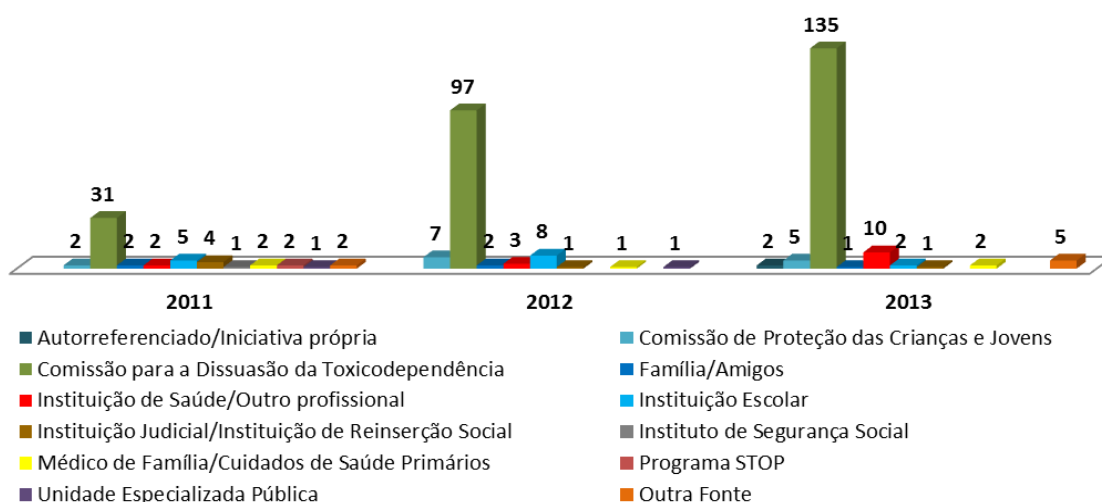


Gráfico 3 – Indivíduos acompanhados por ano e fonte de referência

A substância que motivou a procura do Gabinete é, na grande maioria dos casos, a cannabis, seguido de casos em que não existe substância principal. As situações sem substância principal referem-se a casos de comportamentos aditivos (jogo, internet e telemóvel), sendo esta uma área nova, com menos expressão mas com uma procura crescente, como se verifica no gráfico IV.

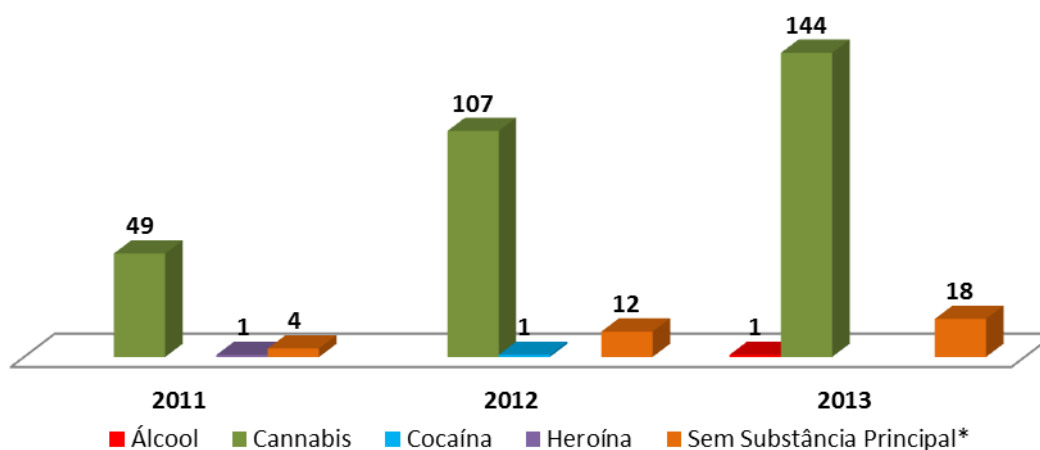


Gráfico 4 – Indivíduos acompanhados por ano e substância principal

## Conclusões

Avaliando o funcionamento do Gabinete, podemos concluir que o surgimento deste espaço cumpriu o seu principal objetivo: abranger uma população que, quer pelas suas características sociodemográficas, quer pelos seus padrões de consumo, se encontrava a descoberto. O trabalho desenvolvido nestes últimos 3 anos permite-nos afirmar que uma resposta em local próprio, fora das instalações da Equipa de Tratamento, no âmbito da prevenção seletiva e indicada, é necessária e pertinente. A sua procura tem tido um crescimento exponencial ao longo do tempo, mantendo o acompanhamento a indivíduos com um determinado perfil tipo – sexo masculino, entre os 15 e os 19 anos, encaminhado pela CDT, consumidor de cannabis.

## Internamentos por acidente na população adolescente do Hospital de Faro

Torres E<sup>1</sup>, Soares M<sup>1</sup>, Albuquerque M<sup>1</sup>, Barros MF<sup>2</sup>, Rocha E<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Interna de Pediatria do Hospital de Faro, Centro Hospitalar do Algarve*

<sup>2</sup>*Assistente Graduada de Pediatria do Hospital de Faro, Centro Hospitalar do Algarve*

### Resumo

**Introdução:** Os acidentes constituem a primeira causa de morte e incapacidade temporária ou permanente em crianças e adolescentes. Pretende-se, com este estudo, caracterizar os internamentos por acidente na população adolescente de um hospital de nível II, de modo a avaliar as necessidades no desenvolvimento de uma estratégia de prevenção.

**Métodos:** Estudo retrospectivo descritivo realizado por consulta dos processos clínicos dos adolescentes internados por acidente na Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD), com idade entre 10 e 15 anos, no período de 2009 a 2012.

**Resultados:** Neste período foram internados 106 adolescentes por acidentes (2,7% do total de internamentos). Os acidentes por traumatismo foram os mais frequentes (63%) secundários a queda ou acidente rodoviário, seguidos das intoxicações (30%), medicamentosas ou por álcool. Vinte e sete das intoxicações foram intencionais, 30% das quais com ideação suicida. Não se verificaram mortes.

**Discussão:** Os acidentes rodoviários em peões e ciclistas merecem especial destaque em campanhas preventivas futuras. A elevada taxa de intoxicações voluntárias é um dado preocupante, reforçando a necessidade de melhor caracterização e acompanhamento psicopatológico destes adolescentes.

**Palavras-chave:** acidentes por queda; acidentes de trânsito; ideação suicida; adolescentes



## Introdução

Os acidentes constituem a principal causa de morte em crianças e adolescentes dos 0 aos 19 anos, em Portugal e nos restantes países da Europa. São também uma causa importante de incapacidade temporária ou permanente com impacto no desenvolvimento físico, psicológico e social<sup>1,2</sup>.

Em 2009, morreram por acidente em Portugal, 152 crianças e adolescentes, representando 10353 anos de vida potencial perdidos. Se a taxa de mortalidade por acidentes em Portugal pudesse ser reduzida para o nível da Holanda, um dos países mais seguros da Europa, estima-se que cerca de 26% das mortes podiam ser evitadas<sup>2</sup>.

Os acidentes são mais prevalentes no sexo masculino, acentuando-se a diferença entre géneros no período da adolescência com taxas de mortalidade mais elevadas dos 15 aos 19 anos<sup>1,2</sup>. Em Portugal, apesar da maior parte das mortes ocorrer por acidentes rodoviários, as quedas são o mecanismo de acidente mais frequente e a maior causa de idas à urgência<sup>1,3</sup>.

A adolescência, definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a faixa etária entre os 10 e os 19 anos, é considerada um período de tempo saudável mas também de experimentação e possível adoção de comportamentos de risco, tornando este grupo mais suscetível a acidentes<sup>4</sup>.

Compreender as circunstâncias do acidente, nomeadamente a sua intencionalidade, é crucial na abordagem e encaminhamento do adolescente<sup>5</sup>.

Pretende-se, com este estudo, caracterizar os internamentos por acidente na população adolescente do Hospital de Faro e avaliar as necessidades no desenvolvimento de uma estratégia regional para a prevenção.

## Material e métodos

Revisão casuística dos casos de adolescentes internados na Unidade de Internamento de Curta duração (UICD) do Serviço de Urgência do Hospital de Faro, de 1 de Janeiro de 2009 a 31 de Dezembro de 2012. Os dados recolhidos até Abril 2012 correspondem a população com idade compreendida entre os 10 e 14 anos, altura em que foi alargada a idade de atendimento até aos 15 anos.

Os dados foram analisados de acordo com os seguintes parâmetros: sexo, idade, local de residência, tipo de acidente, tipo de lesão, seguimento após o internamento e óbitos.

A análise estatística dos dados foi realizada com o *software* Microsoft Excel 2008®.

## Resultados

As admissões na Urgência de Pediatria por acidente passaram de 11% em 2009 para 13% em 2012. Durante este período foram internados 106 adolescentes por acidente, uma média de 27 casos por ano, com valor máximo de 34 casos em 2011 e mínimo de 21 casos em 2012 (cf. figura 1).

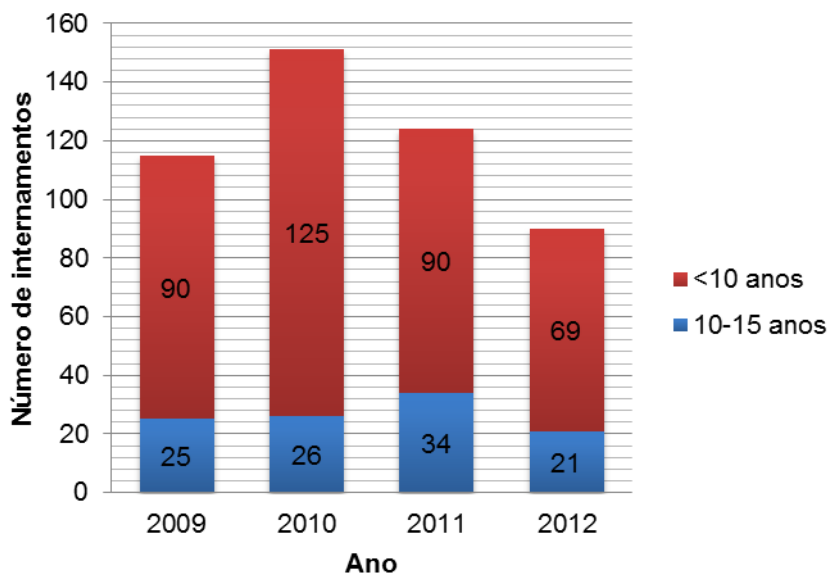


Figura 1 – Internamento por acidentes na UICD do Hospital de Faro

Os internamentos por acidente na adolescência correspondem a 2,7% do total dos internamentos em UICD e a 22% dos internamentos por acidentes na nossa população pediátrica.

Sessenta e três adolescentes eram do sexo masculino (59%) e a média de idades foi de 12 anos. A maioria dos casos era proveniente do concelho de Faro (33%), seguido de Olhão (16%) e Loulé (14%).

Os tipos de acidentes mais frequentes foram os traumatismos (63%) e as intoxicações (30%), seguidos dos afogamentos, queimaduras e ingestão de corpo estranho (cf. figura 2).

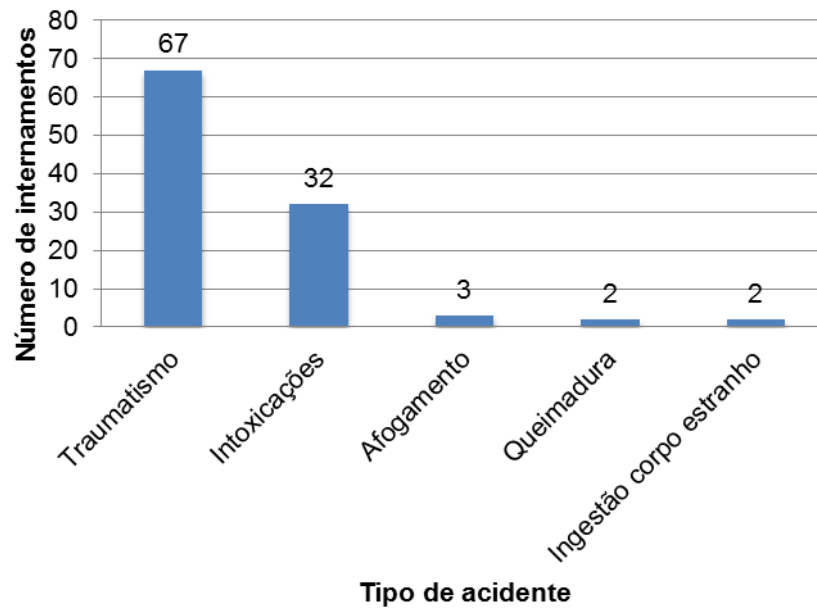


Figura 2 – Distribuição por tipo de acidente

A terceira figura demonstra as várias causas de traumatismo, sendo a maioria secundário a queda (43%) e a acidente rodoviário (33%). Apenas foi possível apurar o tipo de queda em 41% dos indivíduos, tendo-se verificado oito quedas da própria altura e quatro quedas de altura elevada (mais de três metros).

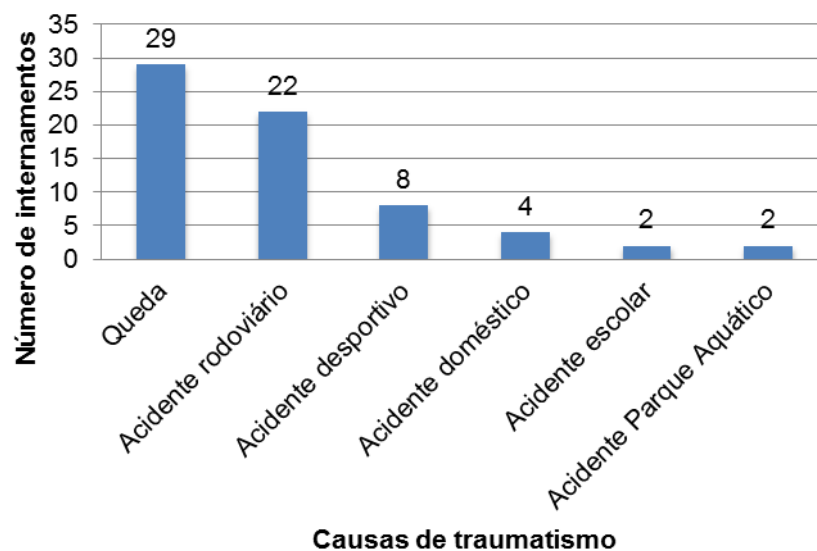


Figura 3 – Distribuição por causa de traumatismo

No total, verificaram-se 22 traumatismos secundários a acidentes rodoviários: oito com veículos motorizados, seis não-motorizados (bicicleta, sem referência à utilização de capacete) e oito atropelamentos (um ciclista e os restantes peões). Os politraumatismos resultaram de acidentes com veículos motorizados (cinco casos), atropelamentos (três casos), quedas superiores a 3 metros de altura (dois casos) e embate em parque aquático (um caso).

Os traumatismos cranianos foram os mais frequentes (57%), seguidos dos politraumatismos (29%) – (cf. tabela I).

Traumatismos	n=67
Craniano	38
Politraumatizado	11
Membros	6
Facial	4
Abdominal	3
Coluna	3
Renal	1
Torácico	1

**Tabela I** – Distribuição por tipo de traumatismo

Registaram-se 32 intoxicações: 17 medicamentosas, nove por álcool, uma por drogas, duas com associação de álcool e drogas ou fármacos, duas por inalação de monóxido de carbono e uma por ingestão de soda cáustica (cf. figura 4).

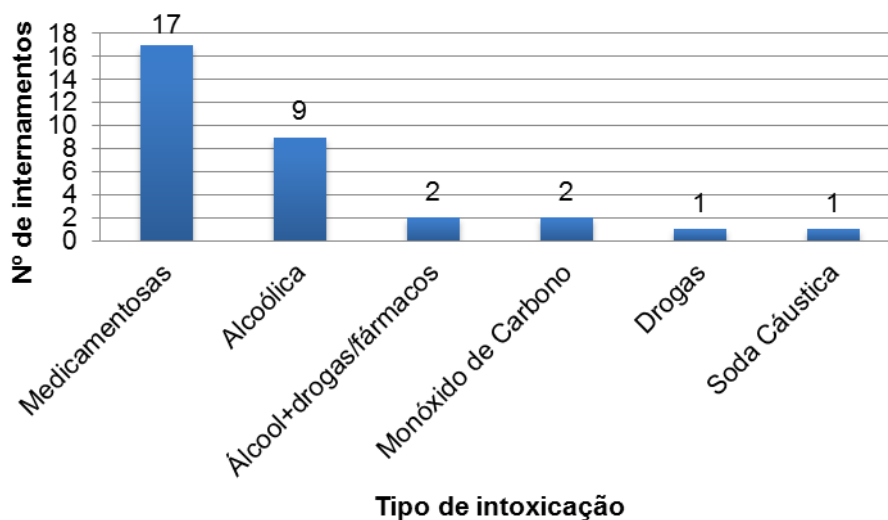


Figura 4 – Distribuição por tipo de intoxicação

Vinte e sete das intoxicações foram voluntárias, verificando-se predomínio do sexo feminino (17 casos). Neste grupo, mais de metade foram intoxicações medicamentosas (65%), sete como tentativa de suicídio (avaliação confirmada por pedopsiquiatria). Registou-se apenas uma tentativa de suicídio por ingestão de fármacos no sexo masculino. Contrariamente, a intoxicação alcoólica foi mais frequente no sexo masculino (seis casos). No grupo das intoxicações voluntárias, 66% dos casos foram encaminhados para a consulta de pedopsiquiatria, psicologia ou adolescentes. Os casos encaminhados para o médico assistente foram maioritariamente intoxicações alcoólicas.

Ocorreram três afogamentos no mar que não necessitaram de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica (UCIP).

Dois adolescentes foram admitidos para remoção de corpos estranhos (pós ingestão accidental), que decorreram sem intercorrências.

Dois casos foram admitidos por queimadura, uma secundária a rutura de saco de água quente e outra secundária a queimadura elétrica.

Cinco casos necessitaram de internamento na UCIP: dois traumatismos cranianos, dois politraumatizados e um adolescente com intoxicação por álcool e drogas.

Verificaram-se duas transferências para um hospital central para observação por especialidade (oftalmologia e pedopsiquiatria). Não se verificaram mortes por acidente nesta casuística.

A maioria dos casos de acidente teve alta para o domicílio e 42% mantiveram seguimento na consulta externa.

## Discussão

Na população abrangida pelo Hospital de Faro, verifica-se que 22% dos internamentos por acidentes ocorrem no grupo dos adolescentes.

No nosso estudo, o sexo masculino teve maior incidência de acidentes, tendência já descrita e que se acentua na adolescência devido a uma maior exposição a fatores de risco<sup>1</sup>.

A maioria dos traumatismos foi secundário a queda, seguidos do acidente rodoviário, dos quais os ciclistas e os peões foram os mais afetados. Estes dados são concordantes com o Relatório de Avaliação de Segurança Infantil de 2012 (Portugal)<sup>2</sup>, tendo sido propostas novas medidas como a redução de velocidade em zonas residenciais ou utilização obrigatória do capacete em todas as idades. Apesar do novo código da estrada reconhecer a vulnerabilidade dos peões e ciclistas dando-lhes um estatuto diferente no ambiente rodoviário, suscita preocupação a utilização da estrada por adolescentes que se desloquem em bicicleta e a não obrigatoriedade de utilização de capacetes.

Os traumatismos cranianos motivaram maior número de internamentos, provavelmente pelo facto de necessitarem de vigilância clínica hospitalar.

Contrariamente aos restantes acidentes, as intoxicações foram mais frequentes no sexo feminino, com exceção da intoxicação alcoólica, evidência já descrita na literatura<sup>4,6</sup>. O abuso de substâncias é fator de risco independente para comportamentos de autoagressão, estando muitas vezes associado a problemas psiquiátricos<sup>7,8</sup>. No nosso estudo, a maioria dos adolescentes com intoxicação medicamentosa demonstrou intencionalidade no ato e, em 30% dos casos coexistia ideação suicida. Na maioria dos casos o internamento foi utilizado como janela de oportunidade para intervenção terapêutica e encaminhamento para a consulta. O facto da população estudada ser apenas até aos 15 anos poderá justificar a baixa taxa de intoxicação por drogas.

Apesar de 4,7% dos internamentos por acidente ter sido considerado grave e com necessidade de transferência para a UCIP, não se verificaram mortes. Este valor não corresponde à realidade da região, uma vez que não contempla as mortes imediatas no local do acidente.

Foram identificadas várias limitações do estudo, nomeadamente, o facto de se tratar de uma amostra relativamente pequena, que nos impediu de comparar a evolução dos acidentes ao longo do tempo; foram caracterizados os internamentos por acidente e não todas as admissões no serviço de urgência, sendo a nossa amostra representativa apenas dos casos mais graves; a análise retrospectiva dos processos dificultou a análise do mecanismo do acidente por falta de informação.

No entanto, este estudo poderá servir de base para investigações futuras e como orientação de prioridades para intervenções comunitárias.

Em suma, os traumatismos e lesões afetam de forma desproporcionada as crianças e os adolescentes mais vulneráveis. Em muitas circunstâncias, a saúde do indivíduo está relacionada com a sua condição socioeconómica e com a riqueza do País<sup>2</sup>, pelo que, nas circunstâncias de crise económica e social de Portugal, a prevenção de acidentes deverá ser uma preocupação de todos. Os ciclistas e peões merecem especial destaque em campanhas de prevenção de acidentes rodoviários neste grupo etário.

A elevada taxa de internamento por intoxicações é um dado preocupante, parecendo-nos prioritário adequar o acompanhamento daqueles com psicopatologia associada.

Apesar de existirem poucos dados acerca dos acidentes na adolescência em Portugal, os nossos resultados são concordantes com a literatura. Um estudo prospetivo será facilitador de uma análise detalhada do mecanismo do acidente e da morbilidade.

Consideramos fundamental, apoiar e financiar medidas que constituem boas práticas na prevenção de lesões, numa abordagem complementar de educação, engenharia, *design* e cumprimento de normas e regulamentos, para que o ambiente envolvente seja adaptado às características das crianças e adolescentes.

## Agradecimentos

APSI (Associação para a Promoção da Segurança Infantil) pelo trabalho desenvolvido no Algarve que muito tem contribuído para a melhoria da segurança infantil e ainda pela revisão deste artigo.

## Bibliografia

1. Sethi D, Towner E, Vincenten J, Segui-Gomez M, Racioppi F. European report on child injury prevention. *World Health Organization Europe* 2008. [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/child/injury/world\\_report/European\\_report.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/European_report.pdf)
2. European Child Safety Alliance. Child Safety Report Card 2012 – Portugal. *Eurosafe* 2012. <http://www.childsafetyeurope.org/reportcards/info/portugal-report-card-en.pdf>
3. Pessoa e Costa I, Nascimento S, Anjos S. Quedas em crianças e jovens, um estudo retrospectivo (2000-2013). *APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil* 2014. <http://www.apsi.org.pt/files/APSI%20-Campanha%20das%20Quedas/APSI-Estudo%20das%20Quedas%202000-2013%20Resumo.pdf>
4. Cheng TL, Wright JL, Pearson-Fields AS, Branner RA. The spectrum of intoxication and poisonings among adolescents: surveillance in an urban population. *Injury Prevention* 2006; 12:129-132
5. Cheng TL, Wright JL, Fields CB, Branner RA, Schwarz O, O'Donnell R, *et al.* A new paradigm of injury intentionality. *Injury Prevention* 1999; 5:59-61

6. European Child Safety Alliance. Child Safety Country Profile 2012 – Portugal. *Eurosafe* 2012. <http://www.chilsafetysafetyeurope.org/reportcards/info/portugal-country-profile-pt.pdf>
7. Borowsky IW, Ireland M, Resnick MD. Adolescent suicide attempts: risks and protectors. *Pediatrics* 2001; 107:485-493
8. Rajka T, Heyerdahl F, Hovda KE, Stiksrud B, Jacobsen D. Acute child poisonings in Oslo: a 2-year prospective study. *Acta Paediatr* 2007; 96:1355-1359



## O consumo de bebidas energéticas pelos adolescentes do CHEDV

Rita Mendes<sup>1</sup>; Diana Soares<sup>2</sup>; Benedita Aguiar<sup>3</sup>; Karina Oliveira<sup>4</sup>; Isabel Nunes<sup>5</sup>; Miguel Costa<sup>6</sup>; Lúcia Gomes<sup>7</sup>

<sup>1</sup>*Interna de Medicina Geral e Familiar, USF S. João, ACeS Aveiro Norte;*

<sup>2</sup>*Interna de Medicina Geral e Familiar, USF Cuidar, ACeS Feira/Arouca;*

<sup>3,4,5</sup>*Internas de Pediatria, Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga;*

<sup>6</sup>*Assistente Graduado em Pediatria, Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga;*

<sup>7</sup>*Assistente em Pediatria, Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga*

### Resumo

**Introdução:** As Bebidas Energéticas (BE) contêm maioritariamente estimulantes e são comercializadas com o objetivo de melhorar o desempenho físico e mental. 30 a 50% dos adolescentes e jovens adultos consomem BE e correspondem ao principal alvo deste mercado, que continua em crescimento. A cafeína, o principal constituinte destas bebidas, tem efeitos deletérios para a saúde se consumida em excesso, assim como a grande quantidade de hidratos de carbono em cada embalagem.

**Objetivos:** O objetivo primário era caracterizar o consumo de BE pela população adolescente. Secundariamente pretendia-se esclarecer se existia relação entre consumo de BE e idade, género, IMC, consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo.

**Metodologia:** Estudo transversal descritivo com componente analítica com uma amostra por conveniência. Colheita de dados através da distribuição de questionários aos adolescentes com idades compreendidas entre 11-18 anos frequentadores da Consulta Externa e Serviço de Urgência do hospital de referência.

**Resultados:** Obteve-se um total de 366 respostas. 19% dos inquiridos consomem BE, sendo estes maioritariamente do sexo masculino. 70% diz ter, pelo menos, uma noção genérica dos potenciais efeitos adversos das BE. Verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre consumo de BE, tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas. A principal razão que leva os inquiridos a consumir BE é o seu sabor.

**Conclusões:** Tendo em conta o panorama internacional, os adolescentes incluídos neste estudo consomem muito menos BE (19% vs 30 – 50%). Outro ponto positivo relaciona-se com o conhecimento da maioria dos adolescentes quanto aos potenciais efeitos deletérios das BE.

**Palavras-chave:** Esofagite eosinofílica, depressão, dieta de evicção.

## Introdução

As bebidas energéticas (BE) contêm estimulantes como cafeína, taurina e uma quantidade elevada de hidratos de carbono, sendo comercializadas com o propósito de melhorar o desempenho físico, o humor e a concentração<sup>1</sup>.

Estas bebidas foram introduzidas pela primeira vez no mercado americano no final dos anos 90 e em 2006 foram responsáveis por uma faturação de cerca de 5 mil milhões de dólares<sup>1</sup>. Este mercado continua atualmente a crescer e tem como principal alvo os adolescentes e jovens adultos<sup>1</sup>. A literatura estima uma prevalência do consumo de BE nesta idade de 30 a 50%<sup>1,2,3</sup>. Este consumo associa-se muitas vezes à prática de desportos, à época de maior estudo mas também à ingestão de bebidas alcoólicas. Um estudo americano verificou que os adolescentes que misturam estas bebidas bebem 3 ou mais BE<sup>4</sup> e num outro estudo verificou que também há um aumento de consumo de bebidas alcoólicas quando estas são misturadas com BE<sup>3</sup>, associando-se assim dois comportamentos de risco que se potenciam mutuamente.

A cafeína é o principal ingrediente psicoativo destas bebidas, sendo a responsável pela maioria dos efeitos adversos. Assim, devido aos seus componentes estimulantes, o consumo destas bebidas está desaconselhado em idade pediátrica<sup>3</sup>. Nos adultos, um consumo de cafeína  $\leq 400\text{mg}/\text{dia}$  é considerado seguro<sup>2</sup>, mas nos adolescentes este nível de segurança ainda não foi estabelecido, mas pensa-se ser inferior ao dos adultos<sup>5</sup>. Por essa razão é empiricamente recomendado um consumo diário inferior a 100mg. Na verdade, parece existir um efeito sinérgico entre os vários estimulantes que compõem estas bebidas, como cafeína e guaraná, que aumenta o potencial de efeitos adversos para a mesma dose de cafeína<sup>1</sup>. Outra questão está relacionada com o desconhecimento do real efeito da mistura com bebidas alcoólicas ou mesmo com fármacos. A *Food and Drug Administration* (FDA) estabelece limites de cafeína nos refrigerantes, mas não nas BE, pois entram na categoria de suplemento alimentar, que não seguem a mesma regulamentação<sup>1,2,6</sup>. Em Portugal as BE mais vendidas contêm 80mg de cafeína por lata de 250ml, o que corresponde a um café expresso, mas contém também 25g de açúcar por embalagem. É de ressaltar ainda que algumas marcas vendem apenas embalagem de 500mL, multiplicando estas doses pelo menos para o dobro.

A lista de efeitos adversos é extensa, relaciona-se maioritariamente com a cafeína e inclui: palpitações, aumento da pressão arterial, cefaleias, ansiedade, irritabilidade, perturbações do sono, arritmias e convulsões<sup>1,7</sup>. Estes efeitos podem ser especialmente problemáticos em crianças ou jovens com epilepsia, diabetes, perturbações do humor ou comportamento e anomalias cardíacas. Existem já alguns casos de eventos fatais descritos nestes últimos após consumo de BE<sup>5,8</sup>. O consumo destas bebidas pode causar também erosão dentária, devido ao seu baixo pH que destrói o esmalte dos dentes, e um risco

importante de aumento de peso ou obesidade pelo elevado teor em hidratos de carbono. O consumo crónico de BE associa-se a osteoporose e, de uma forma geral, prejudica o equilíbrio adequado dos hidratos de carbono, gordura e proteínas necessários a um desenvolvimento, composição corporal e saúde ótimas<sup>3</sup>.

Tendo em conta o consumo crescente de BE entre os adolescentes, a sua associação com comportamentos de risco e os potenciais efeitos adversos pareceu-nos pertinente a realização de um trabalho que ajudasse a clarificar esta realidade entre os adolescentes portugueses.

### Objectivos

Este estudo teve como objetivo primário caracterizar o consumo de bebidas energéticas pela população adolescente que frequenta a Consulta Externa e Serviço de Urgência (SU) do Centro Hospital de entre o Douro e Vouga (CHEDV). Secundariamente procurou-se estabelecer relação entre consumo de BE e género, idade, IMC, tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas. Pretendeu-se também averiguar se os adolescentes conhecem os potenciais efeitos adversos das BE e o motivo por que as consomem.

### Material e métodos

Este é um estudo transversal descritivo com componente analítica. Definiu-se como população de estudo os utentes do ambulatório do CHEDV, com idades compreendidas entre 11-18 anos, excluindo-se aqueles com atraso de desenvolvimento psicomotor. A amostra utilizada foi de conveniência.

A colheita de dados teve como base os questionários que foram distribuídos aos adolescentes entre novembro de 2013 e abril de 2014. Utilizaram-se os programas Excel® e SPSS® para registo e tratamento de dados.

### Resultados

Obteve-se um total de 366 questionários respondidos. A idade dos inquiridos segue uma distribuição uniforme, com a exceção da faixa etária dos 18 anos que está menos representada (gráfico 1). Quanto ao género, os indivíduos do sexo feminino estão em maior número, representando 56% (n=206).

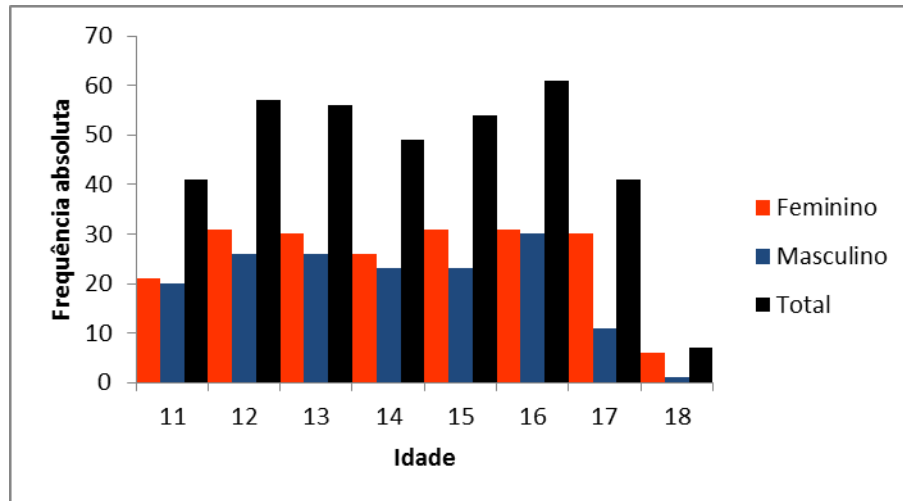


Gráfico 1 – Distribuição por idade e género

Do total de 366 participantes, 364 responderam à principal pergunta do questionário “Bebe BE?”. Destes, 69 responderam que sim (gráfico 2). No que diz respeito a outros consumos, 17 afirmaram fumar e 25 já consumiram ou consomem bebidas alcoólicas.

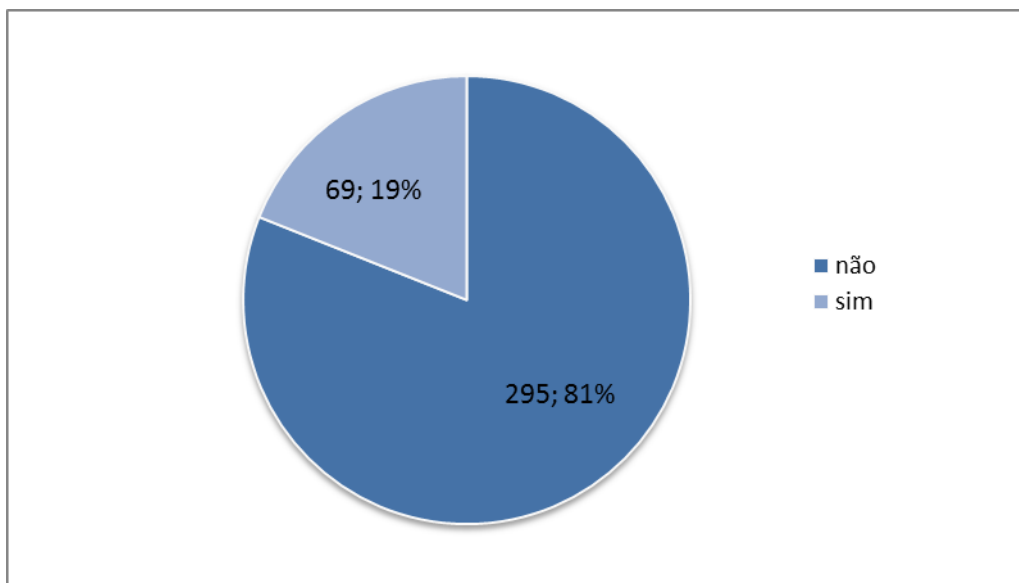


Gráfico 2 – Consumo de bebidas energéticas (BE)

Dentro dos consumidores de BE, as razões que os levam a ingerir estas bebidas encontram-se na tabela 1, destacando-se o “Bom Sabor” como a principal razão, identificada por 68,1% dos inquiridos, seguindo-se de “Melhorar o desempenho físico”. Quanto à frequência de consumo, cerca de 70% refere beber entre 1 a 2 bebidas por mês (tabela 2).

	%	n
<b>Melhorar desempenho físico</b>	47,8	33
<b>Aumentar concentração/estudos</b>	8,7	6
<b>Bom sabor</b>	<b>68,1</b>	<b>47</b>
<b>Outra</b>	11,6	8

Tabela I – Razões para consumir BE

Nº bebidas/mês	%	n*
<b>1 a 2</b>	69,6	48
<b>3 a 4</b>	21,7	15
<b>≥ 5</b>	7,2	5

Tabela II – Frequência de consumo

Quando questionados sobre a possibilidade das BE serem prejudiciais à saúde, 68% dos participantes respondeu afirmativamente. Estas respostas encontram-se agrupadas na tabela 3.

	%	n
<b>Não é prejudicial à saúde</b>	<b>31,4</b>	<b>115</b>
<b>É prejudicial à saúde</b>	<b>68</b>	<b>249</b>
Malefícios inespecíficos	36,1	90
Referência a açúcares/calorias/obesidade	12,4	31
Papel aditivo	7,2	18
Malefícios cardiovascular	17,7	44
Malefícios psicocomportamentais	12,0	30
Outros malefícios	8,0	20
NS/NR	16,5	41
<b>Não responderam</b>	<b>0,5</b>	<b>2</b>

Tabela III – Respostas relativas aos efeitos prejudiciais do consumo de BE

Verificou-se que os rapazes consomem mais BE do que as raparigas (26,6% vs 13,1%;  $p=0,001$ ), como é possível verificar na tabela 4. Além do género, encontrou-se também uma associação estatisticamente significativa com o tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas (tabela 4).

	Não bebem BE	Bebem BE	Valor de P	Teste estatístico
<b>Média de idades</b>	14,06	14,29	0,388	Teste t
	(n=295)	(n=69)		
<b>Género</b>			0,001	Teste $X^2$
F (n=206)	179	27		
M (n=158)	116	42		
<b>IMC</b>			0,713	Teste $X^2$
$\leq 85$ (n=239)	195	44		
$> 85$ (n=125)	100	25		
<b>Tabagismo</b>			0,006	Teste de Fisher
Sim (n=17)	9	8		
Não (n=347)	286	61		
<b>Bebidas alcoólicas</b>				
Sim (n=25)	16	9	0,034	Teste de Fisher
Não (n=339)	279	60		

Tabela IV – Relação entre o consumo de BE e outras variáveis estudadas

## Discussão

A prevalência de consumo de BE obtida neste estudo (19%) é bastante inferior ao valor publicado noutros artigos, onde é referido uma prevalência entre 30 a 50%<sup>1,2</sup>. Esta diferença pode dever-se ao local da colheita de dados. Apesar dos adolescentes terem respondido ao questionário sem a presença dos pais ou de qualquer profissional, o facto de se encontrarem num hospital poderá ter inibido algumas respostas. Outra razão pode estar relacionada com a época do ano em que o estudo foi realizado, uma vez que não incluiu o período de exames. Nesta fase poderia haver um aumento de consumo de BE com o objetivo de melhorar a concentração e o rendimento escolar. Contudo, não podemos excluir que esta diferença de prevalências seja real e que o consumo dos adolescentes, nomeadamente norte-americanos, seja cerca do dobro dos adolescentes que participaram neste estudo.

As bebidas energéticas são vendidas com o intuito de melhorar o desempenho físico e mental, contudo a maior parte dos participantes refere adquirir estas bebidas pelo seu sabor, assim como tinha sido verificado em outros estudos<sup>3,9</sup>. Tem havido uma preocupação crescente no que diz respeito ao

consumo destas bebidas em associação a bebidas alcoólicas. Esta mistura mascara o sabor eventualmente desagradável do álcool, o que pode levar os adolescentes a escalarem o consumo de bebidas alcoólicas. Além disso, ainda não se conhece o total efeito que estas bebidas podem causar quando ingeridas simultaneamente, mas pensa-se que terão efeitos adversos sinérgicos<sup>10</sup>. Neste estudo, apenas uma ínfima porção dos participantes admitiu ser esta a razão para consumir BE, incluída no tópico “outra” da tabela 1. Este resultado contraria os dados de outros estudos em que se verificou que esta seria a razão para o consumo de BE em 25 a 54% dos adolescentes<sup>1,2</sup>.

A maioria dos adolescentes inquiridos reconhece que as BE são prejudiciais à saúde, contudo grande parte destes não conseguiu identificar estes malefícios e por essa razão as suas respostas foram englobadas no tópico “malefícios inespecíficos”. Uma fatia importante dos respondedores fez referência aos efeitos cardiovasculares, referindo-se principalmente ao aumento da frequência cardíaca e cerca de 12% atribuiu o efeito prejudicial destas bebidas ao aumento de peso devido ao seu grande teor de açúcar. Globalmente, consideramos estes resultados positivos, uma vez que a maioria dos adolescentes tem pelo menos uma noção genérica dos potenciais efeitos indesejáveis destas bebidas e como por essa razão não são recomendadas.

Foi encontrada uma relação estatisticamente significativa entre género e consumo de BE, sendo os participantes do sexo masculino quem mais consome, o que era expectável tendo em conta a bibliografia internacional<sup>2</sup>. Quanto à idade e IMC esta relação significativa não se verificou. Relativamente a outros consumos, como o tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas estabeleceu-se uma relação significativa entre este e o consumo de BE. A partir destes resultados transmite-se a ideia que estes comportamentos de risco poderão estar associados. Contudo, estes resultados devem ser interpretados com muita cautela, uma vez que a amostra dos fumadores e dos adolescentes que consomem bebidas alcoólicas é muito pequena.

Este estudo tem algumas limitações, uma delas relaciona-se com o tamanho amostral, que é relativamente reduzido. Outra limitação tem a ver com a técnica de amostragem: foi utilizada uma amostra de conveniência e que não é representativa da população em estudo, o que impede a extrapolação dos resultados obtidos para essa mesma população. Outra limitação está relacionada com a presença de perguntas abertas no questionário, o que poderá ter introduzido algum viés de observação, uma vez que a codificação das respostas dependeu da interpretação do investigador.

## Conclusão

Consideramos que este estudo trouxe informação relevante para aumentar o conhecimento sobre os hábitos dos adolescentes. É importante saber quem são os maiores consumidores, qual a razão que os leva a ingerir estas bebidas, em que contextos as consomem e se estão ou não informados quanto aos possíveis efeitos adversos. Só depois de conhecermos esta realidade poderemos intervir de forma mais dirigida e eficiente.

Não existem atualmente em Portugal estudos com dimensão suficiente para avaliar a real prevalência do consumo de BE entre os adolescentes. Contudo, consideramos que esta é uma área de interesse crescente e merecedora de maior atenção.

## Bibliografia

1. Blankson K., Thompson A., Ahrendt D., Patrick V. Energy Drinks: What Teenagers (and Their Doctors) Should Know. *Pediatrics in Review*. Vol 34 No.2, Feb 2013, pag 55-62.
2. Seifert S., Schaechter J., Hershorin E., Lipshultz S. Health Effects of Energy Drinks on Children, Adolescents, and Young Adults. *Pediatrics*. Vol 127, No 3, Mar 2011, pag 511-528.
3. American Academy of Pediatrics. Clinical Report-Sports Drinks and Energy Drinks for Children and Adolescents: Are They Appropriate?. *Pediatrics*, Vol 127. 2011, pag 1182-1189.
4. Velasquez C., Poulos N., Latimer L., Pasch K. Associations between energy drinks consumption and alcohol use behaviors among college students. *Drug and Alcohol Dependence*. 123 (2012), 167-172.
5. Kabagambe E., Lipman T., Wellons M. Benefits and risks of caffeine and caffeinated beverages. *UpToDate*. Sep 2013.
6. Sherwood J. Energy drinks: beverage industry response. *Letter, CMAJ*. 182 (15). Out 2010.
7. Gunja N., Brown J. Energy drinks: health risks and toxicity. *MJA*. Vol 196 (1). Jan 2012. Pag 46-49.
8. Rutgers Biomedical and Health Sciences. Why energy drinks are harming children, adolescents. *Science Daily*. Sep 2013.
9. Bunting H., Baggett A., Grigor J. Adolescent and young adult perceptions of caffeinated energy drinks. A qualitative approach. *Appetite*. 65 (2013), 132-138.
10. Park S., Blanck H., Sherry B., Brener N., O'Toole T. Factors Associated with Sugar-Sweetened Beverage Intake among United States High School Students. *The Journal of Nutrition*. Vol 142, Jan 2012, pag 306-312.
11. Kumar G., Park S., Onufrak S. Association between reported screening and counseling about energy drinks and energy drink intake among U.S. adolescents. *Patient Education and Counseling*. Vol 94 (2014). Pag 250-254.



12. Ludden A., Wolfson A. Understanding Adolescent Caffeine Use: Connecting Use Patterns With Expectancies, Reasons, and Sleep. Health Education and Behavior. Vol 37 (3). Jun 2010. Pag 330-342.

## Crises não epiléticas psicogénicas: o desafio do diagnóstico

Marta Mesquita<sup>1</sup>, Sónia Almeida<sup>1</sup>, Catarina Oliveira<sup>1</sup>, Sandra Rebimbas<sup>1</sup>, Maria Manuel Flores<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Baixo Vouga (CHBV) – Aveiro

### Resumo

As crises não epiléticas psicogénicas são fenómenos de natureza motora, sensitiva ou perceptiva semelhantes a crises epiléticas, mas sem alterações eletrofisiológicas subjacentes. É um diagnóstico diferencial de epilepsia de baixa prevalência na infância, mas que aumenta na adolescência. Apresentamos o caso de um adolescente de 12 anos, previamente saudável, com múltiplos episódios de perda de consciência. Não apresentava alterações ao exame objetivo. Foram excluídas causas cardíacas, os exames de neuroimagem foram normais e o eletroencefalograma (EEG) foi inconclusivo. No internamento manteve vários episódios por dia. Foi avaliado por pedopsiquiatria e realizou vídeo-EEG que não mostrou alterações. O diagnóstico de pseudocrises constitui um grande desafio para o pediatra pela dificuldade em enquadrar a sintomatologia grave e persistente na ausência de alterações nos exames complementares. O vídeo-EEG normal confirma o diagnóstico.

**Palavras-chave:** Crises não epiléticas psicogénicas; Pseudocrises; adolescência.

### Abstract

Psychogenic non-epileptic seizures are motor, sensitive or perceptive paroxysmal events that resemble epileptic seizures but without underlying electrophysiological activity. It's a differential diagnosis of epilepsy with low prevalence during childhood but which increases in adolescence. We are presenting a case of a 12 year old healthy boy that was admitted for multiple episodes of loss of consciousness. There were no alterations in the physical examination. Cardiac disorders were excluded, the neuroimaging studies were normal and the EEG was inconclusive about possible paroxysmal cerebral disorder. During hospitalization he had several episodes per day. He was evaluated by child psychiatry and he performed a video - EEG that was normal. "Pseudoseizures" diagnosis is a major challenge for the pediatrician given the difficulties of framing severe and persistent symptoms in the absence of changes on the exams. Normal video- EEG confirms the diagnosis.

**Keywords:** Psychogenic non-epileptic seizures; pseudoseizures; adolescence.

## Introdução

As crises não epiléticas psicogénicas (CNEP) são episódios paroxísticos de alteração súbita do comportamento, sensibilidade ou consciência<sup>1</sup>, semelhantes a crises epiléticas mas que não se acompanham de alterações eletrofisiológicas ou evidência clínica de epilepsia, para as quais não se encontra evidência de outra causa orgânica e existe forte suspeita de fatores psicogénicos subjacentes<sup>2</sup> (Quadro 1). Esta condição tem sido denominada como convulsões histéricas, pseudocrises, convulsões funcionais ou crises não epiléticas<sup>3</sup>, alguns termos abandonados pelo seu cariz pejorativo<sup>1</sup>.

Nos sistemas de classificação psiquiátrica do CD-10 e DSM-IV as CNEP incluem-se no grupo dos transtornos dissociativos ou de somatização (conversivos).<sup>4</sup> Subdividem-se em pós-traumáticas ou evolutivas. A primeira, geralmente transitória, está relacionada com traumas de abuso físico, sexual ou psicológico; a segunda, mais persistente, à dificuldade de lidar com problemas ao longo do desenvolvimento psicossocial do indivíduo e transtornos da personalidade.<sup>1</sup>

- 
1. Alteração súbita do comportamento ou consciência; por vezes também definida como episódios de alteração do movimento, sensibilidade ou psíquica interna;
  2. Ausência de alterações eletrofisiológicas cerebrais características de uma convulsão epilética;
  3. Excluída etiologia orgânica para as crises (como a doença cardíaca);
  4. Curta duração;
  5. Episódio semelhante ou que se confunde com convulsões epiléticas;
  6. Carácter involuntário;
  7. Desencadeada por processo de origem psicológica;
- 

*Adaptado de Bodde N et al, 2009<sup>2</sup>*

**Tabela I – Definição de crises não epiléticas psicogénicas**

Vários estudos têm mostrado que as CNEP têm uma prevalência de 10 a 15% em idade pediátrica<sup>5,6,7</sup>. A maioria dos doentes tem o primeiro episódio na segunda década de vida.<sup>8</sup>

O fatores de risco mais importante nas CNEP juvenis é a presença de antecedentes familiares ou pessoais de epilepsia.<sup>9</sup> Outros fatores de risco frequentemente associados a CNEP neste grupo etário são história de abuso infantil (físico ou psicológico), insucesso escolar e ambiente familiar instável<sup>10</sup>. História de traumatismo craniano<sup>9</sup>, défice cognitivo<sup>11</sup> e coexistência de doenças psiquiátricas (como perturbações do humor e ansiedade)<sup>9,11</sup> também têm sido associados a CNEP. A adolescência por si só é um fator de risco, por ser um período de potencial agitação e sofrimento psicológicos, quando se constrói a identidade e autoestima, e quando se desenvolvem relacionamentos importantes, processos altamente vulneráveis que em alguns casos podem levar ao desenvolvimento de reações somatoformes como as CNEP.<sup>2</sup>

O diagnóstico em crianças é um desafio, especialmente na presença de antecedentes de epilepsia<sup>2,5</sup> (5 a 40% das crianças com CNEP).<sup>2</sup> Encontram-se resumidos no quadro 2 vários dados semiológicos sugestivos de CNEP<sup>3</sup>. Não obstante, nenhum sinal pode ser considerado patognomónico ou específico para confirmar o diagnóstico.<sup>12</sup> O vídeo-EEG é o método “gold standard” para o diagnóstico<sup>12</sup>, com base na ausência de atividade epileptiforme ictal<sup>13</sup>.

Características clínicas	Crises não epiléticas	Crises epiléticas
Início	Gradual, durante a vigília ou pseudo-sono	Abrupta, durante a vigília ou sono
Duração	Variável, muitas vezes > 2min	Até 1-2min
Resposta a estímulos verbais	Comum	Nunca nas CTCG; raro nas CPC
Movimentos das extremidades superiores e inferiores	Ocasional/ Comum	Raro nas CTCG;
Movimentos violentos de todo o corpo	Ocasional/ Comum	Raro nas CTCG; Ocasional/ Comum CPF
Movimentos laterais da cabeça e corpo	Ocasional/ Comum	Raro nas CTCG;
Hipertonidade generalizada	Raro/ Ocasional	Sempre presente na fase tónica das CTCG
Curso Flutuante/ Pausas na atividade motora	Comum	Muito raro
Postura em opistótonos	Ocasional	Ausente
Vocalizações	No início ou durante todo o episódio; de cariz emocional	No meio da crise; grito ou gemido
Encerramento dos olhos	Comum/Muito comum; Sempre	Raro/Muito raro; nunca completo

	forçado	ou forçado
Mordedura da língua	Muito raro; na ponta	Ocasional/Comum na CTCG; de lado
Incontinência dos esfíncteres	Muito raro	Comum na CTCG
Ausência prolongada de respostas	Ocasional	Muito raro
Frequência cardíaca ictal	Aumento pouco significativo	Aumentada
Memória pós-ictal	Comum	Muito raro
Confusão pós-ictal	Ocasional	Comum/Muito comum
Padrão respiratório pós-ictal	Rápido, superficial, com pausas	Respiração ruidosa na CTCG

CTCG- convulsão tónica-clónica generalizada; CPC: convulsão parcial complexa; CPF: convulsão parcial focal;  
*Adaptado de Mostacci B et al, 2011<sup>3</sup>*

**Tabela II – Características semiológicas de crises epiléticas e não epiléticas**

O diagnóstico das CNEP continua a ser uma tarefa complexa<sup>1</sup> e causa de erro de diagnóstico após um primeiro episódio paroxístico<sup>14</sup>, com grande impacto na qualidade de vida dos doentes.<sup>11</sup>

Em relação à terapêutica, existem poucos estudos controlados e randomizados.<sup>1</sup> O primeiro e mais importante passo de intervenção nas CNEP é a comunicação do diagnóstico de forma clara, aberta e não acusatória.<sup>2,16,17</sup> Um estudo recente, randomizado e controlado refere uma redução significativa do número de crises com a terapia cognitivo-comportamental (TCC). Outro verificou uma redução da sintomatologia em 51,4% no grupo tratado com psicoterapia, 59,3% no grupo tratado com sertralina e TCC, e nenhuma no grupo apenas tratado com sertralina<sup>18</sup>. A grande ênfase no tratamento das CNEP é, por isso, dada às intervenções não medicamentosas como a psicoterapia.<sup>19</sup>

## Caso clínico

Adolescente de 12 anos, previamente saudável, com antecedentes familiares de epilepsia, com história de seis episódios de perda de consciência nos últimos três dias. Crises com início súbito de tonturas, diplopia e fraqueza dos membros inferiores seguidos de hipotonia generalizada e perda de consciência durante 1-2 minutos, sem movimentos corporais associados, revulsão ocular ou perda de controlo dos esfíncteres. Todos os episódios tinham sido presenciados e sem traumatismo associado. Referia recuperação espontânea e amnésia para o evento. Nos últimos dois meses eram frequentes tonturas e cefaleias holocraneanas de alívio ligeiro com analgésicos e repouso, sem fono ou fotofobia

associadas mas que interferiam na atividade diária. À admissão, a salientar sinais vitais, auscultação cardiopulmonar e exame neurológico normais. Internado para vigilância e investigação etiológica, realizou estudo analítico, eletrocardiograma, ecocardiograma, holter cardíaco e exames de neuroimagem que foram normais. O eletroencefalograma foi inconclusivo quanto a um possível distúrbio cerebral paroxístico. Durante o internamento manteve 2 a 3 episódios por dia, de características semelhantes mas de breve duração e sem alteração dos sinais vitais. A ausência de alterações nos exames complementares e um contexto de divórcio conflituoso com história de violência doméstica e relação conflituosa com o pai conduziram a avaliação social e por pedopsiquiatria. Pelas alterações inespecíficas no EEG realizou vídeo-EEG que foi normal. Excluídas assim as causas orgânicas, concluiu-se serem CNEP e foi encaminhado para a consulta de pedopsiquiatria. Após a alta manteve episódios paroxísticos alguns dos quais caracterizados por vocalizações e opistótonos que motivaram o regresso ao serviço de urgência.

### Discussão

A síncope é um sintoma que resulta da hipoperfusão cerebral e em cerca de 80% dos casos é de causa neurogénica ou vaso-vagal. A etiologia cardíaca representa 2 a 25% dos casos e outros diagnósticos a serem ponderados são os de causa psicogénica (histeria, ansiedade), neurológica (epilepsia, vertigem, cataplexia) e metabólica (hipoglicemia e intoxicação).<sup>4</sup>

As causas psicogénicas, nomeadamente as CNEP, são multifatoriais e o resultado de conflitos psicológicos traduzidos num sintoma físico.<sup>9</sup> Neste caso concreto, a adolescência, o mau aproveitamento escolar, um ambiente familiar desestruturado com história de abuso físico despoletaram este conflito psicológico. Clinicamente, as crises com atividade motora generalizada seguidas de recuperação rápida da consciência, sempre presenciadas, com os olhos persistentemente fechados, sem traumatismo associado indicavam uma CNEP.

Estas particularidades devem ser reconhecidas pelos pediatras, neuropediatras, pedopsiquiatras, sobretudo no serviço de urgência de forma a evitar provas complementares e terapêuticas desnecessárias, como os antiepiléticos.<sup>4</sup> Para os doentes com episódios repetidos de perda inexplicada de consciência, apesar das avaliações neurológica e cardíaca normais, deve combinar-se a monitorização com vídeo-EEG de forma a aumentar a acuidade diagnóstica e diferenciar eventos psicogénicos de epiléticos.<sup>20</sup>

A importância do diagnóstico de CNEP na infância e adolescência é ainda mais significativa quando se considera que o prognóstico neste grupo é superior ao dos adultos, provavelmente pela intervenção numa fase precoce da vida.<sup>9</sup> Segundo Antoniuk S. 81% das crianças com CNEP estavam livres de crises 3 anos após o diagnóstico.<sup>4</sup> As características encontradas associadas a melhor prognóstico foram patologia psiquiátrica

ligeira, CNEP de início recente, fator psicológico precipitante identificável e ausência de epilepsia concomitante.<sup>2</sup>

## Conclusão

A adolescência compreende grandes alterações a nível bio-psico-social e pode muitas vezes associar-se a conflitos em contexto familiar e escolar que afetam a saúde do adolescente, traduzindo-se por transtornos de somatização como as CNEP, com grande impacto na qualidade de vida do adolescente e na procura dos serviços de saúde. O grande desafio para o pediatra começa no diagnóstico, pela dificuldade em enquadrar a sintomatologia grave e persistente na ausência de alterações nos exames complementares. O vídeo-EEG normal confirma o diagnóstico, mas nem sempre se encontra disponível em todos os centros.

## Bibliografia

1. Oliveira G, Salgado J, Portela E, Pereira S, Teixeira A. *Crises não epiléticas: clínica e terapêutica*. J Bras Psiquiatr. 2008. 57(1): 52-56
2. Bodde N, Brooks J, Baker K, Boon P, Hendriksen J, Mulder O et al. *Psychogenic non-epileptic seizures—Definition, etiology, treatment and prognostic issues: A critical review*. Seizure. 2009. 18:543–553
3. Mostacci B, Bisulli F, Alvisi L, Licchetta L, Baruzzi A, Tinuper P. *Ictal characteristics of psychogenic nonepileptic seizures: What we have learned from video/EEG recordings—A literature review*. Epilepsy & Behavior. 2011. 22:144–153
4. Antoniuk S. Crisis no epiléticas en la infancia y adolescência. Actualización en neurologia infantil IV. MEDICINA. 2013. 73 (Sup. I): 71-76
5. Dhiman V, Sinha S, Rawat V, Vijaysagar K, Thippeswamy H, Srinath S et al. *Children with psychogenic non-epileptic seizures (PNES): A detailed semiologic analysis and modified new classification*. Brain & Development. 2014. 36:287–293
6. Kotagal P, Costa M, Wyllie E, Wolgamuth B. *Paroxysmal nonepileptic events in children and adolescents*. Pediatrics. 2002. 110:e46.
7. Holmes G, Sackellares J, Mckiernan J, Ragland M, Dreifuss FE. *Evaluation of childhood pseudoseizures using EEG telemetry and video tape monitoring*. J Pediatr. 1980. 97:554–558.
8. Szabó L, Siegler Z, Zubek L, Liptai Z, Korhegyi I, Bánnsági B et al. *A detailed semiologic analysis of childhood psychogenic nonepileptic seizures*. Epilepsia. 2012. 53(3):565–570
9. Vincentiis S, Valente K, Thome S, Kuczinsky E, Fiore L, Negrão N. *Risk factors for psychogenic nonepileptic seizures in children and adolescents with epilepsy*. Epilepsy & Behavior. 2006. 8:294–298

10. Asadi-Pooyaa A, Emamia M. *Juvenile and adult-onset psychogenic non-epileptic seizures*. Clinical Neurology and Neurosurgery. 2013. 115:1697-1700
11. Baslet G. *Psychogenic non-epileptic seizures: A model of their pathogenic mechanism*. Seizure. 2011. 20: 1–13
12. Alessi R, Vincentiis S, Rzezak P, Valente K. *Semiology of psychogenic nonepileptic seizures: Age-related differences*. Epilepsy & Behavior. 2013. 23: 292–295
13. LaFrance W, Alper K, Babcock D, Barry J, Benbadis S, Caplan R, et al. *Nonepileptic seizures treatment workshop summary*. Epilepsy Behav 2006. 8: 451–61.
14. Hubsch C, Baumann C, Hingray C, Gospodaru N, Vignal J, Vespignani H, et al. *Clinical classification of psychogenic non-epileptic seizures based on video-EEG analysis and automatic clustering*. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2011. 82:955-960
15. Reuber M, Elger CE. *Psychogenic nonepileptic seizures: review and update*. Epilepsy Behav. 2003. 4:205-16.
16. Farias S, Thieman C, Alsaadi T. *Psychogenic nonepileptic seizures: Acute change in event frequency after presentation of the diagnosis*. Epilepsy Behav. 2003. 4:424-9
17. LaFrance WC, Baird G, Barry J, Blum A, Frank Webb A, Keitner GI, et al. *Multicenter pilot treatment trial for psychogenic nonepileptic seizures: a randomized clinical trial*. JAMA Psychiatry. 2014. 71(9):997-1005.
18. Elliott J, Charyton C. *Biopsychosocial predictors of psychogenic non-epileptic seizures*. Epilepsy Research. 2014. 108: 1543-1553
19. Elliott J, Charyton C. *Biopsychosocial predictors of psychogenic non-epileptic seizures*. Epilepsy Research. 2014. 108:1543—1553
20. LaRoche S, Taylor D, Walter P. *Tilt Table Testing with Video EEG Monitoring in the Evaluation of Patients with Unexplained Loss of Consciousness*. CLINICAL EEG and NEUROSCIENCE. 2011. Vol 42 no 3



## Dor na fossa ilíaca direita – uma batalha diagnóstica

Sónia Almeida<sup>1</sup>, Marta Mesquita<sup>1</sup>, Andreia Teixeira Martins<sup>1</sup>, Helena Rios<sup>1</sup>, Jorge Vaz Duarte<sup>1</sup>, Mário Oliveira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço Pediatria, Centro Hospitalar Baixo Vouga - Aveiro

<sup>2</sup>Serviço Obstetrícia/Ginecologia, Centro Hospitalar Baixo Vouga - Aveiro

### Resumo

**Introdução:** O diagnóstico diferencial de dor na fossa ilíaca direita (FID) não é trivial dada a ampla variedade de patologias que podem estar na sua origem. Nos adolescentes crescem as causas psicossomáticas e, particularmente no sexo feminino, as causas ginecológicas são também mais frequentes que em outras faixas etárias, o que torna o diagnóstico diferencial ainda mais complexo.

**Descrição do caso:** Apresenta-se o caso de uma adolescente do sexo feminino, 14 anos, previamente saudável que, por dor na FID, foi submetida a apendicectomia (apendicite não confirmada na histologia). Por persistência da dor na FID com claudicação da marcha, foi reinternada 4 semanas depois. Durante o internamento foi observada por várias especialidades médicas e cirúrgicas e submetida a avaliação analítica, ecografia articular da anca e ecografia abdominal, renal e pélvica sem adequada repleção vesical, que não mostraram alterações. Pela possibilidade de dor referida, realizou ressonância magnética da anca direita e da coluna cervico-dorso-lombar, que inesperadamente revelou quisto do ovário direito. Repetida ecografia pélvica por via supra-púbica com adequada repleção vesical, que confirmou a presença do quisto. Foi submetida a quistectomia de quisto do ovário direito (quisto hemorrágico do corpo lúteo com 6cm), ficando assintomática.

**Discussão:** Nas adolescentes do sexo feminino com dor na fossa ilíaca devem ser sempre ponderadas as causas ginecológicas. A dor na FID pode ser a única manifestação de patologia anexial. A ecografia por via supra-púbica (sobretudo na ausência de adequada repleção vesical) pode não mostrar alguns quistos de localização mais posterior e inferior. Para além disso a utilização da ecografia endovaginal neste grupo etário está limitada pela integridade do hímen não se utilizando numa primeira abordagem, o que pode atrasar o diagnóstico. A abordagem multidisciplinar e o alto grau de suspeição clínica são fundamentais no correto diagnóstico etiológico de dor na FID.

## Introdução

A dor na fossa ilíaca direita (FID) pode ser causada por uma ampla variedade de patologias, tornando o diagnóstico diferencial um processo difícil. Esta pode ser provocada por alterações locais viscerais, peritoneais ou da parede abdominal, seja por atingimento direto do peritoneu e musculatura abdominal ou pela compressão por massas com origem em estruturas adjacentes.<sup>1</sup> Desta forma, patologia gastrointestinal, genitourinária, osteoarticular, muscular, circulatória ou até mesmo psíquica podem estar na sua origem. Contudo, também pode corresponder a uma dor referida devido à inervação metamérica viscerossomática.<sup>2</sup>

A abordagem sistematizada e o envolvimento multidisciplinar são fundamentais para o diagnóstico etiológico de dor na FID. A abordagem inicial deve ter como objetivo excluir patologia que necessite de intervenção cirúrgica urgente, nomeadamente apendicite aguda ou obstrução intestinal.<sup>3</sup> Contudo, existem várias patologias não cirúrgicas que se apresentam de forma semelhante, tais como: gastroenterite aguda, obstipação, síndrome do cólon irritável, doença inflamatória intestinal, infeção ou malformação do tracto urinário, entre outras.<sup>3</sup> Particularmente nas adolescentes do sexo feminino após a menarca, o diagnóstico diferencial torna-se ainda mais complexo, uma vez que outros diagnósticos, como doença inflamatória pélvica, gravidez ectópica, massas ováricas entre outras patologias ginecológicas também podem provocar dor na FID de natureza aguda, subaguda ou mesmo crónica.<sup>4</sup> Os quistos funcionais e os tumores benignos são a patologia anexial mais frequente na adolescência. Os tumores malignos correspondem apenas a 3% dos casos.<sup>4</sup> Os quistos ováricos, independentemente da sua natureza podem provocar dor por hemorragia intraquistica, por rutura ou por hemorragia para a cavidade pélvica ou intraperitoneal.<sup>6</sup> Os quistos ováricos funcionais subdividem-se em foliculares, do corpo lúteo e teca-luteínicos. Dentro destes, os quistos hemorrágicos do corpo lúteo são os menos frequentes, mas os mais sintomáticos e podem ser recorrentes em cerca de 25% dos casos. Quando o seu diâmetro é superior a 5cm existe maior risco de complicações.<sup>4</sup>

Na adolescência as causas psicossomáticas são também mais prevalentes, ainda que constituam um diagnóstico de exclusão.<sup>5</sup>

Apesar dos exames complementares disponíveis, a história clínica e o exame objectivo são cruciais no sentido de dirigir a investigação clínica e reduzir o número de apendicectomias brancas e laparotomias/laparoscopias exploratórias. Vários estudos demonstram que a suspeita de apendicite aguda só se confirma em cerca de 70 a 85% dos casos após apendicectomia, com uma percentagem inferior no sexo feminino.<sup>6</sup>

Na abordagem ao adolescente, a colheita da história clínica deve ser complementada com realização do HEADSSS (**H**ome, **E**ducation, **A**ctivities, **D**rugs, **S**exual activity, **S**uicide, **S**ecurity), que nos permite efetuar uma avaliação psicossocial, que pode muitas vezes demonstrar a etiologia da dor neste grupo etário.<sup>5</sup>

O exame objetivo completo deve incluir avaliação ginecológica em todas as adolescentes do sexo feminino com dor na FID sem outra causa aparente.<sup>7</sup>

A ecografia abdominal e pélvica é o exame complementar de diagnóstico de primeira linha a realizar. Esta pode evidenciar alterações compatíveis com patologias cirúrgicas ou médicas auxiliando no diagnóstico diferencial.<sup>1</sup>

Neste artigo apresenta-se o caso clínico de uma adolescente com dor na FID que reflete a dificuldade no processo de investigação etiológica da mesma.

### Caso clínico

Adolescente do sexo feminino, 14 anos de idade, previamente saudável, que por dor na FID com 5 dias de evolução, foi submetida a apendicectomia (apendicite não confirmada na histologia). Por manter dor na FID de agravamento progressivo a que se associou claudicação da marcha, foi reinternada 4 semanas depois pela equipa de cirurgia. A dor localizava-se à FID com irradiação à coxa e agravava com a flexão da coxa e a manobra de valsava. Cedia apenas parcialmente aos analgésicos. A adolescente negava outra sintomatologia associada, nomeadamente alterações do trânsito intestinal, sintomas urinários ou irregularidades menstruais.

Menarca aos 10 anos, ciclos menstruais regulares com dismenorreia apenas no primeiro dia do ciclo que cedia aos analgésicos. Negada coitarca. Na avaliação do HEADSSS, verificou-se que a adolescente era boa aluna, não se identificando problemas no ambiente familiar ou escolar, bem como aparentes comportamentos de risco. Sem medicação habitual ou outros antecedentes de relevo. Sem antecedentes de doenças heredo-familiares.

Ao exame objetivo salientava-se dor à palpação da FID, com ligeiro empastamento mas sem defesa ou reacção peritoneal com claudicação da marcha por agravamento da dor à flexão da coxa. Restante exame físico sem alterações.

Realizou avaliação analítica, com hemograma e marcadores inflamatórios de fase aguda dentro dos parâmetros de normalidade, nomeadamente VS 6mm e PCR 0,15mg/dL, electroforese das proteínas sem alterações, VDRL não reactivo, factor reumatóide < 11U/L, TASO 177 UI/mL, exame sumário de urina dentro da normalidade. Efectuou ecografia inguinal e articular da anca direita e ecografia abdominal, renal e pélvica (sem adequada repleção vesical) que não mostraram alterações. Foi pedida colaboração de Reumatologia, Ortopedia e Ginecologia que consideraram pouco provável patologia das respetivas especialidades. Posteriormente, foi observada por Pedopsiquiatria que excluiu causa psicossomática.

Ao 10º dia de internamento foi orientada para a Pediatria. Pela persistência das queixas, realizou ressonância magnética (RM) da anca direita, que foi normal, e RM da coluna cervico-dorso-lombar, pela possibilidade de dor referida. Esta última revelou quisto do ovário direito de localização póstero-inferior com 4,8cm (Fig.1).

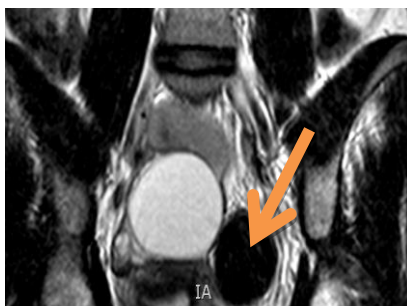


Figura 1 – RM da coluna cervico-dorso-lombar – quisto do ovário direito

Pedida novamente observação pela ginecologia que repetiu ecografia pélvica por via supra-púbica com adequada repleção vesical, confirmando-se a presença do quisto com 5,3cm, pelo que foi submetida a quistectomia de quisto do ovário direito, por via laparoscópica. A histologia confirmou tratar-se de quisto hemorrágico do corpo lúteo com 6cm. Teve alta 24 horas após a cirurgia sem queixas algicas e sem claudicação da marcha. Reavaliada 1 mês depois, mantendo-se assintomática.

## Discussão

Nas adolescentes do sexo feminino com dor na fossa ilíaca, de natureza aguda, subaguda ou crónica, devem ser sempre ponderadas causas ginecológicas. Estas frequentemente provocam uma dor constante, e não tipo cólica, na região inferior da FID, por vezes com irradiação inferior<sup>2</sup>, como sucedeu no caso descrito.

Na adolescência a patologia anexial é, na maioria dos casos, assintomática, contudo pode ser responsável por dor nos quadrantes inferiores do abdómen associada ou não a massa abdominal palpável, irregularidade menstrual ou hiperandrogenismo.<sup>4</sup>

Perante a suspeita clínica de patologia anexial, idealmente deve ser efetuada ecografia endovaginal dada a sua maior acuidade diagnóstica. Contudo, por vezes, na adolescência, a integridade do hímen implica a realização da ecografia por via supra-púbica na abordagem inicial. Esta pode dificultar e atrasar o diagnóstico de algumas massas anexiais, sobretudo as de localização mais posterior, particularmente se não for realizada sob adequada repleção vesical, tal como sucedeu no caso descrito.<sup>4</sup>

Apesar da benignidade da maioria das causas de patologia anexial, nesta faixa etária acresce a preocupação com questões reprodutivas que tornam a abordagem diagnóstica e terapêutica ainda mais complexa.<sup>4</sup> Habitualmente apenas é necessária terapêutica médica com analgésicos para alívio da dor.<sup>7</sup> O uso de anticoncepcionais orais na abordagem de quistos ováricos não é consensual.<sup>4</sup> Nos casos de quistos complicados ou quistos com uma dimensão associada a risco acrescido de complicações, como torção ovárica, deve ser equacionada a excisão cirúrgica dos mesmos.<sup>7</sup> Esta abordagem é também indicada nos quistos ováricos sintomáticos sem resposta à terapêutica médica que comprometem a qualidade de vida.<sup>4</sup>

Com este caso clínico, os autores pretendem enfatizar a importância do envolvimento multidisciplinar na abordagem de criança ou adolescente com dor na FID e a necessidade de um alto grau de suspeição clínica para o pedido criterioso de exames complementares de diagnóstico.

### Bibliografia

1. Panarese A, Pironi. A case of symptomatic mass in right iliac fossa a Bermuda Triangle wich often lies the right diagnosis. Ann Ital Chir, 2014
2. Helm William. Ovarian Cysts, Updated Abr 2014. Available from: <http://emedicine.medscape.com>
3. Harohalli S, Hatim A. Recurrent lower abdominal pain in older children and adolescents: revised clinical approach. The scientific world journal. 2005; 5: 64-70
4. Giordano L, Giordano M. Tumores anexiais na adolescência. Revista de Adolescência e Saúde. 2009; (6)
5. Hicks C, Rome E. Chronic Pelvic Pain in Adolescent. Pediatric and Adolescent Gynecology. 2012; (22)
6. Gonçalves J, Cerqueira A, et al. Validação score alvarado no diagnóstico de apendicite aguda em crianças e adolescentes no hospital Braga. Acta Médica Portuguesa. 2011; 24 (S2): 583-588
7. Albert R, Neal S. Acute abdominal pain. Pediatrics in review. 2012; 31(4): 135-143

## Um sonho nas nuvens...

Olá a todos aqueles que me leem...vou contar-vos um sonho que tive!

Nesse mesmo sonho, imaginei-me a subir uma escada, que me levava até ao céu. Na imensidão de todas aquelas nuvens, sentei-me na nuvem mais fofa, e comecei a viajar...

Andei por vários países, conheci muitas culturas... conheci crianças, jovens e até pessoas um pouco mais velhas... Foi alucinante!

Mas, entre milhares de pessoas que conheci, simpatizei mais com uma menina. Essa menina parecia feliz e tinha uma alegria contagiante, por isso, resolvi acompanhá-la.

Nesse mesmo dia fui com ela até à escola, e quando acabou o tempo de aulas, dirigimo-nos até ao ginásio. Local onde permanecemos durante uma hora a praticar desporto em grupo. Seguidamente, fomos para casa, onde a menina estudou energicamente as várias disciplinas escolares.

E era assim, que aquela jovem sonhadora passava os seus dias. Tudo corria bem na vida daquela adolescente tímida e reservada, pois, tinha boas notas, e gostava de si tal como era.

Quando chegaram as férias de Verão, a menina entristeceu porque estava muito tempo sozinha... Cada dia que passava, ia ficando cada vez mais triste e sozinha, ao ponto de deixar de comer. Essa menina perdeu muito peso, ficando assim, extremamente magra e muito desanimada. Ela tinha perdido a vontade de viver...

E um novo ano letivo começou. A alegria de antigamente deu lugar à tristeza, as brincadeiras de colegas deram lugar à solidão.

Então, decidi continuar a acompanhar esta menina, que se foi tornando numa jovem de olhar perdido.

Os pais desta jovem, no início, não se aperceberam de nada. As notas continuaram excelentes, as tarefas diárias eram realizadas normalmente, apenas o brilho no olhar e a vontade de viver tinham desaparecido.

Houve um dia, em que me apercebi que aquela adolescente não conseguiria encontrar-se novamente. A sua força de vontade, ou melhor, a sua força para viver tinha desaparecido. O desespero era uma constante no seu dia-a-dia. Decidi intervir e oferecer ajuda médica.

A sua recusa foi perentória. Não havia forma de ela aceitar esta ajuda visto que, para ela não havia motivo que justificasse, ela achava que não se encontrava doente.

Mas o tempo foi passando e eu nunca mais afastei o meu olhar daquela menina.

Os pais começaram a aperceber-se que algo estava errado com a filha. O seu sentido de humor deu lugar à irritabilidade permanente. As horas da refeição, inicialmente um momento de partilha familiar, tornaram-se em momentos de verdadeiro desespero, até fisicamente tinha havido mudanças: a pele tornou-se seca e áspera, a presença de olheiras começou a acentuar-se dia após dia, assim como o cansaço, o cabelo começara a cair e perdera o seu brilho natural. Até apareceu uma doença mais frequente em pessoas de alguma idade: a osteoporose.

Estava na altura de terminar com todo aquele sofrimento, uma ida ao médico, embora contrariada, era urgente. Então decidi intervir mais uma vez. Mas, agora teria que ser definitiva, pois, esta menina corria risco de vida. De forma invisível e um pouco mágica, convenci a Diretora de Turma a falar com os pais, e decidiram levar aquela jovem ao médico, para que pudesse ser tratada. As dores nos ossos começaram a revelar-se, o que afetou a sua mobilidade.

O dia da consulta aproximou-se rapidamente e eu continuei, de longe, a acompanhar aquela jovem.

Os pais levaram-na ao hospital e a médica que a observou, achou por bem interná-la.

Mas, o suplício ainda não tinha terminado. Foi-lhe diagnosticada anorexia nervosa. A minha jovem amiga, durante algum tempo, recusou o tratamento. Comer estava fora de questão. Ela tinha muita vontade de sair do quarto e da cama do hospital. Mas não conseguia fazer a única coisa que lhe podia salvar a vida: comer. Chegou mesmo a esconder a comida ou a deitá-la no lixo, para que não a obrigassem a comer. Houve um dia que, de tão fraca e debilitada que estava, tiveram que lhe introduzir uma sonda naso gástrica. Foi um dos piores dias da sua vida.

O tempo foi passando e aproximavam-se as festas natalícias. Dado o seu estado débil, passou o seu Dia de Aniversário, o Natal e o Ano Novo internada. Foi um tormento. A sua tristeza teimava em não passar.

Com o início do novo ano vieram novos projetos e a jovem-menina começou a sentir-se melhor. Dia após dia, era notório o regresso do brilho no olhar, que há tanto tempo tinha perdido.

A minha nuvem continuava a pairar sobre esta jovem. Eu tinha encontrado uma amiga que necessitava de ajuda. E, cada vez, que ela sorria, tinha a certeza, que tudo iria ficar bem.

Com o passar do tempo, a jovem foi recuperando, gradualmente, a esperança e a vontade de viver.

Estava na altura de ir embora. O período de internamento estava a terminar, tinham passado três meses, e ela continuaria a ser seguida nas Consultas Externas.

Iria começar uma vida nova, com muitas dificuldades, com algum medo do mundo e da reação das pessoas à sua doença, mas com esperança necessária para lutar.

O internamento, para a minha amiga e para todos aqueles jovens que passam pelo mesmo, é um período de transição. Às vezes é necessário primeiro parar, pedir ajuda e ganhar forças para remar contra a

maré, só assim conseguiremos lutar contra tudo e contra todos. O internamento funciona como um recarregar de baterias para, depois poder enfrentar o mundo lá fora.

Continuo, passado este tempo todo, a olhar pela minha jovem amiga. Agora, é uma bonita mulher, anda na Escola Superior de Enfermagem e anseia ajudar as crianças e adolescentes durante o período que passam internadas.

Antes de terminar de vos contar o meu sonho, gostava de dizer o nome da minha amiga: Safira.

Nota: Este texto é dedicado a todas as bravas Safiras que têm mais força do que julgam!