



SECÇÃO DE MEDICINA
DO **ADOLESCENTE**
SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA

Boletim
Adolescentes e Adolescência

2013

Índice

Editorial	3
Os Adolescentes na Consulta e no Internamento	4
Perturbação de ansiedade fóbica e pânico numa adolescente: o contributo das técnicas de indução hipnótica num protocolo de intervenção cognitivo-comportamental	11
Qual é a alimentação dos adolescentes?	31
Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich – uma causa rara de dismenorreia secundária na adolescente	38
Calcificações cerebrais	50
Testemunho de uma gaivota que deixou de ser branca	51

Editorial

Abre-se aqui um novo ciclo do *Boletim* da Secção de Medicina do Adolescente da SPP.

A atual direção, em funções desde outubro do ano passado, decidiu “transformar” o seu habitual *Boletim* numa publicação totalmente digital, a ser divulgada pelos seus associados exclusivamente dessa forma.

Esta transformação tem como objetivo a sua modernização e uma mais fácil divulgação, fatores decisivos para a sua continuidade e afirmação.

Faremos com que continue a valer a pena a sua leitura (e agradeço, reconhecidamente, o esforço daqueles que o fizeram, e bem, antes de nós), tendo em vista a partilha de saberes e experiências, com o objetivo de melhorar e aperfeiçoar o atendimento aos adolescentes nos nossos diversos serviços de saúde.

A propósito, sugiro, para os que ainda o não fizeram tanto como para os que o não fazem há algum tempo, a leitura do primeiro consenso publicado pela SMA da SPP, já há 4 anos atrás, com o título: Requisitos para o atendimento ao Adolescente. Trata-se de um pequeno texto repleto de valiosa informação para todos os profissionais de saúde que trabalham com adolescentes, disponível no *site* da SPP, na área da Secção de Medicina do Adolescente. Mas ao lê-lo, e relê-lo, como já o fiz por inúmeras vezes, sinto que é um texto com mensagens sempre atuais e úteis para todos aqueles que gostam de trabalhar com os adolescentes. Ora senão vejamos, e transcrevo apenas uma das frases da introdução desse documento, “Os Serviços de Saúde devem dar resposta às necessidades de saúde dos adolescentes de modo integrado e proporcionando-lhes um ambiente adequado.”. Pessoalmente, sinto que este dever essencial é, aparentemente, ainda ignorado por tantos à nossa volta.

Como saberão: a lei portuguesa recomenda o atendimento pediátrico, em todas as unidades de saúde deste país, até aos 17 anos e 364 dias inclusive; a Organização Mundial da Saúde (OMS) emanou há diversos anos recomendações quanto aos *Adolescent Friendly Health Services*; e, por fim, a Carta dos Direitos da Criança das Nações Unidas (a qual Portugal subscreveu) apresenta-nos um conjunto de direitos dos adolescentes, os quais deverão ser preservados. Não obstante tais recomendações, é frequente vermos adolescentes a serem “empurrados” para o atendimento em serviços, ou hospitais, de adultos, vermos adolescentes para os quais é desrespeitado o seu direito à confidencialidade e à privacidade, vermos adolescentes a procurarem ajuda e a não serem compreendidos por quem os atende, vermos adolescentes a errarem nas suas livres tomadas de decisão por falta de informação/intervenção antecipatória, e ... ainda vermos morrer, em Portugal, durante a adolescência, rapazes e raparigas devido a causas evitáveis ...!

Por tudo isto, considero que temos pela frente um árduo trabalho, e que a nós compete, de melhorar o Atendimento aos Adolescentes nos nossos serviços de saúde, defendendo os seus direitos e preservando o seu futuro, que é o de todos nós.

Contamos convosco para o conseguir.

Paulo Fonseca

Os Adolescentes na Consulta e no Internamento

Joana Carvalho¹, Aida Sá¹, Clara Preto¹, Nilza Ferreira², Eurico Gaspar³

¹ Interna Complementar do Serviço de Pediatria, CHTMAD

² Assistente Hospitalar Graduada, CHTMAD

³ Director do Serviço de Pediatria, CHTMAD

Resumo

A adolescência é uma etapa única da vida, marcada por alterações físicas e emocionais que nem sempre são encaradas de forma pacífica. No contacto com os cuidados de saúde o adolescente vai sentir-se fragilizado, cabendo aos profissionais de saúde tornar este contacto mais agradável. Com este trabalho propusemo-nos a perceber a opinião dos adolescentes acerca da consulta externa e internamento do Serviço de Pediatria, na tentativa de detectar problemas existentes e a eventual necessidade de mudanças. Para tal, procedeu-se à análise de questionários anónimos de 227 adolescentes seguidos na CE de Pediatria do CHTMAD, durante o segundo semestre de 2008. A maioria dos resultados encontrados foram semelhantes aos esperados, tendo em conta as características da população, ficando clara a necessidade da criação de espaços próprios para os adolescentes.

Abstract

Adolescence is an unique period of life, marked by physical and emotional changes not always felt peacefully. In contact with health care, the adolescent may feel weakened, leaving it to the health professionals to make this contact more enjoyable. With this work we have proposed to understand the adolescent's opinion about the consult and hospitalization in the "Serviço de Pediatria of CHTMAD", in the attempt to detect any existing problems and the need for changes. To do so, we proceeded to the analysis of the anonymous questionnaires of 227 adolescents followed in the "CE de Pediatria do CHTMAD" during the second half of the year 2008. The results showed what we expected for this kind of population, emphasizing the need to create enjoyable spaces for teens.

Introdução

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento humano em que ocorrem alterações rápidas e fundamentais de ordem biológica, cognitiva, psicológica e social. Esta fase é definida como a etapa do desenvolvimento que ocorre desde a puberdade até à idade adulta, com o surgimento de transformações rápidas a nível corporal que nem sempre são acompanhadas de um crescimento psicológico ao mesmo ritmo. O ambiente cultural e socioeconómico que rodeia o adolescente, bem como o ambiente familiar em que está inserido vai influenciar a forma como estas alterações vão ser vivenciadas. A definição de um adolescente “normal” deve portanto ter em conta o meio social e económico em que este se desenvolve.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define adolescência como uma etapa evolutiva que se estende dos 10 aos 19 anos de idade¹.

O adolescente é, regra geral, um indivíduo saudável, que recorre pouco aos serviços de saúde. No entanto, a prevalência de comportamentos de risco nesta faixa etária é elevada, daí que, independentemente do motivo que o faça procurar os cuidados de saúde, cada contacto deve ser encarado como uma oportunidade para a promoção da saúde, desenvolvendo vínculos que favoreçam o diálogo sobre as questões de saúde, e para a identificação dos adolescentes e jovens em risco.

No contacto com os cuidados de saúde o adolescente vai sentir-se fragilizado, ansioso e, no caso de necessidade de internamento hospitalar, irá sentir-se dependente, exposto, como que perdendo o controlo sobre a sua privacidade. Cabe aos profissionais de saúde tornar este contacto mais agradável, daí que tenha surgido o conceito de “AdolescentFriendlyHealthServices” proposto pela OMS^{1,2}. Serão serviços direccionados para o atendimento a adolescentes, e por esse motivo multidisciplinares. Devem ser facilmente acessíveis e com horário flexível, num espaço que respeite a privacidade do adolescente. Compostos por profissionais treinados, interessados, com formação clínica adequada e sólida nas várias áreas do desenvolvimento, acompanhada de sensibilidade, com treino e maturidade relacional e acima de tudo com capacidade de trabalho em equipa multidisciplinar. Numerosos estudos, ao longo dos anos alertam para a necessidade e vontade por parte dos adolescentes, de locais de atendimento e internamento reservados e apropriados para esta faixa etária^{3,4}

Objectivos

Este estudo teve como objectivo conhecer a opinião dos adolescentes sobre a Consulta Externa (CE) e o Internamento de Pediatria do Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro (CHTMAD), permitindo detectar alguns problemas existentes e assim avaliar a necessidade de eventuais mudanças.

Material e Métodos

Foram analisados inquéritos anónimos, de preenchimento pré consulta, de 227 adolescentes seguidos em CE de Pediatria do Serviço de Pediatria do CHTMAD, durante o segundo semestre do ano de 2008. O questionário estava dividido em duas secções, uma relacionada com a vivência na CE e outra relacionada com o internamento. Os dados recolhidos foram posteriormente analisados e tratados em Excel.

Resultados

Foram analisados os inquéritos anónimos de 227 adolescentes, com uma distribuição semelhante entre ambos os sexos (49% do sexo feminino, 51% do sexo masculino), com mais de 50% dos adolescentes com idade inferior ou igual a 13 anos.

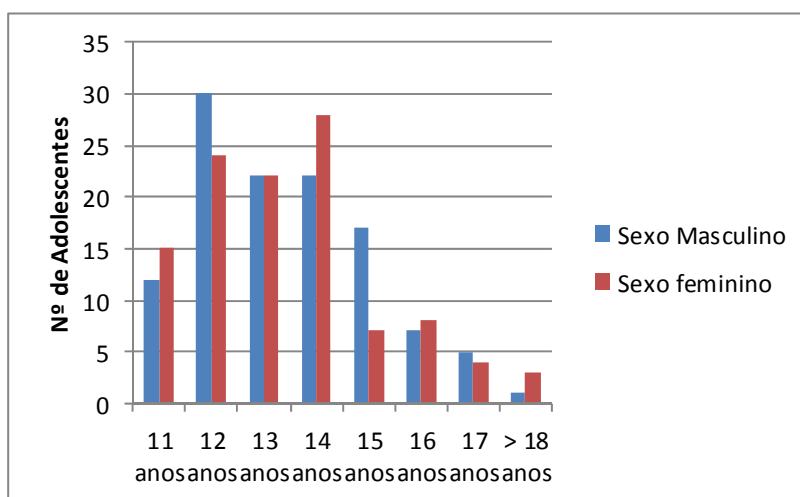


Gráfico 1 – Distribuição por sexo e idade

No que se refere à proveniência dos adolescentes, 57% residiam em ambiente urbano, e 34% em ambiente rural (9% não responderam).

Ainda em relação à caracterização da amostra, 69% dos adolescentes eram seguidos em consulta há mais de 1 ano, sendo que 10% iam pela primeira vez a uma consulta. A principal entidade referenciadora foi o médico assistente, seguido do Serviço de Urgência de Pediatria do CHTMAD. No que diz respeito à CE, 43% dos adolescentes referiram que gostariam de um espaço só para pessoas da sua idade, com 49% a responder que tal facto lhes era indiferente.

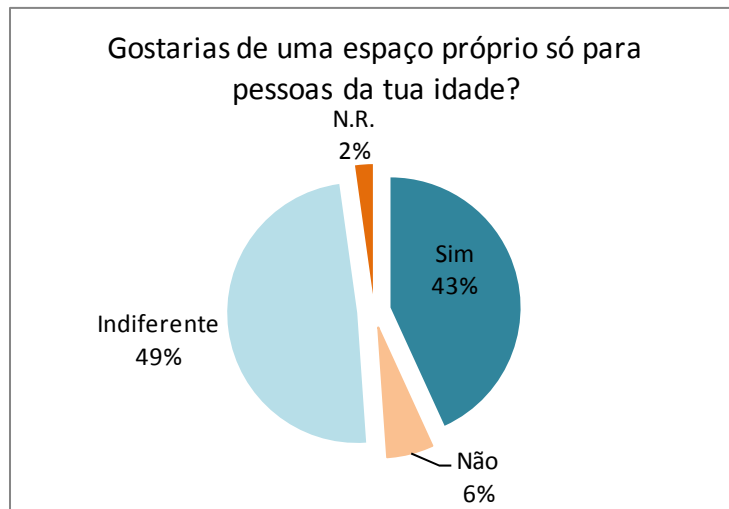


Gráfico 2 – Espaço próprio na consulta

Quando questionados acerca do que gostariam que existisse na sala de espera da CE, o item mais votado foram os livros e revistas para jovens (141), seguidos dos vídeos de saúde (49), livros e revistas gerais (47), e livros e revistas de saúde (29), com dez adolescentes a referirem outros itens (entre os quais o computador em cinco).

Em relação à consulta médica, a grande maioria dos adolescentes prefere ser consultado na companhia da mãe, com apenas 10% a preferirem estar na consulta sozinhos.

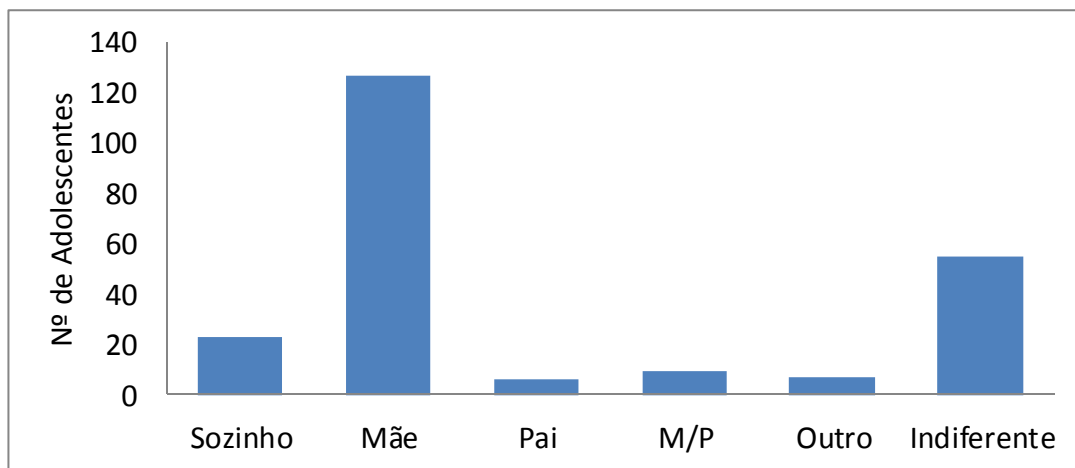


Gráfico 3 – Acompanhamento na consulta

Relativamente ao sexo do médico que a consulta, a maioria dos adolescentes respondeu ser indiferente, enquanto que 34% preferiam ser consultados por um médico do sexo feminino.

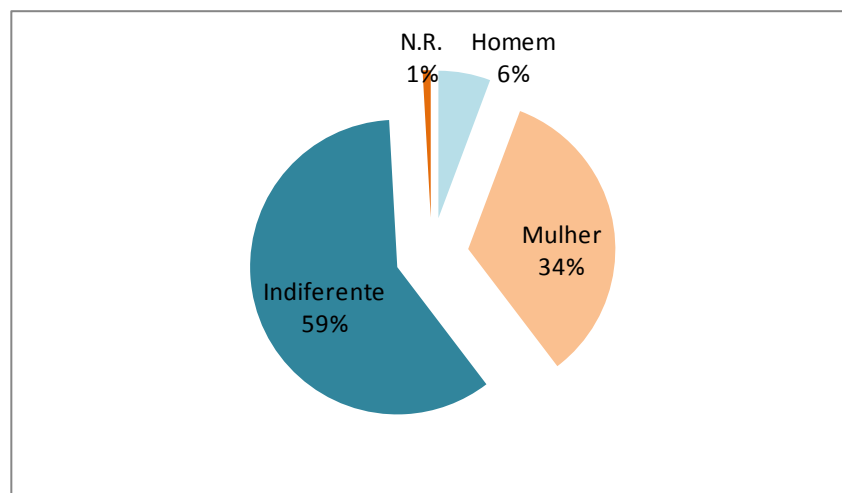


Gráfico 4 – Sexo do médico

No que diz respeito às características do médico que mais valorizam, uma grande parte dos jovens realça a simpatia e a competência. Apenas 14% dos adolescentes referiram a confidencialidade.

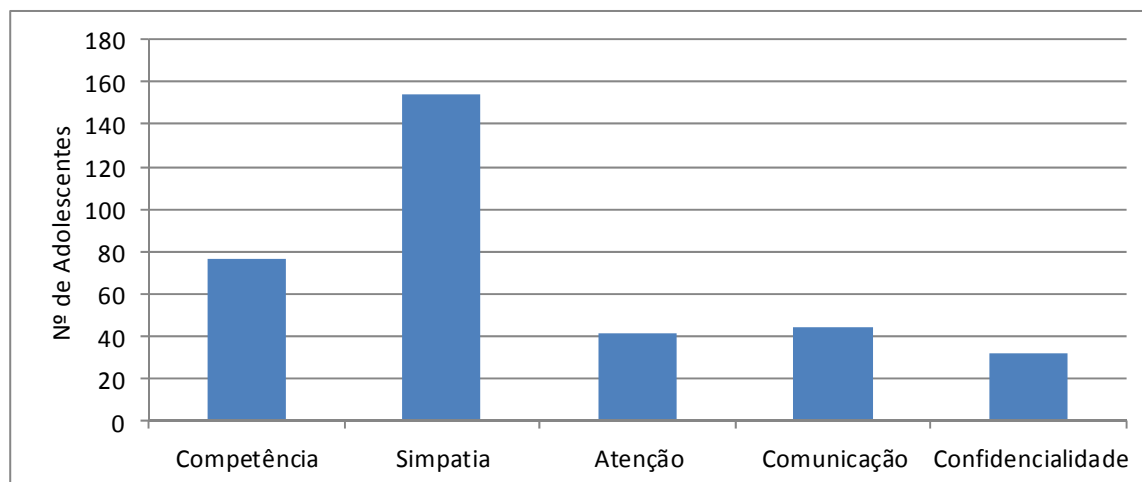


Gráfico 5 – Característica do médico que mais valorizam

Quando questionados acerca de se algo os fazia sentir mal na consulta, 66% dos adolescentes responderam que sim. Dentro dos factores de maior desconforto aquando da consulta médica (n = 150), a grande maioria referiu o tempo de espera (47%), o medo de ter uma doença grave (22%) e a vergonha

(12%) como principais factores. Ainda neste campo 11% refere recear a conversa/confronto com os pais, 7% a pressa por parte dos profissionais e 1% receia que não os deixem falar.

Quanto aos assuntos que mais gostariam de discutir na consulta, a maioria referiu questões relacionadas com o peso (60) e com o crescimento (57). Os problemas de pele (21), consumo de drogas (32) e amizades (23) foram também referidos. Em último plano aparecem questões relacionadas com relações sexuais (19), consumo de tabaco (18) e álcool (17).

No que diz respeito ao internamento, 46% dos adolescentes inquiridos já tinham estado internados previamente. A maioria dos jovens (48%) respondeu, que na eventualidade de necessidade de internamento, gostaria que este ocorresse numa enfermaria própria para adolescentes, com 17% a preferirem uma enfermaria pediátrica. Apenas 3% preferiam ser internados numa enfermaria de adultos.

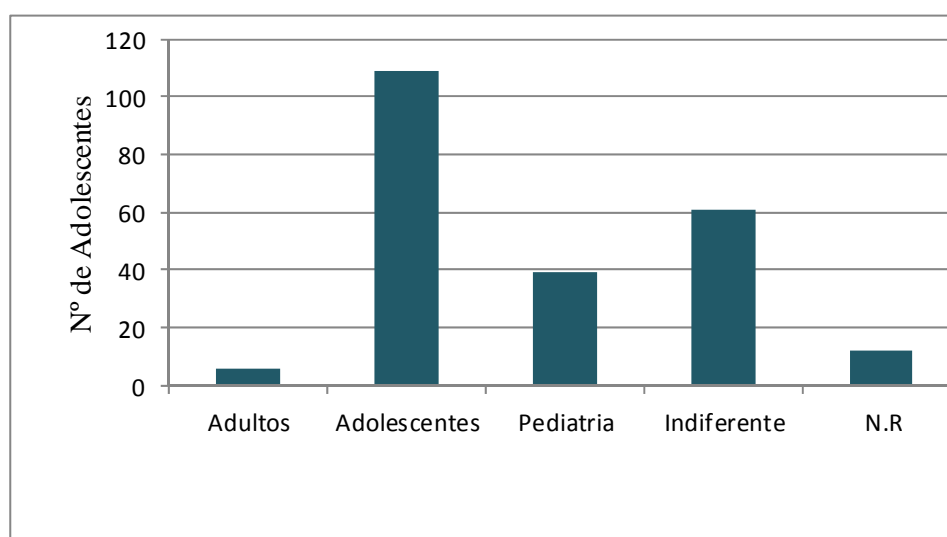


Gráfico 6 – Espaço próprio no internamento

Comentários

A maioria dos resultados encontrados foram semelhantes aos esperados e publicados noutros estudos, tendo em conta as características da população. A maioria dos adolescentes que responderam ao questionário encontrava-se numa fase precoce da adolescência (<13 anos), facto que pode explicar a maior dependência dos pais e, por exemplo, a necessidade da presença de um deles na consulta. Ao mesmo tempo, grande parte dos adolescentes da amostra era seguido em consulta há mais de um ano, provavelmente correspondendo a jovens com doença crónica, que tendem a retardar a sua procura de autonomia. Estes dois factos podem ainda ajudar a explicar a escolha de um médico do sexo feminino, já que muitos destes jovens, vêm o elemento do sexo feminino como figura maternal e cuidadora.

De notar que este estudo foi efectuado no ano de 2008, altura em que ainda não estava em vigor a Circular Normativa 2/2007 de 18/5/2007 da ARS Norte que alargou a idade de atendimento em Pediatria até aos 18 anos. Pensamos, que após esta alteração, muito provavelmente os resultados obtidos seriam diferentes, com as respostas dos jovens numa fase mais tardia da adolescência.

Foi interessante notar que muitos dos adolescentes aproveitam a consulta para falar acerca de problemas orgânicos (como o peso, questões relacionadas com a pele ou crescimento), mas os comportamentos aditivos (consumo de drogas, tabaco e álcool) são também um assunto que os preocupa e desejam que seja abordado.

Com este trabalho, ficou claro que uma percentagem significativa dos nossos adolescentes gostaria de um espaço próprio para a sua faixa etária, tanto a nível de consulta como no internamento, relembrando-nos a importância da instituição de Unidades de Adolescentes. É também perceptível a necessidade e importância da melhoria das condições físicas (espaço próprio, sala de espera e material de apoio) e funcionais do atendimento. Um espaço com horário flexível, acolhedor e familiar e até pequenas coisas como a adequação das zonas recreativas e de lazer são essenciais para facilitar a adaptação do adolescente, criando os tão necessários “AdolescentFriendlyHealthServices”.

Bibliografia

1. Organização Mundial de Saúde. Global consultation on adolescent friendly health services – a consensus statement, Geneva, 7-9 March 2001. Department of Child and Adolescent Health and Development.
2. Organização Mundial de Saúde. Adolescent Friendly Health Services – An Agenda for Change. Outubro 2002.
3. Russel M. Viner, Do Adolescent Inpatient Wards Make a Difference? Findings from a National Young Patient Survey, *Pediatrics*, October 2007, Vol. 120, Number 4, 749-755.
4. Miller NO, Friedman SB, Coupey SM. Adolescent preferences for rooming during hospitalization. *J Adolesc Health*. 1998;23:89-93.
5. Fonseca H., Compreender os Adolescentes – Um desafio para pais e educadores, Editorial Presença, 4ª edição.
6. Harriette B. Fox, et al; Advancing Medical Education Training in Adolescent Health; *Pediatrics* Vol.21, Nº5, May 2008.

Perturbação de ansiedade fóbica e pânico numa adolescente: o contributo das técnicas de indução hipnótica num protocolo de intervenção cognitivo-comportamental

Sandra Margarida Santos, Paulo José Costa

Centro Hospitalar Leiria-Pombal, EPE – Serviço de Pediatria (Leiria, Portugal)

Resumo

As Perturbações de Ansiedade são das desordens mais comuns em crianças e adolescentes. O conhecimento acerca da natureza, progressão e estratégias eficazes para a sua eliminação, constituem uma mais-valia para a prática clínica. O presente artigo tem como objetivo a apresentação de um caso clínico de uma adolescente com o diagnóstico de Perturbação de Ansiedade associada a uma Fobia Específica a Automóveis e a Veículos de Emergência, de forma a ilustrar os problemas que surgem no decorrer da terapia e da aplicação dos tratamentos que se mostram mais eficazes. Num outro plano, este caso pretende salientar a utilização de Procedimentos Hipnóticos, integrados num Protocolo Clínico de Intervenção Psicológica Cognitivo-Comportamental, de acordo com o Modelo Clínico para a Integração Psicológica da Hipnose (Pires & Ludeña, 2009). Com este artigo pretendemos ainda contribuir para um conhecimento mais alargado e profundo acerca das peculiaridades desta Perturbação, explicitando detalhadamente os procedimentos utilizados para a obtenção da eficácia e eficiência terapêuticas.

Palavras-Chave: Perturbação de Ansiedade, Fobia Específica, Adolescência, Família, Terapia Cognitivo-Comportamental, Hipnose Clínica.

Abstract

Anxiety Disorders are the most common disorders in children and adolescents. The knowledge about the nature, progression and effective strategies for their elimination are thus an asset for clinical practice. This article aims to present a clinical case of a teenager diagnosed with Anxiety Disorder and Specific Phobia associated to Cars and Emergency Vehicles, to illustrate the problems that arise during the therapy and treatments that are more effective. On another level, this case aims to highlight the use of hypnotic procedures, included in a protocol of psychological intervention, according to the Clinical Model for the Psychological Integration of Hypnoses (Pires & Ludeña, 2009). Thus, this article aims to contribute to a broader and deeper knowledge about this disorder, highlighting the procedures used to obtain the therapeutic effectiveness and efficiency.

Key-Words: Anxiety Disorder, Specific Phobia, Adolescence, Family, Cognitive-Behavioral Therapy, Clinical Hypnosis.

Introdução

As Perturbações de Ansiedade surgem quando o sistema de resposta à ansiedade funciona incorretamente e é hiper-reativado pelos acontecimentos vivenciados e/ou percebidos (Kendall et al., 2006). No caso apresentado, a ansiedade surgia por intermédio de estímulos internos que eram percebidos e ativavam respostas, como se de uma ameaça real se tratasse. Os sintomas das Perturbações de Ansiedade são comuns nas crianças cujos comportamentos são adequados e a sua diminuição parece estar relacionada com o aumento da idade. Porém, muitos medos e preocupações que se dissipam, normalmente com o tempo, podem ser reforçados e continuar mesmo após o seu valor para a sobrevivência ter terminado (King, Heyne & Ollendick, 2005).

As Perturbações de Ansiedade são dos problemas psicológicos mais frequentes entre crianças e adolescentes, apresentando taxas de prevalência entre os 15% e os 20% (Beesdo et al., 2009) e sendo mais comuns em raparigas do que em rapazes (King et al., 2005). No entanto, estas Perturbações têm sido subvalorizadas, quer pelos técnicos de saúde mental, quer pelas famílias, uma vez que são encaradas como uma problemática relativamente trivial (Connolly, Suarez & Sylvester, 2011). Na realidade, as Perturbações de Ansiedade são dos problemas psicológicos que mais se verificam nestas faixas etárias e não sendo tratadas de forma adequada e atempada, relacionam-se com o desenvolvimento de diversas perturbações emocionais na idade adulta (Barmish & Kendall, 2005).

Este artigo visa apresentar um caso clínico seguido no âmbito de uma Consulta de Psicologia Clínica de um Serviço de Pediatria de um Hospital Distrital, respeitante a uma adolescente com o diagnóstico de Perturbação de Ansiedade associada a Fobia Específica a Automóveis e a Veículos de Emergência. Este caso pretende, assim, expor uma apreciação mais vasta da forma como algumas crianças e pais manifestam esta perturbação, revelando as dificuldades experienciadas no tratamento com adolescentes, pelas características desenvolvimentais que apresentam, e decorrentes do envolvimento desadequado por parte da família, ilustrando ainda, a possibilidade de utilização de procedimentos hipnóticos na aplicação do protocolo terapêutico inserido nos pressupostos cognitivo-comportamentais, conforme estabelecido por Capafons (2009). Com este trabalho procuramos contribuir para um maior conhecimento acerca das crianças e adolescentes com estas perturbações, descrevendo detalhadamente os procedimentos de carácter terapêutico na intervenção psicológica delineada.

1. Apresentação do caso – Início e desenvolvimento das dificuldades

A adolescente do género feminino, de 13 anos de idade e estudante do 7º ano de escolaridade, foi encaminhada à Consulta de Psicologia Clínica do Serviço de Pediatria de um Hospital Distrital, tendo sido diagnosticada com Crises de Pânico e após múltiplas idas à Urgência Pediátrica por reações distónicas, descritas como uma persistente e exuberante dificuldade em andar e/ou estar de pé. Numa das diversas vezes que a adolescente recorreu à Urgência Pediátrica, (e na sequência de várias avaliações clínicas aí efetuadas), foi encaminhada para um Hospital Pediátrico Central, atendendo à necessidade de efetuar exames clínicos de forma a complementar o diagnóstico. A deslocação para o referido Hospital ocorreu num veículo de emergência médica, tendo sido percorrida a distância de cerca de 60 quilómetros. Para esta adolescente, a viagem constituiu um episódio traumático, tendo causado intenso medo e ansiedade, uma vez que o veículo no qual se deslocou era obsoleto e antiquado, havendo diversos problemas mecânicos durante o percurso realizado em autoestrada, tendo sido necessária a interrupção da circulação devido ao mau estado dos pneus. Esta experiência desencadeou um medo condicionado e fóbico a ambulâncias e ativou na adolescente o medo generalizado de viajar/ andar de carro, suscitando a partir de então, aparentes episódios de desequilíbrio/ perda de tonicidade nos membros inferiores, episódios de pânico e ansiedade generalizada, provocando a necessidade constante de amparar-se nos adultos significativos, sempre que se deslocava em veículos automóveis, (por ser incapaz de entrar ou sair destes de forma autónoma e independente).

Na primeira Consulta de Psicologia, a adolescente compareceu acompanhada pela sua mãe, apresentando um aspeto cuidado e apropriado ao contexto, idade e estatuto socio-económico. Manifestava um medo intenso e excessivo de viajar de automóvel, de ser atropelada ou de *algo de mal* lhe acontecer, na circunstância de se deslocar em veículos motorizados. Na situação de Entrevista Clínica, verificámos que o seu medo se intensificou e generalizou a diversos meios de transporte, tais como o carro, autocarro e todos os veículos de emergência médica (ambulância, carro dos bombeiros), evitando-os progressivamente devido à interpretação errónea das experiências de ansiedade que iam surgindo como indicadores de desastre iminente, (quer quando tinha que se expor diretamente devido à necessidade de os utilizar para deslocações, quer indiretamente, quando apenas os observava ou evocava). Este aspeto comportamental de evitamento era acompanhado por crenças distorcidas, nomeadamente por uma auto-conversa acerca da probabilidade de ocorrência de eventos negativos. Para além disso, as reduzidas capacidades de relaxamento da paciente resultaram ainda, em tensão física e emocional e num aumento exponencial da ansiedade em situações de deslocações ou viagens em veículos automóveis no seu quotidiano.

A intervenção psicológica efetuada teve a duração de um total de 29 sessões, realizadas ao longo de 3 meses, tendo-se procedido à avaliação da problemática apresentada pela paciente através dos seus relatos pessoais, dos seus auto-registos de monitorização da ansiedade, da observação direta, (nomeadamente aquando das exposições ao vivo e em imaginação) e ainda, da interação e envolvimento familiar, principalmente com a mãe e irmão mais novo, elementos familiares que conviviam com a paciente diariamente e que assumiram o papel de coadjuvantes terapêuticos.

2. A ansiedade como uma emoção (des)adaptativa

De acordo com Beck e Emery (2005), a ansiedade é uma emoção adaptativa, na medida em que as suas características têm vindo a ser adaptadas pela seleção natural, sendo que as suas funções assumem um carácter de sobrevivência e manutenção da condição de existência. Por conseguinte, podem ser facilmente entendidas quando se consideram as tarefas e os desafios que os Seres Humanos tiveram, no decurso da resolução do longo processo de evolução. A ansiedade é assim considerada como um alarme protetor, que desencadeia rápida e automaticamente, respostas defensivas que estão programadas para um conjunto de situações percecionadas como ameaçadoras.

De facto, as respostas ansiosas da adolescente alvo desta intervenção eram ativadas quando esta percecionava as situações como perigosas para a sua sobrevivência, nomeadamente aquando da utilização de transportes rodoviários (como o carro e o autocarro) ou quando, por exemplo, tomava contacto (visual e/ou sonoro) com ambulâncias. Foi possível compor estas respostas em três sistemas mensuráveis: (I) o relato verbal, composto pela descrição do estado subjetivo ou da intensidade de como se sente – *“as minhas pernas ficam presas e não consigo mesmo andar”*; (II) o comportamento motor característico da ansiedade, como sendo, por exemplo, as respostas de fuga ou de evitamento – *“não consigo andar de carro se não for a minha mãe a conduzir; não quero ouvir/ver uma ambulância”*; e (III) o padrão de ativação somática ou visceral, como sendo o batimento cardíaco acelerado, as dores de barriga, as dores de cabeça e os tremores nas pernas e braços.

Como é sabido, os sujeitos ansiosos evidenciam pensamentos distorcidos em relação ao perigo e a acontecimentos percecionados como sendo potencialmente negativos. Os pensamentos da adolescente focavam-se, frequentemente, no julgamento social negativo, referindo por exemplo, que os seus colegas de escola iam ridicularizá-la *“por não conseguir sair do autocarro sozinha”*, ou centrando-se em acontecimentos físicos negativos como: *“é perigoso andar de carro, pois posso ter um acidente”* ou *“pode-me acontecer alguma coisa de mal quando saio do carro”*.

Consequentemente, à semelhança do que ocorre com outros sujeitos que evidenciam vulnerabilidade para a ansiedade, a adolescente apresentava uma elevada dependência emocional, geralmente fomentada pelos pais, incapacitando-a para ser autónoma, acentuando ainda mais a problemática evidenciada, aspeto que constituía um fator de inadaptação e disfuncionalidade para o enfrentamento das situações ansiogéneas.

3. A perturbação de ansiedade

3.1. O diagnóstico

De acordo com os dados clínicos recolhidos e com os critérios de diagnóstico propostos pela DSM-IV-TR (2002), concretizámos ao nível do Eixo I, o diagnóstico: 300.29 de Fobia Específica [F40.2] de Tipo Situacional: Evitamento Fóbico de Veículos, atendendo a que a paciente preenchia todos os critérios de diagnóstico exigidos para esta perturbação.

Neste âmbito, a paciente manifestava um medo acentuado e persistente, excessivo e irracional, desencadeado pela presença ou antecipação de situações como andar de carro ou visualizar uma ambulância. Sempre que se aproximava destes veículos, a paciente temia a possibilidade de ter um acidente ou de ser atropelada, o que a levava a evitar determinados condutores ou mesmo a evitar os veículos (*“as minhas pernas ficam presas quando tenho que sair do carro”*) (**Critério A**).

A antecipação e a exposição aos carros e/ou ambulâncias provocavam uma resposta ansiosa imediata, sendo que a paciente sentia elevados níveis de ansiedade que se manifestavam a nível vegetativo, por agitação psicomotora (cujos sinais se prendiam com o tremor das pernas), dores de cabeça e batimento cardíaco acelerado; a nível cognitivo, pelo *“medo de ter um acidente”* e em pensamentos como *“e se o carro bater”*, *“e se a ambulância me vier buscar”* ou *“e se me acontecer alguma coisa”*; a nível emocional, pelo sentimento de ansiedade intenso; e a nível comportamental, manifestando-se através do choro. É de notar ainda que o choro e a procura de uma figura significativa (como a mãe ou o irmão), nas situações em que a paciente sentia elevados níveis de ansiedade, eram expressões da ansiedade predominante (**Critério B**).

A paciente não reconhecia que o seu medo era excessivo ou irracional, podendo este critério estar ausente tendo em conta o seu estágio desenvolvimental (**Critério C**).

É de salientar que a adolescente evitava viajar em determinados veículos rodoviários, nomeadamente quando não eram conduzidos pela sua mãe, enfrentando as viagens de carro (designadamente as idas para a escola, as excursões escolares ou os passeios de carro com os avós), com

intenso mal-estar e elevados níveis de ansiedade. Para lidar com as desconfortáveis sensações corporais e os restantes sintomas, a paciente recorria a variadas estratégias desadequadas, tais como, ouvir música, segurar-se à porta do carro, recusar-se a sair do carro e/ou a andar de autocarro, amparar-se na mãe e no irmão ao ir para a escola até se acalmar (**Critério D**).

O evitamento, a antecipação ansiosa e o mal-estar experimentados não eram por si referenciados verbalmente como tendo uma interferência significativa nas suas rotinas (**Critério E**), o que poderá ser justificado pela fase desenvolvimental em que se encontrava. No entanto, era possível perceber que as suas dificuldades acarretavam consequências negativas para a sua vida, nomeadamente:

- A nível escolar: o facto de se sentir muito ansiosa logo de manhã, aquando da saída do carro, tinha implicações a nível cognitivo, acarretando dificuldades de concentração nas aulas. Deste modo, o seu desempenho académico era pautado por algumas dificuldades e insucesso escolar, tendo mesmo ficado retida no 7º ano de escolaridade – nível escolar em que se encontrava. Nessa circunstância, verbalizava: “*não consigo estar concentrada*”; “*às vezes bloqueio*”; “*não consigo pensar em nada*”. Destacava-se ainda a recusa em relação à sua ida a visitas de estudo, acabando por ir sempre persuadida pelos seus pais;

- A nível emocional: sentia-se progressivamente mais ansiosa e com medo;

- A nível interpessoal: não dialogava com os seus amigos nas diversas excursões escolares, na medida em que a sua atenção estava permanentemente focada nos sintomas vegetativos da ansiedade;

- A nível familiar: os constantes comentários depreciativos do irmão e da mãe, relativamente à demora da paciente em sair do carro e alteração da rotina diária da própria e da sua mãe, que a transportava diariamente à porta da escola de carro e a ajudava a sair (quando anteriormente era desnecessário, pois deslocava-se em transporte público – autocarro). Para diminuir os níveis de ansiedade, a adolescente permanecia com o irmão na sua escola, e só posteriormente, se deslocava para a sua (embora sempre acompanhada por alguém significativo).

A paciente tinha menos de 18 anos e a sua perturbação uma duração superior a 6 meses (**Critério F**).

A ansiedade e o evitamento fóbico relacionavam-se com a possibilidade de morrer, por exemplo, como consequência de um acidente rodoviário ou de um atropelamento, pelo que não eram melhor explicados por outra perturbação mental (**Critério G**).

A Fobia Específica é definida, de acordo com Connolly e colaboradores (2011), como um medo excessivo e persistente que resulta na resposta ou antecipação a um objeto ou situação temidos explicitamente pelo sujeito. As Fobias Específicas tendem a ser involuntárias, inapropriadas e limitadoras da vida das crianças e adolescentes. Os estímulos temidos são habitualmente, evitados ou enfrentados com ansiedade ou sofrimento intensos.

3.2. Interferência

De uma forma geral, estas crianças tendem a sofrer em silêncio, uma vez que os seus pais encaram o problema como parte do seu desenvolvimento e, por esse motivo, não consideram a possibilidade de tratamento.

Quando as crianças e os adolescentes chegam ao acompanhamento psicológico, (e tal como a paciente demonstrou desde as primeiras sessões), revelam que a sua ansiedade pode resultar num sofrimento intenso e numa severa interferência para as suas vidas. A ansiedade exacerbada que era sentida nas situações supracitadas interferia nas relações com os seus pares, no desempenho académico, na coesão e nas atividades familiares, assim como, na sua auto-estima e bem-estar. A interferência mais marcante passava pela dificuldade da adolescente em andar de carro/autocarro, visto ser a situação em que a ansiedade se tornava mais insuportável, tendo em conta que este era o meio de transporte usado diariamente. A família teve que criar novas rotinas e deixou de interagir com os pares em atividades escolares, concentrando-se nos sintomas vegetativos da ansiedade. A paciente chegou mesmo a recusar um piquenique proporcionado pela escola, por implicar uma viagem de autocarro. Uma das interferências das Perturbações de Ansiedade é a redução das amizades e, subsequentemente, o desenvolvimento condicionado das competências normais de socialização. Como revela King e colaboradores (2005), as Perturbações de Ansiedade transtornam o desenvolvimento psicossocial normal da criança, conduzindo frequentemente à solidão, bem como à falta de assertividade.

Para além disso, o desempenho académico é afetado pela ansiedade. Para a paciente, as situações em que se sentia pressionada ou onde a concentração tinha uma maior preponderância, (como p.e., as situações de avaliação escolar), tornaram-se mais difíceis, sendo que diminuiu o seu rendimento académico ao ponto de reprovar, embora mantivesse hábitos de estudo diariamente em casa. Como será fácil perceber, toda a qualidade de vida da adolescente ficou afetada por aspetos que iam desde o stresse individual até às mudanças forçadas nas rotinas familiares.

3.3. Fatores de manutenção

Existem diversos fatores de vulnerabilidade associados à manutenção da ansiedade em crianças e adolescentes, como sendo: **(a)** a genética, com implicações no temperamento da criança; **(b)** a modelagem parental, mediante a qual a criança aprende pela observação e na interação com pais igualmente ansiosos, que propiciam o aumento da tendência da criança para evitar as situações desconfortáveis, reforçando a mensagem de que o “*mundo é um lugar perigoso*” e que as crianças não têm maneira de controlar a

ameaça (Connolly et al., 2011). Neste sentido, a mãe da adolescente mostrava-se sempre muito impaciente e ansiosa com a perturbação da sua filha, agindo frequentemente no sentido de evitar situações que a deixavam emocionalmente alterada; **(c)** a frequente hipervigilância, auto-observação e monitorização da paciente relativamente às sensações corporais negativas, estando a sua atenção permanentemente focada nos sintomas vegetativos da ansiedade; **(d)** os fatores cognitivos, como os constantes pensamentos negativos que a paciente referia ter em relação a algo de mal lhe poder acontecer, caso viajasse de carro ou de ambulância; **(e)** os comportamentos de evitamento, como recusar entrar em qualquer veículo que não fosse conduzido pela sua mãe ou, ainda, permanecer junto a ambulâncias. Estes evitamentos funcionavam como um reforço negativo, uma vez que eliminavam a resposta aversiva e, assim, aumentavam a frequência dos evitamentos, não permitindo desconfirmar a veracidade do conteúdo dos medos; **(f)** a adoção dos comportamentos de segurança, como, por exemplo, recorrer à ajuda do seu irmão e da sua mãe para sair do carro ou para passar próximo de uma ambulância; e **(g)** os erros no processamento da informação, designadamente a *sobregeneralização* – a adolescente generalizaram os sintomas de ansiedade experienciados naquela ambulância para todas as ambulâncias e automóveis; e, ainda, a *catastrofização* - a paciente catastrofizava as sensações corporais que experimentava.

4. A perturbação de ansiedade à luz dos fatores desenvolvimentais

Desde o início do processo terapêutico e ao longo de todo o processo de intervenção, foi importante ter em consideração os fatores desenvolvimentais, pelo facto de estarmos face a uma adolescente de 13 anos, havendo uma série de questões inerentes à sua idade às quais deveríamos atender. Tornou-se crucial ter em atenção o nível de desenvolvimento cognitivo, a crescente relevância do relacionamento interpessoal com os pares, o desenvolvimento do seu sentido de identidade, a procura de autonomia em relação aos progenitores, entre outras características. Vários estudos têm demonstrado que o conhecimento por parte do terapeuta de tais características, se relaciona diretamente com os efeitos do tratamento, potenciando o aumento da efetividade da Terapia (Beesdo et al., 2009). Desta forma, e como se tratava de uma adolescente, todo o problema teria de ser avaliado através do sistema envolvente composto pela família, os pares e a escola, contextos nos quais interagia diariamente (Holmbeck et al., 2004).

5. O processo terapêutico

Sendo este um caso de ansiedade exacerbada, e uma vez que as Terapias Cognitivo-Comportamentais se encontram largamente comprovadas nestas perturbações (APA, 2006; Silverman, Pina & Viswesvaran, 2008; Connolly et al., 2011), utilizaram-se uma série de estratégias inseridas no Modelo Cognitivo-Comportamental para as Perturbações de Ansiedade, bem como o estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na aceitação e na colaboração com o terapeuta, seguindo-se a explicação do Modelo Cognitivo-Comportamental para a ansiedade e a psico-educação acerca desta Perturbação. Já no decurso da Terapia, recorreremos a técnicas e procedimentos hipnóticos, visto serem um adjuvante efetivo no tratamento da ansiedade, contribuindo para a superação de alguns obstáculos iniciais e para a intensificação da eficácia terapêutica (Olness, 2008). Utilizaram-se ainda, os métodos de exposição comportamental e de autoinstrução, o relaxamento, o treino parental e a reestruturação cognitiva (Bolton, 2004; King et al., 2005; Connolly et al., 2011).

As crianças ansiosas têm uma maior tendência para ver o mundo como ameaçador ou perigoso. O principal objetivo de todo o processo terapêutico passou justamente, por mudar estas perceções. Para tal, os objetivos terapêuticos assentaram nos seguintes aspetos: **1)** viajar de carro sem qualquer controlo emocional; **2)** entrar e sair do carro/ autocarro adequadamente, confrontando ativamente os seus receios; **3)** visualizar ambulâncias/ carros de bombeiros comodamente, fazendo uma reinterpretação e uma reorganização cognitiva; **4)** superar os sintomas de ansiedade/ pânico.

De seguida, apresentamos um quadro síntese das sessões de intervenção psicológica realizadas, bem como, das estratégias terapêuticas que foram utilizadas em cada uma delas

Sessão 1	Avaliação Clínica / Entrevista Comportamental Semi-Estruturada Identificação dos medos-problema Diagnóstico Diferencial
Sessão 2	Treino de Relaxamento Psico-Educação
Sessão 3	Orientação e Suporte à Mãe Auto-Responsabilização do Comportamento
Sessão 4	Motivação para a Mudança Curva de Ansiedade Exposição à leitura de palavras estímulo aversivas
Sessão 5	Racional da Ansiedade Debate Cognitivo sobre necessidade de Exposição Definição de Regras Comportamentais
Sessão 6	Treino de Relaxamento Auto-Registos de Monitorização da Ansiedade Exposição

Sessão 7	Debate Cognitivo sobre Interferência da Ansiedade Orientação e Suporte à Mãe Exposição
Sessão 8	Motivação para a Mudança Exposição à leitura de palavras estímulo aversivas
Sessão 9	Avaliação Psicológica Cognitiva Debate Cognitivo sobre Evitamentos Exposição
Sessão 10	Medicação Exposição a Imagens Exposição ao Vivo
Sessão 11	Treino de Resolução de Problemas Exposição
Sessão 12	Debate Cognitivo acerca da Ansiedade Antecipatória Exposição a Ambulâncias
Sessão 13	Estratégias de Distração do Pensamento Debate acerca da Controlabilidade do Pensamento Exposição
Sessão 14	Debate acerca da Ansiedade Antecipatória Suporte à Mãe durante as Exposições Exposição
Sessão 15	Auto-Registos de Monitorização da Ansiedade Debate Cognitivo acerca do Registado Exposição
Sessão 16	Identificação dos PAN – Pensamentos Automáticos Negativos Definição de Regras Comportamentais Exposição
Sessão 17	Debate Cognitivo com o auxílio de Materiais Lúdicos Exposição
Sessão 18	Implementação de um Sistema de Reforços Exposição
Sessão 19	Exposição Cronometrada Atribuição dos privilégios
Sessão 20	Exposição a Imagens Exposição ao Vivo Reforço Positivo
Sessão 21	Exposição a Imagens Reforço Positivo e Prevenção das Recaídas
Sessão 22	Exposição a Ambulâncias Orientação e Suporte à Mãe
Sessão 23	Debate Cognitivo acerca do objetivo das Consultas Atividades Lúdicas Exposição a Ambulâncias
Sessão 24	Debate Cognitivo acerca da manutenção de uma Atitude Ativa
Sessão 25	Estratégias de Controlo da Ansiedade Auto-Discurso Interno de Compaixão
Sessão 26	Pesquisa acerca dos Medos Fóbicos Treino de Resolução de Problemas
Sessão 27	Reforço dos Progressos Escolares Exposição a Ambulâncias Treino de Respiração e Relaxamento por Indução Hipnótica
Sessão 28	Debate Cognitivo acerca do Início das Dificuldades Importância de identificar os PAN

	Exposição a Ambulâncias
	Motivação para Manutenção de uma Atitude Ativa
Sessão 29	Debate Cognitivo acerca da Possibilidade vs. Probabilidade de encontrar Ambulâncias em mau estado

Assim, iniciou-se o tratamento pelo estabelecimento de uma relação terapêutica adequada, de forma a promover o seu envolvimento na Terapia, a motivar e a incentivar o seu investimento e participação ativa, possibilitando a mudança e o sucesso terapêutico.

Realizou-se uma entrevista comportamental onde a paciente demonstrou uma atitude de colaboração, embora por vezes as suas respostas tivessem um grande tempo de latência e a participação fosse monossilábica. Inicialmente, manteve uma postura retraída e um contacto visual momentâneo; contudo o seu discurso era claro e coerente, com recurso à gíria específica da sua faixa etária. Construída uma boa relação terapêutica, manteve uma postura atenta e interessada ao longo de todo o processo terapêutico.

5.1. O modelo de intervenção cognitivo-comportamental

Seguidamente, procedemos à familiarização da paciente com o Modelo de Intervenção Cognitivo – Comportamental, fornecendo-lhe o racional do Modelo A-B-C, em termos da relação existente entre a situação (A), os pensamentos (B) e as emoções e os comportamentos (C) daí decorrentes. Foi-lhe explicado o racional da Ansiedade, tendo-se construído um modelo idiossincrático correspondente às suas dificuldades. Recordamos que a adolescente quando viajava de carro e visualizava, ouvia ou imaginava uma ambulância/ carro dos bombeiros, sentia ansiedade, que se traduzia num conjunto de sintomas vegetativos, tais como: tremores, suores, batimento cardíaco acelerado e tonturas. Na sequência desta sintomatologia, sentia-se ansiosa e com a sensação de que não conseguia andar, provocando-lhe sintomas de distonia temporária. Quando isto acontecia e a ansiedade ascendia, optava por não sair do carro, por não mencionar as palavras “ambulância” e “bombeiros”, acreditando que eram estes comportamentos que originavam a diminuição da sua ansiedade. No entanto, foi explicitado à paciente que os sintomas da ansiedade, após atingirem o seu auge, começariam a diminuir mesmo que permanecesse na situação temida. Ou seja, caso viajasse de carro, saísse do mesmo de forma autónoma e permanecesse próximo de uma ambulância, (tolerando os sintomas da ansiedade), criaria a possibilidade de perceber a diminuição espontânea desses sintomas, desconfirmado assim as suas crenças de perigosidade, relativamente aos

estímulos ansiógenos. Ao tolerá-los, conseguiria gradualmente, enfrentar essas mesmas situações sem que se sentisse tão ansiosa.

Simultaneamente, foi apresentado o racional da resposta ansiosa, nomeadamente acerca da sua função adaptativa e protetora, sendo esta explanada como sendo indispensável à sobrevivência e não representando nenhum perigo para a continuidade do Ser Humano. De referir que à medida que iam sendo transmitidas estas informações, mostrou uma compreensão fácil e alguma perplexidade.

A perceção enviesada da realidade desencadeia a sintomatologia ansiosa e o foco da atenção centralizado nas sensações corporais e emocionais que daí advêm, reforçando a interpretação errónea da realidade. Deste modo, a perceção distorcida da realidade e os sintomas da ansiedade, ocorrem em simultâneo e influenciam-se mutuamente. Assim, quando a paciente tentava permanecer junto de uma ambulância, lembrava-se de que se sentira mal no passado, fazendo com que focasse a sua atenção nas sensações corporais, criando assim um estímulo interno que era interpretado como ameaçador. Consequentemente surgia a ansiedade, que se traduzia nos sintomas vegetativos e emocionas supracitados. Ao focar-se nas suas sensações corporais, o organismo acionava uma série de respostas evolucionárias da ansiedade, como se a ameaça fosse real. Por este motivo, o seu corpo ficava mais ativo, com o ritmo cardíaco acelerado, com transpiração e tremores, recebendo “ordens” mentais no sentido de não sair do carro ou de evitar as ambulâncias.

Ao tolerar a ansiedade e ao permitir a desconfirmação das suas crenças, poderia verificar a distinção existente entre a perigosidade e o desconforto da resposta ansiosa. Para além disso, apesar de ser possível que tivesse um acidente de carro/ ambulância ou de ser atropelada, a probabilidade de que algo deste género acontecesse era muito baixa.

5.2. O debate cognitivo

O Debate Cognitivo assume, ao longo de toda a Terapia, um papel crucial. De acordo com Connolly e colaboradores (2011), é com este recurso terapêutico que se evidencia a função do pensamento mal adaptativo e a sua repercussão no comportamento mal adaptativo, assentando na mudança do processo cognitivo distorcido. O Debate Cognitivo contempla a identificação e a modificação do auto-discurso negativo, juntamente com a construção de um novo modo de “ver” e de gerir as situações (Kendall et al., 2006). Neste plano, debatemos as interpretações erróneas que frequentemente fazia acerca dos estímulos ansiógenos, como *“ouvi uma ambulância e pensei logo que me vinha buscar”*, tendo sido construídas

estratégias para lidar com esses pensamentos automáticos, criando pensamentos alternativos, como “*não me estou a sentir mal. Não chamei nenhuma ambulância*”. Os Debates Cognitivos foram realizados, maioritariamente, tendo por base as grelhas de registos de monitorização de ansiedade.

Ainda neste contexto, procurámos identificar com a adolescente os fatores de manutenção da sua ansiedade extrema, tal como foi supracitado. Posteriormente, debatemos com a paciente as consequências a longo prazo, de tais comportamentos, compelindo-a para a mudança. No âmbito desta estratégia, foram gerados cenários imagéticos positivos, evocativos de atitudes de enfrentamento e superação das dificuldades e de incremento de expectativas positivas e do êxito em relação ao próprio tratamento.

Como recurso terapêutico, recorreremos também ao livro “*Pôr o Medo a Fugir - As Aventuras da Joana Contra o Medo*”, estratégia bibliográfica enquadrada no modelo de intervenção da Terapia Narrativa da Ansiedade (Gonçalves, 2002). O livro demonstrou ter um impacto positivo, sendo que a paciente sentiu ser também capaz de ultrapassar os seus próprios medos. Para além disso, no decurso do processo terapêutico, foram sendo transpostas várias estratégias utilizadas pela personagem da narrativa, e durante os exercícios de Exposição comportamental, a adolescente referia-se ao que lera, como que de um exemplo a ser seguido.

O Debate Cognitivo foi igualmente auxiliado por múltiplas atividades lúdicas em que a paciente era confrontada com os estímulos temidos, e ao invés de os evitar, era motivada e apoiada a encontrar respostas comportamentais adequadas.

5.3. Treino de resolução de problemas

Todo o Debate Cognitivo efetuado englobou o Treino de Resolução de Problemas, uma vez que não nos focámos somente nas suas dificuldades ou nos seus comportamentos mal-adaptativos, tendo-se gerado igualmente, soluções para o problema apresentado. Assim, após a descrição do problema e dos principais objetivos terapêuticos, formularam-se soluções alternativas que posteriormente foram colocadas em prática, o que permitiu à paciente verificar o sucesso da sua escolha e aprender a gerar modos adequados de lidar com as diferentes situações, atendendo também a potenciais problemas futuros (Kendall et al., 2006). Neste sentido, o Debate Cognitivo centrou-se na dificuldade da paciente em sair do carro sozinha e nas viagens de estudo às quais não queria comparecer. Visto que a ansiedade não impediria que se comportasse de forma adequada, decidimos que a adolescente passaria a sair do carro sem ajuda,

demorando o tempo que achasse necessário para o poder fazer sozinha, tendo que obrigatoriamente comparecer a todas as viagens de estudo organizadas pela escola.

Desta forma, aprendeu a gerar alternativas que lhe permitissem adquirir um comportamento mais adequado e a gerir as suas emoções negativas. O Debate Cognitivo na terapia com crianças e adolescentes, bem como o Treino de Resolução de Problemas, depende sempre do nível de desenvolvimento cognitivo que a criança apresenta (Bolton, 2004). Estamos perante uma adolescente com as capacidades cognitivas ajustadas, que incluíam o pensamento abstrato e sequencial, assim como o pensamento sobre diversas perspetivas e sobre o próprio pensamento (Holmbeck et al., 2004).

5.4. Técnicas de indução hipnótica

De acordo com o Modelo Clínico para a Integração Psicológica da Hipnose - MCIPH – a introdução de Técnicas de Indução Hipnótica no tratamento das Perturbações de Ansiedade em crianças e adolescentes favorece a adesão terapêutica por parte dos pacientes, bem como a sua motivação para a mudança, criando perspetivas positivas face ao futuro (Pires & Ludeña, 2009). Com efeito, os ganhos terapêuticos provenientes do recurso às técnicas e procedimentos hipnóticos têm sido empiricamente comprovados devido, nomeadamente, ao *“efeito surpresa”* das sugestões realizadas, que promovem a evocação de automatismos geradores da perceção da mudança com pouco esforço, sofrimento e mal-estar psicológico (Saadat & Kain, 2007; Wester & Sugarman, 2007). Neste sentido, a utilização dos procedimentos hipnóticos permitiram que a adolescente alterasse as suas expectativas iniciais de incapacidade para ultrapassar as suas dificuldades e para normalizar o seu quotidiano. Após o uso combinado das estratégias comportamentais, cognitivas e de indução hipnótica, a paciente modificou a sua atitude pouco acolhedora e reticente relativamente às diretrizes apresentadas, assim como, a constante hipervigilância para com os sintomas da ansiedade, aumentando a sua perspetiva de auto-eficácia. Para além disso, e de acordo com Olness (2008), os procedimentos de Indução Hipnótica auxiliam na redução da ansiedade e no incremento da sensação de conforto.

5.5. Exposição ao vivo

Simultaneamente ao Debate Cognitivo e ao Treino de Resolução de Problemas, procedemos à hierarquização das situações que se apresentavam como ansiógenas para a paciente. Das diversas situações evitadas, viajar de carro era o comportamento que acarretava um menor esforço. Pelo contrário,

sair do carro, assim como permanecer junto às ambulâncias e carros de bombeiros eram os medos que maiores dificuldades lhe suscitavam. De seguida, expusemos a paciente a estas situações de forma sistemática e gradual, com o objetivo de reestruturar as interpretações catastróficas, através da dessensibilização dos estímulos temidos e da revogação das crenças erróneas acerca da perigosidade dos sintomas de ansiedade (Connolly et al., 2011). A Exposição contribuiu para que mobilizasse uma atitude mais ativa na sua recuperação, facilitando ainda a expressão dos sentimentos e emoções que o estímulo ansiógeno provocava (Bolton, 2004). Neste contexto, diversos estudos demonstram que as estratégias comportamentais reduzem o medo subjetivo e o evitamento associado à Fobia Específica (APA, 2006).

5.6. Técnica do modelamento

Num quadro de intervenção psicológica de cariz Cognitivo-Comportamental com recurso a técnicas de Exposição, a Técnica do Modelamento assume-se como uma importante estratégia no tratamento de crianças e adolescentes ansiosas, uma vez que estas têm a oportunidade de imitar alguém a dar uma resposta apropriada, reduzindo assim o seu medo e adquirindo capacidades adequadas para lidar com as diversas situações (Kendall et al., 2006). Durante as sessões de Exposição, a terapeuta fez sempre o comportamento adequado em primeiro lugar, saindo do carro assim que este se encontrava parado ou estacionado, caminhando pelo estacionamento ou junto às ambulâncias. Posteriormente, estes comportamentos foram sendo feitos em conjunto, sendo que a paciente demorava sempre o tempo de que necessitava para os fazer, tolerando a ansiedade. Este modelamento participativo fez com que retivesse mais facilmente o comportamento modelado, ganhando confiança em si própria e aumentando a sua auto-eficácia.

Complementarmente à adesão a estas estratégias, promoveram-se algumas regras comportamentais relativas ao funcionamento dos exercícios de treino, sempre com o objetivo de sair do carro autonomamente, recusando a ajuda do irmão e/ ou da mãe. Para que estas regras fossem concretizadas com sucesso, debatemos com a mãe e o irmão a importância de permitirem à paciente sair do carro sozinha e de desvalorizarem o tempo de demora, para executar o comportamento adequado.

5.7. Treino de respiração e de relaxamento

Nas diversas sessões terapêuticas foi explicado e executado o Treino de Respiração e de Relaxamento, de forma que a paciente adquirisse competências para gerir os sintomas somáticos da

ansiedade (Connolly, 2011), uma vez que a adolescente se apresentava continuamente com grande tensão muscular (na zona dos ombros), provocando-lhe frequentes dores de cabeça. A paciente mostrou-se sempre receptiva ao uso destas técnicas, tendo sido usadas, tanto em situação de consulta psicológica, como durante e após as sessões de Exposição, quer estas fossem induzidas, quer fossem ao vivo. O Treino de Respiração e de Relaxamento provocava efeitos imediatos, sendo que a adolescente se acalmava, parava de chorar e conseguia concentrar-se por alguns minutos nos exercícios que lhe eram solicitados, ao invés de estar permanentemente concentrada nos sintomas vegetativos da ansiedade.

5.8. Estratégias de reforço e *shaping*

Implementaram-se algumas estratégias de reforço e *shaping* que a mãe usou (p.e., sempre que esta conseguia sair ou se esforçava por abandonar o carro sozinha, demorando menos tempo, isto é, fazendo o comportamento adequado, conseguindo tolerar a ansiedade). Neste plano, foi estabelecido, a par do uso do elogio concomitante ao comportamento adequado, um sistema de recompensas associadas a regras comportamentais, por forma a aumentar a motivação e o empenho da paciente. De facto, a literatura demonstra que as crianças e os adolescentes beneficiam quando recorremos às recompensas usadas como reforço contingente às ações adequadas (Connolly, 2011). A adolescente mostrou entusiasmo pela conquista dos privilégios por si escolhidos, e toda a família se envolveu de forma que esta estratégia fosse bem-sucedida. Par além destas estratégias e do reforço positivo usado através do elogio, promovemos na paciente a capacidade de auto-avaliar a sua própria prestação e a capacidade para se auto-elogiar, sempre que os objetivos eram atingidos.

5.9. Ganhos terapêuticos

No decurso do processo terapêutico verificou-se a remissão dos sintomas de ansiedade patológica e de pânico. A inclusão das Técnicas Hipnóticas no Protocolo de Intervenção Psicológica parece ter contribuído para superar dificuldades iniciais, nomeadamente no que diz respeito à colaboração da paciente na Terapia, aumentando a eficácia da implementação de algumas técnicas mais aversivas.

Com efeito, as melhorias da paciente refletiram-se: **(a)** na normalização das rotinas familiares, designadamente nas idas para a escola de manhã; **(b)** no aproveitamento académico, uma vez que ficara retida no ano letivo em que se encontrava (aprendendo a tolerar a ansiedade, particularmente durante as avaliações escolares, conseguindo tirar um maior partido das suas capacidades e melhorar o seu

desempenho), tendo alcançado resultados positivos à totalidade das disciplinas; e **(c)** nos relacionamentos interpessoais, sendo que se manteve mais próxima dos seus pares, integrando-se nas conversas e nas atividades durante os recreios escolares. As melhorias da paciente refletiram-se, igualmente, no seu estado emocional.

Procurámos, igualmente, prevenir as recaídas, através da antecipação de possíveis dificuldades futuras e do treino de estratégias de *coping* eficazes. Neste contexto utilizaram-se sugestões centradas: **(a)** no êxito da terapia; **(b)** no fortalecimento do “Eu”; **(c)** no aumento da capacidade para alcançar os seus objetivos; **(d)** na modificação de aspetos subjetivos, tais como as sensações de relaxamento e de autocontrolo; **(e)** na alteração do foco da atenção; **(f)** e em metáforas que visavam a mudança de atitude relativamente às suas dificuldades e, também, o incremento de segurança e de auto-estima (Hudson, 2009).

6. O envolvimento familiar na terapia

Durante o processo de intervenção psicológica no âmbito de uma Perturbação de Ansiedade em crianças e adolescentes, o envolvimento da família de uma forma equilibrada torna-se fundamental. Os pais desempenham um importante papel na superação das dificuldades das crianças, tal como se verificou neste caso (Barmish & Kendall, 2005; APA, 2006). Não obstante o trabalho conjunto concretizado com a paciente e com a mãe, no sentido de toda a família se envolver de forma ativa na intervenção, (por exemplo, repetindo em casa os exercícios aprendidos e realizados em consulta), tornou-se necessário trabalhar somente com a mãe da paciente, designadamente no que respeita às suas expectativas. Segundo Silverman e colaboradores (2008), as sessões parentais devem incluir o treino para a gestão da sua própria ansiedade, bem como o ensinamento para não reforçarem os comportamentos ansiosos dos seus filhos, reduzindo o conflito familiar. De facto, e tal como acontece com muitos pais de crianças ansiosas, a mãe da paciente mostrava-se frequentemente ansiosa e impaciente, esperando resultados rápidos na redução da ansiedade da filha e na normalização do seu quotidiano.

Devido à sua própria ansiedade, a mãe optou algumas vezes por atitudes que prejudicavam a sua filha. Perante as dificuldades demonstradas pela paciente em sair do carro sozinha, a sua mãe tendia a ajudá-la, amparando-a e superprotegendo-a, desligava o carro e ia buscá-la pela mão. Também nas várias sessões de Exposição que foram realizadas, demonstrava impaciência perante a demora da adolescente em concretizar os exercícios, perturbando diversas vezes a terapêutica, ao pressionar, gritar e empurrar a paciente. No entanto, esta atitude foi alterada, colaborando com as diretivas da terapeuta e respeitando o

ritmo a que a terapia decorria e a sua filha progredia. Deste modo, numa primeira fase, a intervenção deve ser direcionada para a redução da ansiedade parental, de forma que haja uma mudança efetiva nas interações entre mãe e filha.

Embora tenha havido esta necessidade de trabalhar a ansiedade materna, é indiscutível a importância e o papel fundamental que desempenhou nos progressos da paciente, pelo modo como se envolveu nas diversas fases da Terapia, compreendendo e executando de forma ativa todas as sugestões feitas.

Conclusões

Conforme explanámos, foram evidentes os ganhos terapêuticos obtidos com a utilização dos diferentes procedimentos explicitados, tendo sido possível a integração de Técnicas e Procedimentos Hipnóticos num Protocolo Cognitivo-Comportamental delineado, que suscitaram uma manutenção dos efeitos positivos das restantes técnicas. Em nosso entender tal ocorreu porque as sugestões utilizadas provocaram um *“efeito surpresa”*, favorecendo a evocação de automatismos geradores da percepção de mudança (com pouco esforço, sofrimento e mal-estar psicológico). Simultaneamente, estes procedimentos levaram a que a adolescente alterasse as expectativas negativas reveladas no início e decurso da Terapia, como sendo a incapacidade de ter no seu corpo/ mente os automatismos necessários para o favorecimento da adesão terapêutica e promoção da motivação para a mudança, criando uma perspetiva positiva face ao futuro. Por último, propiciaram a manutenção e a generalização dos ganhos terapêuticos alcançados, potenciando a prevenção de recaídas. Neste contexto utilizaram-se sugestões centradas: (1) no êxito da Terapia; (2) no fortalecimento do “Eu”; (3) no aumento da capacidade para alcançar os objetivos; (4) na modificação dos aspetos subjetivos, favorecendo sensações de relaxamento e autocontrolo; (5) na focalização da atenção; (6) e nas metáforas, visando a mudança de atitudes relativas à sua problemática e o aumento da segurança e auto-estima (Barmish & Kendall, 2005; Wester & Sugarman, 2007; Hudson, 2009).

Com o recurso às diferentes técnicas terapêuticas descritas, verificou-se que a paciente alterou a sua atitude hipervigilante, refratária e pouco acolhedora das estratégias apresentadas. No decorrer da terapia verificou-se a remissão dos sintomas de ansiedade patológica e pânico. Após a introdução dos Procedimentos Hipnóticos, a paciente colaborou e uniu-se às propostas do terapeuta. Acreditamos que a inclusão das Técnicas Hipnóticas no protocolo de intervenção psicológica adotado contribuiu para superar algumas dificuldades verificadas na implementação de técnicas mais aversivas. Num outro plano, possibilitou o incremento da eficiência e eficácia dessas técnicas, sendo por isso um indicador que viabiliza a inclusão destes procedimentos terapêuticos no repertório profissional do psicólogo a trabalhar em

contexto clínico e de saúde pediátrica, como um adjuvante integrado nos protocolos estabelecidos, sempre que tal se adequa à terapia psicológica selecionada.

Bibliografia

1. APA Working Group on Psychoactive Medications for Children and Adolescents. (2006). *Report of the Working Group on Psychoactive Medications for Children and Adolescents. Psychopharmacological, psychosocial, and combined interventions for childhood disorders: Evidence base, contextual factors, and future directions*. Washington, DC: American Psychological Association.
2. Barmish, A.J. & Kendall, P.C. (2005). Should Parents Be Co-Clients in Cognitive-Behavioral Therapy for Anxious Youth? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34 (4), 569-581.
3. Beck, A.T. & Emery, G. (2005). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. USA: Basic Books.
4. Beesdo, K., Knappe, S. & Pine, D.S. (2009). Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *Psychiatric Clinic North America*, 32 (3), 483-524. doi: 10.1016/j.psc.2009.06.002.
5. Bolton, D. (2004). Cognitive Behavior Therapy for Children and Adolescents: Some Theoretical and Developmental Issues. In P.J. Graham (Ed.), *Cognitive Behavior Therapy for Children and Families*. Cambridge: University Press.
6. Capafons, C. (2009). Hiposis clínica: Una Visión Cognitivo-Comportamental. In C.L. Pires & E.J.R. Santos (Eds.), *Hipnose Clínica: Fundamentos e Aplicações em Psicologia da Saúde*. Viseu: Psicossoma.
7. Connolly, S.D., Suarez, L. & Sylvester, C. (2011). Assessment and Treatment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Current Psychiatry Reports*, 13, 109-112. doi: 10.1007/s11920-010-0173-z.
8. DSM-IV-TR (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
9. Gonçalves, Miguel (2002). *Pôr o Medo a Fugir: As Aventuras da Joana Contra o Medo*. Coimbra: Campo das Letras.
10. Gonçalves, M. & Henriques, M.R. (2002). *Terapia Narrativa da Ansiedade. Manual Terapêutico para Crianças e Adolescentes*. Coimbra: Quarteto.
11. Holmbeck, G.N., Greenley, R.N. & Franks, E.A. (2004). Developmental Issues in Evidence-Based Practice. In P.M. Barrett & T.H. Ollendick (Eds.), *Interventions that Work With Children and Adolescents. Prevention and Treatment*. New York: John Wiley & Sons.
12. Hudson, L. (2009). *Scripts and Strategies in Hypnotherapy with Children: For Young People Aged 5 to 15*. Glasgow: Crown House Publishing.
13. James, A.C.J., Soler, A. & Weatherall, R.W. (2007). Cognitive Behavioural Therapy for Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 2, 1248-1275. doi: 10.1002/14651858.CD004690.pub2.
14. Kendall, P.C., Chansky, T.E., Freidman, M., Kim, R., Kortlander, E, Sessa, F.M. & Siqueland, L. (2006). Treating Anxiety Disorders in Children and Adolescents. In C. Kendall (Ed.), *Child and Adolescent Therapy: Cognitive Behavioral Procedures*. USA: Lavoisier.
15. King, N.J., Heyne, D. & Ollendick, T.H. (2005). Cognitive-Behavioral Treatments for Anxiety and Phobic Disorders in Children and Adolescents: A Review. *Behavioral Disorders*, 30 (3), 241-257.
16. Olness, K. (2008). Helping Children and Adults with Hypnosis and Biofeedback. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 75 (2), 539-543.
17. Pires, C.L. (2003). *Manual de Psicopatologia: Uma Abordagem Biopsicossocial*. Leiria: Editorial Diferença.

18. Pires, C.L. & Ludeña, M.A. (2009). Modelo Clínico para a Integração Psicológica da Hipnose. In C.L. Pires & E.J.R. Santos (Eds.), *Hipnose Clínica: Fundamentos e Aplicações em Psicologia da Saúde*. Viseu: Psicossoma.
19. Silverman, W.K., Pina, A.A. & Viswesvaran, C. (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37 (1), 105-130. doi: 10.1080/15374410701817907.
20. Saadat, H. & Kain, Z.N. (2007). Hypnosis as a Therapeutic Tool in Pediatrics. *Pediatrics*, 120 (1), 179-181. doi: 10.1542/peds.2007-1082.
21. Wester, W.C. & Sugarman, L.I. (2007). *Therapeutic Hypnosis with Children and Adolescents*. Bethel: Crown House Publishing.

Qual é a alimentação dos adolescentes?

Joana Magalhães¹, Carla Ferreira¹, Liliana Macedo²

¹ Interna complementar de Pediatria

² Assistente Hospitalar de Pediatria

Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar do Alto Ave

Resumo

Introdução: A adolescência é um período de grandes desafios, sendo importante em cuidados de saúde uma abordagem global das suas vertentes biopsicossociais, com a alimentação como uma questão essencial. No presente trabalho pretende-se analisar os hábitos alimentares dos adolescentes acompanhados na consulta de Pediatria – Adolescentes do Centro Hospitalar do Alto Ave.

Métodos: Estudo retrospectivo, por consulta dos processos clínicos, estando registado no diário de consulta o inquérito alimentar (descrição de um dia). Caracterização da amostra quanto a idade, sexo, motivo de consulta e estado ponderal. Foi abordado o número e tipo de refeições ingeridas de legumes e fruta, leite e derivados, fast-food, bolos e refrigerantes.

Resultados: Foram analisados 89 adolescentes, 23 do sexo masculino, com mediana de idades de 16 anos. Trinta e três foram referenciados à consulta por motivo não orgânico, sendo noutros 3 o peso excessivo o motivo. Doze (13,5%) tinham excesso de peso ou obesidade como problema identificado. A prática de desporto era referida por 44%. Um quinto omitia o pequeno almoço, 11,2% não ingeriam diariamente laticínios. A maioria comia sopa (53,9%) e fruta (61,8%) diariamente. Apenas 5,6% tinham hábito de ingerir fast food, mas 52,8% referiam consumo diário de refrigerantes e 37,1% de bolos. Relacionando hábitos com características da amostra, verifica-se que todos os que não bebiam leite eram raparigas, e a presença regular de fruta na dieta ocorria mais nos rapazes. O motivo de consulta, o estado ponderal e a prática de desporto não registaram relação significativa com a alimentação. Verificou-se associação positiva entre o consumo de bolos e refrigerantes.

Discussão: Na adolescência os erros alimentares são frequentes, transversais e muitas vezes associados entre si. Na nossa amostra não se verificou associação com o excesso ponderal. A alimentação é um determinante da saúde, muito para além da questão ponderal, estando os erros associados ao risco de doença cardiovascular em adulto. Os erros tendem a persistir ao longo da vida, sendo importante investir na educação alimentar.

Introdução

A adolescência é um período da vida que se inicia com a puberdade e termina quando cessa o crescimento biológico e a maturação psicossocial. Durante este período o jovem adquire até 50% do seu peso e 25% da altura, assim como até 50% da massa óssea, além de ocorrerem importantes alterações na composição corporal.¹ Assim, uma alimentação adequada é essencial para que o jovem atinja o seu potencial de crescimento e desenvolvimento, além de garantir um aporte adequado em macro e micronutrientes.

O excesso de peso e a obesidade, com prevalência crescente, estimada em cerca de 1/5 dos jovens em Portugal,² são a manifestação mais visível dos erros alimentares e do sedentarismo, mas também são relevantes os défices de nutrientes como ferro e vitaminas, alterações de desenvolvimento cerebral e aprendizagem, assim como consequências a longo prazo no risco cardiovascular e doença oncológica.^{3,4,5,6} Uma alimentação saudável é um dos determinantes da saúde, contribuindo de forma determinante na prevenção das doenças crónicas.^{3,4}

Nesta faixa etária é determinante a influência do grupo de pares, sendo muitas vezes assumida uma alimentação menos saudável e mais valorizada socialmente, apesar da família manter um papel central nos hábitos alimentares, nomeadamente no consumo de pequeno almoço e na ingestão ou não de um jantar caseiro em família.^{5,7,8,9}

A consulta externa é uma oportunidade por excelência para transmitir informação, motivar para a aquisição de hábitos saudáveis, assim como contribuir para uma imagem corporal positiva e pensamento crítico sobre atitudes.

Para contribuir para uma mudança de comportamentos importa conhecê-los.^{3,9} Neste sentido, o objetivo deste trabalho é conhecer e analisar os hábitos alimentares dos adolescentes acompanhados na consulta de Pediatria – Adolescentes do Centro Hospitalar do Alto Ave (CHAA).

Material e Métodos

Estudo retrospectivo, realizado através da consulta dos processos clínicos dos adolescentes acompanhados na Consulta Externa de Pediatria – Adolescentes do CHAA no ano de 2011. Dos registos da consulta faz parte um inquérito alimentar, feito pela descrição de um dia típico. A amostra foi caracterizada

quanto a idade, sexo, motivo de consulta e estado ponderal. O motivo de consulta foi classificado como comprovada ou provavelmente orgânico e não orgânico.

Foi abordado o número e tipo de refeições, ingestão de legumes e fruta, leite e derivados, fast-food, bolos e refrigerantes. Foi considerado como desejável a realização de 5 refeições diárias, assim como o consumo de sopa e fruta pelo menos uma vez por dia, e pelo menos duas porções de leite ou derivados.^{1,10,11,12,13} Em relação à sobremesa, foi considerado desejável o consumo de fruta, e classificados como consumidores de leite ou doces os adolescentes que referiam estas sobremesas como um hábito em pelo menos uma das refeições principais.

Relativamente à atividade física, considerou-se a participação numa atividade organizada escolar e extra-escolar.

Para realização de comparação de hábitos por grupo etário, foram consideradas idades entre 10 e 13 anos, 14 a 16 anos e 17 anos.

Os dados foram trabalhados utilizando Microsoft Excel 2007 e SPSS 17. Para comparação de proporções foi utilizado o teste de qui-quadrado e teste exato de Fisher, considerando-se um nível de significância de 0,05.

Resultados

Foram considerados os registos de 89 adolescentes, dos quais 23 do sexo masculino. A média de idades à data do registo foi de 15,44 anos (mínimo 11,49, máximo 17,99), e a mediana 16 anos. O motivo de orientação para a consulta foi não orgânico em 33, e em 3 relacionava-se com peso excessivo. Doze (13,5%) apresentavam como problemas identificados o excesso de peso ou obesidade e em cinco havia a suspeita de perturbação do comportamento alimentar. Apenas 44% participavam numa atividade física organizada, além da obrigatória na escola (dois não tinham registo desta informação).

Os hábitos alimentares analisados estão registados na tabela 1.

A sobremesa ingerida mais frequentemente foi a fruta (50 casos) havendo seis que consomem diariamente doces e 16 ingerem o iogurte.

As refeições omitidas eram o pequeno-almoço e os snacks do meio da manhã e meio da tarde.

Dos consumidores habituais de sumos/refrigerantes, 14 referia o consumo diário de dois ou mais, situação semelhante a 13 dos consumidores habituais de doces ou bolos.

	Sim	Não	Às vezes
Toma pequeno almoço?	71 (79,7%) (6 apenas leite)	18 (20,2%)	
Omite refeições?	45 (50,6%)	44 (49,4%)	
Costuma fazer ceia?	27 (39,3%)	48 (53,9%)	14 (15,7%)
Ingere leite diariamente?	79 (88,8%) (17 - porção)	10 (11,2%)	
Ingere sopa habitualmente?	48 (53,9%)	25 (28,1%)	16 (18%)
Ingere fruta habitualmente?	55 (61,8%)	15 (16,9%)	19 (21,3%)
Ingere refrigerantes habitualmente?	34 (38,2%)	47 (52,8%)	7 (7,9%)
Ingere fast food habitualmente?	5 (5,62%)	76 (85,39%)	8 (9%)
Ingere doces/bolos habitualmente?	33 (37,1%)	45 (50,6%)	10 (11,2%)

Tabela 1 – Hábitos alimentares dos adolescentes

Relativamente à comparação de hábitos entre géneros e entre grupos etários, verificou-se que todos os que negavam consumo habitual de leite eram raparigas e um consumo regular de fruta era mais frequente nos rapazes e nos adolescentes mais novos. Não se verificou qualquer relação estatisticamente significativa com estado ponderal, participação em atividade física organizada ou com motivo de consulta (tabela 2).

	Género	Idade	Motivo de consulta	Estado ponderal	Atividade física
Pequeno almoço	M 78,3% F 80,3% (p=0,834)	10-13: 85,0% 14-16: 78,6% 17: 76,9% (p=0,797)	Orgânico 80,4% Não orgânico 78,8% (p=0,838)	Normal 79,2% Excesso 83,3% (p=0,744)	Sim 84,6% Não 73,0% (p=0,301)
Omitir refeições	M 43,9% F 53% (p=0,475)	10-13: 40,0% 14-16: 33,4% 17: 46,2% (p=0,47)	Orgânico 55,4% Não orgânico 39,4% (p=0,188)	Normal 56,6% Excesso 50,0% (p=0,967)	Sim 43,6% Não 58,3% (p=0,200)
Consumo de sopa	M 52,2% sim, 1,3% às vezes F 54,5% sim, 19,7% às vezes (p=0,63)	10-13: 45,0% sim, 15,0% às vezes 14-16: 57,1% sim, 14,3% às vezes 17: 53,8% sim, 38,3% às vezes (p=0,141)	Orgânico 57,1% sim, 17,9% às vezes Não orgânico 48,5% sim, 18,2% às vezes (p=0,669)	Normal 54,5% sim, 16,9% às vezes Excesso 50,0% sim, 25,0% às vezes (p=0,792)	Sim: 46,1% sim, 20,3% às vezes Não: 60,4% sim, 16,7% às vezes (p=0,6401)
Consumo de fruta	M 87% sim, 0 às vezes F 53% sim, 28,8% às vezes (p=0,007)	10-13: 50,0% sim, 35,0% às vezes 14-16: 73,2% sim, 16,1% às vezes 17: 30,8% sim, 23,1% às vezes (p=0,007)	Orgânico 53,6% sim, 23,2% às vezes Não orgânico 75,8% sim, 18,2% às vezes (p=0,063)	Normal 58,4% sim, 23,4% às vezes Excesso 83,3% sim, 8,3% às vezes (p=0,254)	Sim: 64,1% sim, 17,9% às vezes Não: 60,4% sim, 25,0% às vezes (p=0,709)
Consumo de leite	M 60,9% sim, 39,1% - 1 porção F 72,7% sim, 12,1% - 1 porção (p=0,006)	10-13: 75,0% sim, 20,0% - 1 porção 14-16: 67,9% sim, 21,4% - 1 porção 17: 69,2% sim, 7,7% - 1 porção (p=0,479)	Orgânico 69,6% sim, 17,9% - 1 porção Não orgânico 69,7% sim, 21,2% - 1 porção (p=0,47)	Normal 79,1% sim, 18,2% - 1 porção Excesso 66,7% sim, 25,0% - 1 porção (p=0,829)	Sim: 74,4% sim, 15,4% - 1 porção Não: 64,6% sim, 22,9% - 1 porção (p=0,601)
Consumo de bolus	M 56,5% sim, 8,7% às vezes F 31,8% sim, 12,1% às vezes (p=0,189)	10-13: 40,0% sim, 20,0% às vezes 14-16: 36,3% sim, 8,9% às vezes 17: 30,8% sim, 7,7% às vezes (p=0,567)	Orgânico 33,9% sim, 16,1% às vezes Não orgânico 43,5% sim, 3,0% às vezes (p=0,144)	Normal 41,6% sim, 9,1% às vezes Excesso 16,7% sim, 25,0% às vezes (p=0,128)	Sim: 33,3% sim, 15,4% às vezes Não: 41,7% sim, 9,3% às vezes (p=0,514)
Consumo de refrigerantes	M 43,9% sim, 17,1% às vezes F 57,6% sim, 4,5% às vezes (p=0,22)	10-13: 65,0% sim, 10,0% às vezes 14-16: 51,8% sim, 8,9% às vezes 17: 46,2% sim, 0% às vezes (p=0,458)	Orgânico 58,9% sim, 10,7% às vezes Não orgânico 43,5% sim, 3,0% às vezes (p=0,096)	Normal 33,8% sim, 6,3% às vezes Excesso 41,7% sim, 16,7% às vezes (p=0,407)	Sim: 59,0% sim, 2,6% às vezes Não: 17,9% sim, 12,5% às vezes (p=0,413)
Consumo de fast food	M 4,3% sim, 4,3% às vezes F 6,1% sim, 10,6% às vezes (p=0,40)	10-13: 5,0% sim, 5,0% às vezes 14-16: 5,4% sim, 10,7% às vezes 17: 7,7% sim, 7,7% às vezes (p=0,945)	Orgânico 5,0% sim, 6,1% às vezes Não orgânico 69,7% sim, 21,2% às vezes (p=0,319)	Normal 6,5% sim, 7,8% às vezes Excesso 0% sim, 16,7% às vezes (p=0,428)	Sim: 2,6% sim, 12,8% às vezes Não: 8,3% sim, 6,3% às vezes (p=0,323)

Tabela 2 – Relação de hábitos alimentares com outras características da população

O facto de não omitir refeições apresentou uma relação estatisticamente significativa com o consumo habitual de leite, bolos e refrigerantes. O consumo de bolos é associado ao de refrigerantes. Não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre outros hábitos.

Discussão

Na nossa amostra a prevalência de excesso de peso ou obesidade foi de 13,5%, inferior ao descrito na literatura para Portugal.²

Cerca de quatro quintos referem ingerir habitualmente o pequeno-almoço, proporção semelhante ao registado na literatura, sem relação com outras características da população.^{2,5} Cerca de metade costuma omitir pelo menos uma das cinco refeições recomendadas, habitualmente o pequeno-almoço ou um dos snacks do meio da manhã ou da tarde.

Mais de metade dos adolescentes da amostra referiram consumir diariamente sopa e fruta, e menos de um quarto não consome sequer esporadicamente, o que se considera um resultado positivo. O consumo de fruta diminui com a idade, o que é descrito em alguns artigos.⁴ É descrito na literatura que o consumo de fruta é mais frequente quando há maior acessibilidade da mesma em casa e na escola, e que os jovens

referem que o motivo de consumir uma quantidade aquém do recomendado não se prende com o não gostarem mas muitas vezes com a falta de oportunidade, não sendo a fruta vista como um componente habitual de um snack, e por muitas vezes necessitar de preparação.^{3,8,13}

O consumo habitual de fast food não é muito frequente, verificando-se que os adolescentes fazem as refeições principais mais frequentemente em casa e na escola (cantina). Porém, mais de um terço consome diariamente bolos e sumos/refrigerantes, consumos frequentemente associados, e destes cerca de metade consome mais de uma porção. Estes são dados menos positivos desta amostra.

Na nossa amostra não se verificou associação estatisticamente significativa entre os erros alimentares analisados e o excesso ponderal, o que poderá dever-se à dimensão da amostra ou a limitações do método utilizado.^{4,11,12,13} Sabe-se, porém, que a alimentação é um determinante da saúde, muito para além da questão ponderal, já que um índice de massa corporal superior, ainda que normal, tem sido associado a doença coronária na vida adulta e um baixo consumo de vegetais e elevado consumo de carnes vermelhas tem sido associado a doença oncológica.^{6,11,12,13} A noção de que os erros alimentares devem ser evitados por todos independentemente do estado ponderal está muitas vezes ausente na população, devendo ser explicitada e explorada na educação para a saúde. Efetivamente, na nossa amostra, como na literatura, verificamos que na adolescência os erros alimentares são frequentes, transversais, e muitas vezes associados entre si.^{2,11}

As limitações deste estudo são o seu carácter retrospectivo, e baseado em inquéritos alimentares realizados na avaliação global do adolescente em consulta externa e não em inquérito concebido especificamente para o efeito, o que não permite por exemplo análise de quantidades totais de alimentos e aporte calórico e de nutrientes.

Como qualidades do estudo, este avalia múltiplas dimensões da alimentação de um grupo heterogéneo de adolescentes, e mostra que numa avaliação simples e rápida se pode retirar informação extensa e importante.

Conclusão

Os erros alimentares são frequentes na adolescência, e tendem a persistir ao longo da vida, pelo que é importante aproveitar todas as oportunidades para intervir na educação para a saúde, avaliar cada caso e investir na educação alimentar, quer em cada consulta quer a nível populacional.

Bibliografia

1. Manual Práctico de Nutrición em Pediatria, Comité de Nutrición de la AEP, 2007
2. Matos MG, Simões C, Tomé G, Camacho I, Ferreira M, Ramiro L et al. A saúde dos adolescentes portugueses. Relatório do estudo Health Behaviour School Children 2010. Lisboa 2012.
3. Ryoo E. Adolescent nutrition: what do pediatricians do? *Korean J Pediatr* 2011;54(7):287-291..
4. Rasmussen M, Krølner R, Klepp KI, Lytle L, Brug J, Bere E, Due P. Determinants of fruit and vegetable consumption among children and adolescents: a review of the literature. Part I: quantitative studies. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2006, 3:22.
5. Storey KE Forbes LE, Fraser SN, Spence JC, Plotnikoff RC, Raine KD, McCargar LJ. Adolescent Weight Status and Related Behavioural Factors: Web Survey of Physical Activity and Nutrition. *Journal of Obesity* 2012:1-8.
6. Holman DM, White MC. Dietary behaviors related to cancer prevention among pre-adolescents and adolescents: the gap between recommendations and reality. *Nutrition Journal* 2011, 10:60
7. Kelder, SH, Peny CL, Klepp K, Lytle LL. Longitudinal Tracking of Adolescent Smoking, Physical Activity, and Food Choice Behaviors. *American Journal of Public Health* 1994;84(7):1121-1126.
8. Krølner R, Rasmussen M, Brug J, Klepp KI, Wind, Due P. Determinants of fruit and vegetable consumption among children and adolescents: a review of the literature. Part II: qualitative studies. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2011, 8:112
9. Hammons AJ, Fi BH. Is Frequency of Shared Family Meals Related to the Nutritional Health of Children and Adolescents? *Pediatrics* 2011;127:e1565
10. Breakfast Eating and Weight Change in a 5-Year Prospective Analysis of Adolescents: Project EAT (Eating Among Teens). *Pediatrics* 2008;121:e638
11. Jodkowska M, Oblacińska A, Tabak I, Radiukiewicz K. Differences in dietary patterns between overweight and normal-weight adolescents. *Med Wieku Rozwoj.* 2011 Jul-Sep;15(3):266-73
12. Matthews VL, Wien M, Sabaté J. The risk of child and adolescent overweight is related to types of food consumed. *Nutrition Journal* 2011, 10:71
13. Laska MN, Murray DM, Lytle LA, Harnack LJ. Longitudinal associations between key dietary behaviors and weight gain over time: Transitions through the adolescent years. *Obesity (Silver Spring)*. 2012 January ; 20(1): 118–125
13. Staser KW, Zollinger TW, Saywell Jr RM; Kunapareddy S, Gibson PJ, Caine VA. Dietary behaviors associated with fruit and vegetable consumption, Marion County, Indiana, 2005. *Prev Chronic Dis* 2011;8(3). http://www.cdc.gov/pcd/issues/2011/may/10_0091.htm.

Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich – uma causa rara de dismenorria secundária na adolescente

Paula Ruivo¹, Sílvia Fernandes¹, Joana Almeida², Maria José Noruegas³, Helena Leite⁴

¹ Internato Médico de Ginecologia e Obstetrícia

² Assistente Hospitalar de Ginecologia e Obstetrícia

³ Assistente Hospitalar Graduado de Radiologia

⁴ Assistente Hospitalar Graduado de Ginecologia

Maternidade Bissaya Barreto

Abstract

Introduction: Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome (HWWS) is a rare complex malformation of the female genital tract characterized by uterus didelphys, unilateral blind hemivagina and ipsilateral renal agenesis. Frequently presents with severe progressive dysmenorrhea and palpable pelvic mass associated with hematometrocolpos. Imagiology has very important role in diagnosing syndrome. Ultrasound (US) examination characterizes the genito-urinary tract anomaly and is helpful in diagnosing hematocolpos. Magnetic resonance (MR) is particularly accurate in the identification of dilated pelvic structures and allows a more detailed assessment of uterine morphology and its continuity with each cervix and vagina.

Objective: to evaluate clinical presentation and management of HWWS.

Study design: retrospective observational study.

Material and methods: clinical records of three patients diagnosed with uterus didelphys, obstructed hemivagina and renal agenesis were identified between 2006 and 2011 were reviewed. We assessed demographic features, clinical presentation, laterality, surgical and medical treatment and follow-up.

Results: the mean age of diagnosis was 14 years with menarche occurring 1-2 years before. The clinical presentation was common to all: dysmenorrhea, metrorrhagia, hematocolpos/pelvic mass. Us and mr were useful to characterize genital anatomy. All had previous diagnosis of unilateral renal agenesis. Two were on the left, and one on the right side. One patient had one time approach surgery, and two needed a second approach and additional suppressive therapy because of recidivant symptoms. All are presently free of symptoms.

Conclusion: the management of this rare condition constitutes a challenge that evolves family physicians, pediatricians, radiologists and gynecologists. The immediate intervention on this müllerian duct anomaly is mandatory and the key of success. In fact, the resolution of the obstruction can significantly alleviate symptoms, prevent complications and improve future fertility.

Keywords: dysmenorrhea, obstructed hemivagina, uterus didelphys, renal agenesis, Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome.

Introdução

A síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich (SHWW) consiste na tríade de hemivagina obstruída, útero didelfo e agenesia renal ipsilateral. O epónimo deriva de um artigo publicado em alemão por Gazarek et al., que associa as alterações descritas por Herlyn e Werner em 1971, e por Wunderlich em 1976. A combinação de hemivagina obstruída e útero didelfo já fora descrita por Purslow em 1922 e posteriormente por Embrey em 1950.¹ recentemente, Smith e Laufer² sugeriram o acrónimo *OHVIRA*, que se refere à associação de hemivagina obstruída e anomalia renal ipsilateral (*obstructed hemivagina and ipsirenal anomaly*). A entidade clínica designada por *OHVIRA* pode incluir outras anomalias müllerianas como útero septado, arquato ou bicórneo.³ a anomalia não-ginecológica classicamente associada é a agenesia renal, podendo estar presentes outras alterações urológicas (rins displásicos ou poliquísticos, duplicação renal, ureter duplo, bandas retovesicais)³⁻⁵, e/ou não-urológicas (anomalias dos grandes vasos, malrotação intestinal, malposição do ovário, malformações do esqueleto axial).⁵⁻⁷

A SHWW é uma variante rara do amplo espectro de anomalias müllerianas complexas. A sua incidência exata na população é difícil de determinar, situando-se entre 0,1 a 3,8%.^{8,9} é mais frequente à direita numa proporção de 2:1.^{8,10} as maiores séries foram reportadas por Haddad¹¹ e Candiani et al.¹², com 42 e 36 casos respetivamente. (Quadro I) as restantes publicações são relatos de um ou dois casos clínicos. (Quadro II).

Ano	N.º de casos	Autor	País de origem
1980	12	Rock K and Jones HW ³⁷	Eua
1991	3	Skondras KG ²²	Grécia
1992	15	Stassart JP ³⁰	E.u.a.
1997	36	Candiani GB ¹²	Itália
1998	8	Altintas A ³⁸	Turquia
1998	7	Tanaka YO ³⁹	Japão
1999	42	Haddad B ¹¹	França
2000	8	Heinonen PK ⁵	Finlândia
2004	8	Zurawin RK ⁹	E.u.a.
2006	12	Gholoum S ¹⁴	Canadá
2007	11	Orazi C ²⁴	Itália
2007	20	Smith and Laufer ²	E.u.a.
2007	41	Vercellini P ¹⁰	Itália
2008	3	Percope F ⁴⁰	Brasil
2009	4	Kimble RM ⁴¹	Austrália
2011	4	Kiechl-Kolendorfer U ¹⁶	Áustria
2012	3	Vescovo R ²⁸	Itália

Quadro I - Séries de casos de SHWW

Ano	N.º de casos	Autor	País de origem
1976	2	Yoder and Pfister ⁴²	E.U.A.
1983	2	Beekhuis IR ⁴³	Holanda
1991	1	Erdogan E ⁴⁴	Turquia
1994	1	David M Sherer ⁴⁵	E.U.A.
1997	1	Hoeffel C ³⁵	França
1999	1	C L Lee ³¹	Taiwan
2000	2	Phupong V ⁴⁶	Tailândia
2001	1	Pieroni C ⁴⁷	E.U.A.
2003	1	Hinckley MD ⁴⁸	E.U.A.
2006	1	Patterson D ⁴⁹	E.U.A.
2006	1	Mirkovic I ⁵⁰	Sérvia e Montenegro
2006	1	Coskun A ⁷	Turquia
2006	1	Madureira A ⁵¹	Portugal
2007	1	T E KIM ⁶	Coreia
2007	2	Mirkovic I ⁵²	Sérvia e Montenegro
2007	1	Donnez O ³²	Bélgica
2007	1	Asha B ⁵³	Índia
2008	1	Varras M ²³	Grécia
2009	1	Sarac A ⁵⁴	Turquia
2009	1	Altchek A ⁵⁵	E.U.A.
2010	2	Takagi H ¹⁵	Japão
2010	1	Han B ⁵⁶	E.U.A.
2010	1	Daniels P ²⁶	Colômbia
2010	1	Abreu R ⁵⁷	Portugal
2011	1	Sanghvi Y ³⁶	Índia
2011	1	Dhar H ⁵⁸	Oman
2011	1	Shah DK ⁵⁹	E.U.A.
2012	1	Osornio-sánchez V ⁶⁰	México

Quadro II – “Case report” de SHWW

A etiologia e a patogénese não estão esclarecidas, considerando-se que estão associadas a uma alteração do desenvolvimento embrionário, que ocorre cerca da oitava semana.⁹ os ductos paramesonérficos ou de müller (precursores do útero, trompas e 2/3 superiores da vagina) desenvolvem-se a partir desta fase, em estreita proximidade com os ductos mesonérficos ou de wolff (precursores do rim e ureter)¹³, razão pela qual se observam anomalias associadas. A disrupção de uma destas estruturas pode conduzir ao mau desenvolvimento ou agenesia da outra.¹⁴⁻¹⁶ algumas mutações genéticas têm sido associadas a este tipo de malformações. Mutações do gene que codifica o *hepatocyte nuclear factor* (HNF1 β), expresso nos ductos wolffianos e müllerianos, foram descritas em indivíduos com anomalias congénitas dos rins e trato urinário, sugerindo um papel chave deste fator de transcrição durante o seu desenvolvimento.¹⁷⁻¹⁹

Habitualmente, esta malformação manifesta-se após a menarca, através de um quadro clínico de dismenorreia de intensidade crescente, associada a massa paravaginal ou pélvica identificada no exame

vaginal e/ou rectal.^{9,10,12} menos frequentemente identifica-se uma massa à palpação abdominal.¹⁵ raramente, pode ocorrer um quadro de retenção urinária aguda^{20,21} ou de ventre agudo.^{14,22,23}

A presença de cataménios provenientes da vagina não obstruída e a sintomatologia inespecífica de dismenorreia, relativamente frequente na população adolescente, pode confundir o clínico e atrasar o correto diagnóstico por meses ou anos. A história natural da doença inclui a formação de hematocolpos, hematometra, hematossalpinge, e complicações graves como piocolpos, piometra e/ou piossalpinge, e a médio/longo prazo endometriose e aderências pélvicas.^{11,12}

Os achados imagiológicos obtidos através da ecografia pélvica (por via abdominal ou vaginal) ou ressonância magnética (RM) fornecem um importante contributo para o diagnóstico e classificação das malformações müllerianas. A ecografia permite a deteção da anomalia uterina (útero didelfo) e do hematocolpos, que se traduz numa coleção líquida, hipoecogénica ou ligeiramente hiperecogénica, podendo mesmo surgir um nível líquido-líquido.^{24,25} a RM, executada num centro terciário com experiência, permite a aquisição de imagem multiplanar, proporcionando uma informação mais detalhada no que diz respeito à morfologia uterina (disposição dos cornos uterinos), colos, continuidade com os canais vaginais (obstruído/não obstruído) e natureza dos conteúdos, uma vez que a presença de conteúdo hemático recente é facilmente reconhecida, particularmente pelo hiperssinal em T1, com e sem supressão de gordura, sendo-lhe referida uma acuidade diagnóstica de 100%.²⁴

O tratamento pode constituir um desafio devido às reduzidas dimensões da vagina e à sua distorção anatómica, secundária ao hematocolpos e à inflamação crónica². Atualmente defende-se como técnica de eleição a drenagem do hematometrocolpos, septotomia vaginal e a ressecção do septo com bisturi e tesoura numa abordagem única.^{6,12,26} o recurso à utilização de histeroscópio tem vantagens na acessibilidade e visualização. Reserva-se para os casos mais severos a abordagem em dois tempos: drenagem do hematocolpos, seguida da ressecção do septo excedente após um período de cicatrização e remodelação vaginal.² a medicação com estroprogestativo contínuo ou com análogo gnRH durante três meses²⁵ para supressão da menstruação é uma opção a equacionar perante a persistência da dismenorreia após a cirurgia ou quando a intervenção não pode ser efetuada de imediato.^{11,28,29} A hemi-histerectomia, com ou sem salpingo-ooforectomia homolateral, raramente está indicada. Preconiza-se a sua realização em situações graves de piohematocolpos e piohematometra associados a persistência da obstrução mesmo após adequada correção cirúrgica prévia.^{27,30-32}

É de salientar a necessidade de uma vigilância sistemática destas doentes. A recorrência de sintomas, por estenose do canal cervical ou devido ao encerramento da incisão vaginal, são frequentes. A longo

prazo, o rim único pode ser afetado e existe o risco de complicações como a endometriose e adenose vaginal.^{14,22}

Os autores descrevem a abordagem e evolução clínica de uma série de três doentes com SHWW admitidas no nosso centro hospitalar e efetuam uma revisão da literatura relativa a este tema.

Métodos

Revisão de processos de doentes admitidas no serviço de urgência de ginecologia do nosso centro hospitalar com posterior diagnóstico de SHWW, num período de seis anos (1 de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2011). Foram consideradas as características clínico-demográficas, história ginecológica (menarca, ciclos menstruais), sintomatologia, lateralidade, tratamento e evolução clínica.

Casos clínicos

Caso 1

DSSA, de 12 anos, com antecedentes de agenesia renal esquerda e menarca aos 11 anos e ciclos regulares, dirigiu-se ao serviço de urgência do hospital distrital por dismenorreia intensa. Ao exame físico apresentava abdómen mole e depressível, doloroso à palpação profunda no hipogastro e flancos. A ecografia abdómino-pélvica revelou a existência de rim direito único e imagem sugestiva de hematocolpos com 80x53x45mm e de hematometra com 12mm de espessura. Após exame vaginal sob anestesia e tentativa de drenagem de hematocolpos, foi enviada ao serviço de urgência de ginecologia, onde foi submetida a intervenção cirúrgica por via vaginal associada a laparoscopia. A nível vaginal, palpava-se um abaulamento na parede lateral esquerda da vagina, de consistência duroelástica. A exploração da cavidade pélvica revelou útero didelfo, com processo aderencial pélvico e presença de exsudato peritoneal sanguinolento, hematossalpinge esquerda, hemiútero e anexo direitos normais. Foi efetuada lise de aderências e salpingostomia para drenagem da hematossalpinge. Após septostomia e drenagem de hematocolpos através de incisão à tesoura, colocou-se cateter de Foley na hemivagina esquerda em drenagem livre durante 10 dias. No pós-operatório, verificou-se alívio sintomático e confirmação ecográfica da resolução das massas pélvicas. Mantém *follow-up* regular encontrando-se assintomática, três anos depois.

Caso 2

ICCG, de 14 anos, com antecedentes de agenesia renal esquerda e menarca aos 13 anos, ciclos irregulares, menorragias e dismenorreia, recorreu ao hospital distrital por menometrorragia e algias pélvicas, onde efetuou ecografia abdómino-pélvica que revelou a existência de rim direito único e útero didelfo com aparente obstrução da hemivagina esquerda condicionando hematocolpos, hematometra e hematossalpinge homolaterais, tendo sido referenciada ao serviço de urgência de ginecologia. Foi submetida a RM pélvica que confirmou o diagnóstico. Efetuou-se septotomia com tesoura para drenagem de hematocolpos associada a laparoscopia diagnóstica. Teve alta medicada com estroprogestativo oral para regularização dos ciclos, redução do fluxo, e alívio da dismenorreia. Ao fim de cinco anos, suspendeu a pílula por intolerância gástrica e, três meses depois, recorre ao nosso serviço de urgência por recidiva de dismenorreia intensa. Confirmou-se o hematocolpos e hematometra à esquerda, que foram tratados por septotomia utilizando histeroscópio. Regressa dois meses depois referindo metrorragia com 15 dias de duração, associada a dor e sensação de plenitude vaginal. A observação ginecológica e imagiológica foi sugestiva de piohematocolpos e piohematometra. Efetuou-se septotomia com alargamento de margens, drenagem da coleção sanguínea de cheiro fétido e antibioterapia. Atualmente, e um ano após a última intervenção, mantém-se assintomática e sem alterações imagiológicas.

Caso 3

BCG, de 14 anos, com antecedentes de agenesia renal direita e menarca aos 12 anos, com ciclos regulares, iniciara quadro de algias pélvicas de intensidade progressiva e exacerbadas na menstruação, e sem alívio com terapêutica médica ao longo de 5 meses, pelo que recorreu ao hospital distrital onde, na ecografia abdómino-pélvica, se detectaram “volumosos quistos anexiais bilaterais com 11 e 7 cm”. Orientada para o hospital pediátrico onde realizou RM que revelou útero didelfo com volumosos hematocolpos, hematometra e hematossalpinge à direita pelo que foi encaminhada para o serviço de urgência de ginecologia do nosso centro hospitalar. No exame objetivo, palpava-se uma massa dolorosa na fossa ilíaca direita. Efetuou-se septotomia com tesoura, sob controlo ecográfico, e aspiração do conteúdo da hemivagina direita, dando saída a abundante quantidade de sangue do tipo menstrual. Optou-se por deixar cateter de Foley na hemivagina direita, em drenagem livre durante 10 dias, associado a antibioterapia. No pós-operatório, revelou melhoria sintomática marcada e repetiu RM que confirmou a redução evidente das massas pélvicas. (fig. 1) Regressa quatro meses depois com novo episódio de dismenorreia intensa. A ecografia confirmou recidiva de hematocolpos e hematometra. Foi efetuada

septotomia com alargamento de margens e administrado agonista gnRH para supressão da menstruação e redução da sintomatologia álgica. Observada em consulta três meses após a última intervenção, apresenta remissão completa das algias pélvicas e ausência de massas pélvicas à ecografia.



Figura 1- RM: (a) imagem no plano sagital, ponderada em T2, revelando hematocolpos, hematometra e hematossalpinge, previamente à cirurgia; (b) imagem posterior à cirurgia, que revela a resolução do quadro clínico.

Discussão

Nos três casos apresentados, a sintomatologia inaugural comum foi a dismenorreia de intensidade crescente e não aliviada com terapêutica médica analgésica, em adolescentes com diagnóstico prévio de agenesia renal, no contexto de ecografia pré-natal ou de infecções urinárias de repetição na infância. O intervalo decorrido entre a menarca e o diagnóstico e cirurgia foi de um a dois anos.

A ecografia foi sempre complementada com a RM que possibilitou a identificação das hemicavidades, dos colos e septo vaginal, bem como a confirmação de agenesia renal. As duas primeiras doentes foram submetidas a laparoscopia que permitiu confirmar o diagnóstico, pela visualização do útero didelfo, hematossalpinge, processo inflamatório e aderências pélvicas, bem como a drenagem da hematossalpinge, lavagem da cavidade pélvica e a lise de aderências.

A remoção do septo vaginal e a drenagem das coleções sanguíneas conduziram ao alívio rápido dos sintomas. Em duas doentes verificou-se a recidiva do quadro por estenose do orifício de drenagem pelo que foi necessário reintervir para exérese amplificada do septo vaginal. A recorrência de sintomas por estenose do canal cervical, ou devido ao encerramento da incisão vaginal, são frequentes. Smith e Laufer

referem na sua série, que sete das vinte doentes submetidas a septotomia tiveram de repetir o procedimento². A manutenção de drenagem no pós-operatório é importante para evitar o encerramento da incisão vaginal. No primeiro e terceiro casos, optou-se por manter cateter de foley em drenagem livre durante 10 dias, à semelhança do descrito por outros autores¹¹. de facto, esta abordagem parece permitir a manutenção de uma via de drenagem, ao mesmo tempo que decorre a cicatrização da vagina⁶. Neste contexto, é interessante destacar a recente descrição na literatura de uma nova técnica cirúrgica que consiste no uso de uma endoprótese traqueobrônquica para manter a permeabilidade vaginal e prevenir a estenose pós-cirúrgica.³³

O elevado nível de suspeição fundamentado no quadro clínico, bem como o conhecimento sobre o desenvolvimento embriológico dos aparelhos ginecológico e urológico e das suas anomalias, é essencial para garantir o diagnóstico atempado e o tratamento efetivo desta complexa e rara anomalia do trato genital feminino. O diagnóstico *in utero* de agenesia renal no feto do sexo feminino deve alertar para a possibilidade de alterações associadas do sistema reprodutivo.^{3,24,34}

A presença de uma massa quística paravaginal contendo sangue retido associada a agenesia renal ipsilateral numa doente que se queixa de dismenorreia primária de intensidade progressiva e não aliviada com terapêutica médica é quase patognomónica desta doença.²²

O diagnóstico das malformações müllerianas está atualmente facilitado graças à imagiologia, nomeadamente a RM. Contudo, a abordagem terapêutica continua a ser um desafio quer pela dificuldade na correção das malformações, quer pelos riscos inerentes à cirurgia. A SHWW é a anomalia menos comum dos ductos müllerianos e a que acarreta o melhor prognóstico.^{14,24,35} a fertilidade, que não está significativamente diminuída na mulher com útero didelfo, pode ser preservada, obtendo-se taxas de gravidez com sucesso em 87% das doentes.^{12,36}

A cooperação entre médico de família, pediatra, imagiologista e ginecologista na abordagem da SHww permite minimizar o impacto negativo associado ao diagnóstico tardio, de forma a promover nestes casos a saúde sexual e reprodutiva.

Bibliografia

1. Embrey M. A case of uterus didelphys with unilateral gynatresia, BMJ, 1950 Apr:820-1
2. Smith NA, Laufer MR. Obstructed hemivagina and ipsilateral renal anomaly (OHVIRA) syndrome:

- management and follow-up. *Fertil Steril* 2007;87(4):918-22.
3. Prada Arias M, Muguerza Vellibre R, Montero Sanchez M, et al. Uterus didelphys with obstructed hemivagina and multicystic dysplastic kidney. *Eur J Pediatr Surg* 2005;15:441-5.
 4. Shah D, Laufer M. Obstructed hemivagina and ipsilateral renal anomaly (OHVIRA) syndrome with a single uterus. *Fertil Steril* 2011;96(1):e39-41
 5. Heinonen PK. Clinical implications of the didelphic uterus: long-term follow-up of 49 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000;91(2):183-90.
 6. Kim TE, Lee GH, Choi YM, Jee BC, Ku SY, Suh CS, Kim SH, Kim JG, Moon SY. Hysteroscopic resection of the vaginal septum in uterus didelphys with obstructed hemivagina: a case report. *J Korean Med Sci* 2007;22(4):766-9.
 7. Coskun A, Okur N, Ozdemir O, Kiran G, Arykan DC. Uterus didelphys with an obstructed unilateral vagina by a transverse vaginal septum associated with ipsilateral renal agenesis, duplication of inferior vena cava, high-riding aortic bifurcation and intestinal malrotation. *Fertil Steril*. 2008;90(5):2006.e9-11.
 8. Burgis J. Obstructive Müllerian anomalies: case report, diagnosis and management. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:338-44.
 9. Zurawin RK, Dietrich JE, Heard MJ, Edwards CL. Didelphic uterus and obstructed hemivagina with renal agenesis: case report and review of the literature. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004;17(2):137-41.
 10. Vercellini P, Daguati R, Somigliana E, Viganò P, Lanzani A, Fedele L. Asymmetric lateral distribution of obstructed hemivagina and renal agenesis in women with uterus didelphys: institutional case series and a systematic literature review. *Fertil Steril* 2007;87(4):719-24.
 11. Haddad B, Barranger E, Paniel BJ. Blind hemivagina: long-term follow-up and reproductive performance in 42 cases. *Hum Reprod* 1999;14(8):1962-4.
 12. Candiani GB, Fedele L, Candiani M. Double uterus, blind hemivagina and ipsilateral renal agenesis: 36 cases and long-term follow-up. *Obstet Gynecol* 1997;90:26-32.
 13. Moore KL, Persaud TVN. In: *Embriologia Clínica (6ª Edição)* Guanabara Koogan;2000:313
 14. Gholoum S, Puligandla PS, Huit et al. Management and outcome of patients with combined vaginal septum, bifid uterus and ipsilateral renal agenesis (Herlyn-Werner- Wunderlich syndrome). *J Pediatr Surg* 2006;41:987-92.
 15. Takagi H, Matsunami K, Imai A. Uterovaginal duplication with blind hemivagina and ipsilateral renal agenesis: Review of unusual presentation. *J Obstet Gynaecol*, 2010;30(4):350-3.
 16. Kiechl-Kohlendorfer U, Geley T, Maurer K, Gassner I. Uterus didelphys with unilateral vaginal atresia: multicystic dysplastic kidney is the precursor of "renal agenesis" and the key to early diagnosis of this genital anomaly. *Pediatr Radiol*. 2011;41(9):1112-6.
 17. Coffinier C, Thépot D, Babinet C, et al. Essential role for the homeoprotein vHNF1/HNF1beta in visceral endoderm differentiation. *Development* 1999;126:4785-94
 18. Heidet L, Decramer S, Pawtowski A et al. Spectrum of HNF1B mutations in a large cohort of patients who

- harbor renal diseases. *Clin J Am Soc Nephrol* 2010;5:1079–90.
19. Nakayama M, Nozu K, Goto Y, et al. HNF1B alterations associated with congenital anomalies of the kidney and urinary tract. *Pediatr Nephrol* 2010;25:1073–9.
 20. Adams WG, Wilson EC, Holloway HJ, et al. Uterus didelphys with unilateral imperforate vagina; A rare cause of acute urinary retention. *J Urol* 1979;121:131-2.
 21. Mandava A, Prabhakar RR, Smitha S. OHVIRA syndrome (obstructed hemivagina and ipsilateral renal anomaly) with uterus didelphys, an unusual presentation. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2012 Apr; 25(2) :e23-5.
 22. Skondras KG, Moutsouris CC, Vaos GC, Barouchas GC, Demetriou LD. Uterus didelphys with an obstructed hemivagina and ipsilateral renal agenesis: a rare cause of acute abdomen in pubertal girls. *J Pediatr Surg* 1991;26(10):1200-1.
 23. Varras M, Akrivis Ch, Karadaglis S, Tsoukalos G, Plis Ch, Ladopoulos I. Uterus didelphys with blind hemivagina and ipsilateral renal agenesis complicated by pyocolpos and presenting as acute abdomen 11 years after menarche: presentation of a rare case with review of the literature. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2008;35(2):156-60.
 24. Orazi C, Lucchetti MC, Schingo PM, Marchetti P, Ferro F. Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome: uterus didelphys, blind hemivagina and ipsilateral renal agenesis. Sonographic and MR findings in 11 cases. *Pediatr Radiol*. 2007;37(7):657-65.
 25. Ballesio L, Andreoli C, De Cicco ML, et al. Hematocolpos in double vagina associated with uterus didelphys: US and MR findings. Case report. *Eur J Radiol* 2003;45:150–3.
 26. Daniels P, Donoso M, Arraztoa JA. Resección histeroscópica del tabique vaginal en el Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich: Reporte de un caso. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2010;75(3):185-8.
 27. Olive D, Henderson D. Endometriosis and Mullerian anomalies. *Obstet Gynecol* 1987;69:412–5.
 28. Del Vescovo R, Battisti S, Di Paola V, Piccolo CL, Cazzato RL, Sansoni I, Grasso RF, Zobel BB. Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome: MRI findings, radiological guide (two cases and literature review), and differential diagnosis. *BMC Med Imaging* 2012;12:4
 29. Foglia RP, Kim SH, Cleveland RH, Donahoe PK. Complications of vaginal atresia in association with a duplicated mullerian duct. *J Pediatr Surg* 1987;22(7):653-6.
 30. Stassart JP, Nagel TC, Prem KA, Phipps WR. Uterus didelphys, obstructed hemivagina, and ipsilateral renal agenesis: the University of Minnesota experience. *Fertil Steril* 1992;57(4):756-61.
 31. Lee CL, Wang CJ, Swei LD, Yen CF, Soong YK. Laparoscopic hemi-hysterectomy in treatment of a didelphic uterus with a hypoplastic cervix and obstructed hemivagina. *Hum Reprod* 1999;14(7):1741-3.
 32. Donnez O, Jadoul P, Squifflet J, Donnez J. Didelphic uterus and obstructed hemivagina: recurrent hematometra in spite of appropriate classic surgical treatment. *Gynecol Obstet Invest* 2007;63(2):98-101.
 33. Cooper AR, Merritt DF. Novel use of a tracheobronchial stent in a patient with uterine didelphys and obstructed hemivagina. *Fertil Steril* 2010;93(3):900-3.
 34. Arıkan İ, Harma M, Harma M, Bayar Ü, Barut A. Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome (uterus didelphys,

- blind hemivagina and ipsilateral renal agenesis) - a case report. *J Turkish-German Gynecol Assoc* 2010;11:107-9.
35. Hoeffel C, Olivier M, Scheffler C, Chelle C, Hoeffel JC. Uterus didelphys, obstructed hemivagina and ipsilateral renal agenesis. *Eur J Radiol* 1997;25(3):246-8.
36. Sanghvi Y, Shastri P, Mane SB, Dhende NP. Prepubertal presentation of Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome: a case report. *J Pediatr Surg* 2011;46(6):1277-80.
37. Rock JA, Jones HW, Jr. The double uterus associated with an obstructed hemivagina and ipsilateral renal agenesis. *Am J Obstet Gynecol* 1980;138(3):339-42.
38. Altıntaş A. Uterus didelphys with unilateral imperforate hemivagina and ipsilateral renal agenesis. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1998;11(1):25-7.
39. Tanaka YO, et al. Uterus didelphys associated with obstructed hemivagina and ipsilateral renal agenesis: MR findings in seven cases. *Abdom Imaging* 1998;23(4):437-41.
40. Percoppe FL, Aquino JHW. Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich: um diagnóstico que precisamos conhecer. *Adolesc Saude* 2008;5(3):23-26
41. Kimble RM, Khoo SK, Baartz D, Kimble RM. The obstructed hemivagina, ipsilateral renal anomaly, uterus didelphys triad. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2009;49(5):554-7.
42. Yoder IC, Pfister RC. Unilateral hematocolpos and ipsilateral renal agenesis: report of two cases and review of the literature. *AJR Am J Roentgenol* 1976; 127(2):303-8.
43. Beekhuis JR, Hage JC. The double uterus associated with an obstructed hemivagina and ipsilateral renal agenesis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1983;16(1):47-52.
44. Erdoğan E, Okan G, Daragenli Ö. Uterus didelphys with unilateral obstructed hemivagina and renal agenesis on the same side. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992;71(1):76-7.
45. Sherer DM, Rib DM, Nowell RM, Perillo AM, Phipps WR. Sonographic-guided drainage of unilateral hematometrocolpos due to uterus didelphys and obstructed hemivagina associated with ipsilateral renal agenesis. *J Clin Ultrasound*. 1994;22(7):454-6.
46. Phupong V, Pruksananonda K, Taneepanichskul S, Tresukosol D, Virutamasen P. Double uterus with unilaterally obstructed hemivagina and ipsilateral renal agenesis: a variety presentation and a 10-year review of the literature. *J Med Assoc Thai* 2000;83(5):569-74. Review.
47. Pieroni C, Rosenfeld DL, Mokrzycki ML. Uterus didelphys with obstructed hemivagina and ipsilateral renal agenesis. A case report. *J Reprod Med* 2001;46:133-136.
48. Hinckley MD, Milki AA. Management of uterus didelphys, obstructed hemivagina and ipsilateral renal agenesis. A case report. *J Reprod Med* 2003;48(8):649-51.
49. Patterson D, Mueller C, Strubel N, Rivera R, Ginsburg HB, Nadler EP. Laparoscopic neo-os creation in an adolescent with uterus didelphys and obstructed hemivagina. *J Pediatr Surg*. 2006;41(10):E19-22.
50. Mirkovic L, Ljubic A, Mirkovic D. Magnetic resonance imaging in the evaluation of uterus didelphys with obstructed hemivagina and renal agenesis: a case report. *Arch Gynecol Obstet*. 2006;274(4):246-7.

51. Madureira AJ, Mariz CM, Bernardes JC, Ramos IM. Case 94: Uterus Didelphys with Obstructing Hemivaginal Septum and Ipsilateral Renal Agenesis. *Radiology* 239(2):602–6.
52. Mirkovic Lj, Mirkovic D, Boskovic V, Markovic Z. Uterus didelphys with obstructed hemivagina and ipsilateral renal agenesis. *Acta Chir Iugosl* 2007;54(3):137-9.
53. Asha B, Manila K. An unusual presentation of uterus didelphys with obstructed hemivagina with ipsilateral renal agenesis; *Fertil Steril* 2008;90(3):849.e9-10.
54. Sarac A. Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome: a rare cause of infertility. *Eur Radiol* 2009;19:306-8.
55. Altchek A, Paciuc J. Successful pregnancy following surgery in the obstructed uterus in a uterus didelphys with unilateral distal vaginal agenesis and ipsilateral renal agenesis: case report and literature review. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2009;22(5):e159-62.
56. Han B, Herndon CN, Rosen MP, Wang ZJ, Daldrup-Link H. Uterine didelphys associated with obstructed hemi-vagina and ipsilateral renal anomaly (OHVIRA) syndrome. *Radiology Case Reports* 2010;5:327.
57. Abreu R, Guerra M, Oliveira M, Mota F. Útero didelfos, hemivagina cega e agenesia renal ipsilateral, a propósito de um caso clínico. *Acta Obstet Ginecol Port* 2010;4(3):157-160.
58. Dhar H, Razek YA, Hamdi I. Uterus Didelphys with Obstructed Right Hemivagina, Ipsilateral Renal Agenesis and Right Pyocolpos: A Case Report. *Oman Med J* 2011; 26(6):447-50.
59. Shah DK, Laufer MR. Obstructed hemivagina and ipsilateral renal anomaly (OHVIRA) syndrome with a single uterus. *Fertil Steril.* 2011;96(1):e39-41.
60. Osornio-Sánchez V, et al. Síndrome de Herlyn Werner Wunderlich. Revisión de la literatura y reporte de caso. *Rev Mex Urol* 2012;72(1):31-34.

Calcificações Cerebrais

Sónia Santos, Elisabete Santos, Alice Mirante

Rapariga de 14 anos, com dificuldades de aprendizagem, mas sem antecedentes familiares de relevo, que recorre ao Serviço de Urgência por cefaleias frontais com despertares noturnos e cuja TAC-CE revelou “*extensas calcificações cerebrais, com predomínio nos núcleos da base e nas regiões subcorticais*”. Quando interrogada, referia parestesias esporádicas das extremidades. Ao exame objetivo apresentava encurtamento discreto do 4º dedo da mão esquerda e do 3º dedo do pé esquerdo. A avaliação do metabolismo do fosfo-cálcio revelou hipocalcémia (3,6 mEq/L), hiperfosfatémia (8,5 mg/dl) e aumento da PTH (125,1 pg/ml). Foi feito o diagnóstico de Pseudohipoparatiroidismo tipo IA (Osteodistrofia de Albright) iniciando terapêutica com calcitriol e cálcio que mantém. O estudo genético foi inconclusivo para a mutação do gene GNAS1. Na presença de calcificações cerebrais é obrigatória a avaliação do metabolismo fosfo-cálcio. As calcificações cerebrais estão presentes em cerca de 1/3 dos casos de pseudohipoparatiroidismo¹.



Bibliografia:

1. Piñol-Ripoll G, Mauri-Llerda JA, de la Puerta Martínez-Miró I, Pérez-Lázaro C, Beltrán-Marín I, López del Val LJ, et al. Diagnóstico diferencial de las calcificaciones intracraneales. *Rev Neurol* 2005; 41(3): 151-5

Testemunho de uma gaivota que deixou de ser branca

Rita Joana da Cruz Roque

«Maré negra do golfo do México chegou oficialmente à costa dos Estados Unidos. Ilhas-barreira da Luisiana, refúgio para milhões de aves migradoras, foram as primeiras afetadas pela poluição provocada pela explosão da plataforma Deepwater Horizon»

Público, Sábado 08/05/2010

Voávamos todas em forma de V por cima do mar imenso, mas estranhamente sombrio e escuro. O nosso destino: casa, aquela que tínhamos deixado no começo do Outono, donde voámos guiadas apenas pelo instinto. Estava ansiosa por lá chegar, de sentir o odor do peixe da lota, de ver os barcos a chegar e a partir do porto e de dizer adeus aos pescadores... para muitos deles o derradeiro. Mas, acima de tudo, estava impaciente por esticar as minhas asas e de me deitar no chão, descansando os músculos doridos de toda a viagem. Sim, as asas já começavam a desobedecer a certas ordens do cérebro, já não batiam com tanta avidez e o equilíbrio de vez em quando fugia-me.

Está quase...

Pensava eu.

Só mais umas milhas e estou de novo em casa, lar doce lar.

Estava envolvida nestes pensamentos enquanto as minhas asas cortavam o ar, fazendo-o zumbir nos meus ouvidos e acariciar as penas mais soltas. O sol punha-se ao longe num cenário magnífico; um misto de laranja e amarelo que se juntavam num quadro delicioso à vista.

O sibilar das ondas completava o cenário; a água subia e descia ritmicamente e o cheiro a maresia contornava as minhas narinas.

Doce e puro perfume do sal.

Os meus pulmões enchiam-se com aquele ar calmo e sereno de fim de tarde.

De repente, um ronco sonoro contrastou com o ambiente silencioso - vinha do meu estômago. O meu cérebro, comandado pelo instinto, deu ordem às asas para que se colocassem na vertical tal como o resto do corpo. A minha boca começa a salivar, desesperada por um suculento e salgado petisco.

Assim, afasto-me do grupo numa descida vertiginosa mas magnífica. Sentia o meu coração a bater, quase a saltar do meu delicado peito de gaivota. Aos olhos de outros eu era apenas um pontinho branco a descer, como um míssil, esticada, tensa, e sozinha no meio de todo aquele cenário de crepúsculo. O vento contradizia o meu movimento precipitado; as penas da cara entravam-me nas narinas e nos olhos quase que se fechavam, respondendo à agressões do atrito do ar. Não deixando, porém, afastar o alvo da mira - um salmão atlântico que nadava junto à superfície.

Um alvo perfeito.

Estava cada vez mais próxima do tapete de água, em breve o meu corpo perfuraria majestosamente no fino tapete de água. Breves momentos depois, elevar-me-ia novamente nos ares, exibindo o meu cobiçado prémio no bico amarelo, de novo rumo a casa.

Antes assim o fosse...

Assim que o meu corpo atravessou a húmida fronteira, entrando no mar, em vez de encontrar uma matéria líquida e suave, foi cercado por um líquido espesso e negro. Tentando chegar ao meu alimento, dou forçosas braçadas com as minhas patas traseiras e asas, mas apenas fico ali suspensa, dentro de água (ou o que quer que fosse). O meu bico, quando se fecha, fecha-se para sempre; colado e calado com esta negra cola.

O peixe desaparece no turbilhão denso...

Mas há algo que agora me preocupa ainda mais; RESPIRAR! Os movimentos das minhas pernas decrescem gradualmente até ao ponto de deixarem de existir. As minhas asas fixam-se ao corpo e tomam uma cor sombria da morte. Já não há ar nos meus pulmões... Só existe uma saída: para cima!

O meu pescoço – a única parte de mim que ainda possui a liberdade suficiente para se mover – projeta-se para a superfície, obrigando todo o meu corpo a dar uma volta de 180 graus.

Ar!

É o único louvor que os meus pulmões soltam quando alcançam a superfície e se enchem de oxigénio. As minhas narinas dilatam até ao limite, absorvendo todo o ar que podem; pelo contrário, no momento da expiração libertam o menos possível do gás da vida.

Precisava de ar!

O meu corpo, a pouco e pouco, adapta-se a este movimento estranho e pouco natural:

Inspiraaaaaaaaaaaaa, expira, inspiraaaaaaaaaaaaa, expira.

E é assim que estou, flutuando nas águas do Atlântico, subindo e descendo ritmicamente, ao sabor das ondas, envolta num líquido preto que nunca vi na vida. Olhando e sentindo as últimas réstias de calor daquele dia, rogo aos céus pela salvação que não virá.

Numa última tentativa, faço força para todos os lados, arriscando as derradeiras forças prementes a este corpo para me libertar das algemas das águas negras e da prisão dos mares.

As minhas asas puxam para os lados, as minhas patas insistem para baixo, o meu bico esforça-se por abrir.

Ahh!

Sofro um castigo por causa daquela pastosa e negra matéria que ata os meus membros; a minha pele quase que se rasga em mil pedaços de fino tecido.

Contraio-me mais uma vez, recuperando as forças, o meu corpo junta-se novamente numa reunião de vergonha e de fraqueza. Espero largos momentos e distendo-me (ou tento) a todo o custo, sentindo-me a desfazer-me aos bocados.

É inútil.

Estendida novamente sob o sol e sobre o mar, deito-me na cama imensa e negra que me circundava...

Rrrr!

O que é isto?

Rrrr!

Fome... O meu estômago apertava-se e torcia-se desesperadamente e produzia sucos ácidos para dissolver a comida que não viera.

Ar...

Aquela pasta de ébano começava a secar, compactando-me. O meu peito já não tinha espaço para bater, já não chegava ar aos pulmões...

O mundo fecha-se para mim assim como eu me fecho para o mundo. As forças abandonam-me, uma lágrima cai-me no rosto e contorna-me o bico; bebo-a tentando contrair a minha tristeza... não vale a pena lamentar-me; ninguém dará falta de uma simples gaivota... Uma como tantas outras que cruzavam o céu e comiam peixe.

O sol mergulha no horizonte.

Avisto pela última vez o meu bando que voa em direção a casa.

Boa sorte!

ESCURECE!

A minha alma liberta-se das algemas da vida... Adeus fome, adeus ar, ADEUS PRISÃO DOS MARES.

Próximos eventos

- II Cónclave Nacional Virtual de Estudiantes Universitarios vinculados al estudio de la Sexualidad, SEXSALUD´2014-Santiago de Cuba, 27 de Enero al 28 de Febrero de 2014
- XXII Congreso Nacional de Medicina de la Adolescencia 7- 8 de Marzo de 2014 Santander.España
- II Jornada de Actualización en Salud Integral del Adolescente .SIMA- ISALUD-SASIA. 26 de Marzo 2014 -Buenos Aires. Argentina
- Jornadas Patagónicas de Actualización en Salud Integral del Adolescente.28-29 de Marzo de 2014 - El Bolsón- Río Negro. Argentina
- V Corso di Formazione in Medicina dell'Adolescenza. Ferrara Aprile-Ottobre 2014
- 5.º Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente.2-3 Abril 2014 .Universidade Lusíada. Lisboa
- VII Congresso Nacional de Medicina do Adolescente "O adolescente e a imagem" 07-09 de Maio de 2014 Póvoa do Varzim -Portugal
- V Seminario de Actualización Pediátrica 9 - 10 de Mayo Asunción. Paraguay
- Congreso Extraordinario de la Asociación Española de Pediatría 5- 7 junio 2014 Madrid España
- XI Simposio Nacional e Internacional de Masculinidad y VIH 26, 27 y 28 de Junio del 2014 Santiago de Cuba
- Feria Comunitaria Internacional de Redes Sociales Juveniles de Voluntariado y Grupos de LGBT- 26, 27 y 28 de Junio del 2014. Complejo Cultural Heredia de la Ciudad de Santiago de Cuba, Cuba.

Coordenação

Paulo Fonseca

Hugo Rodrigues

Sociedade Portuguesa de Medicina do Adolescente

da Sociedade Portuguesa de Pediatria

Rua Amílcar Cabral, 15, R/C 1

1750-018 LISBOA