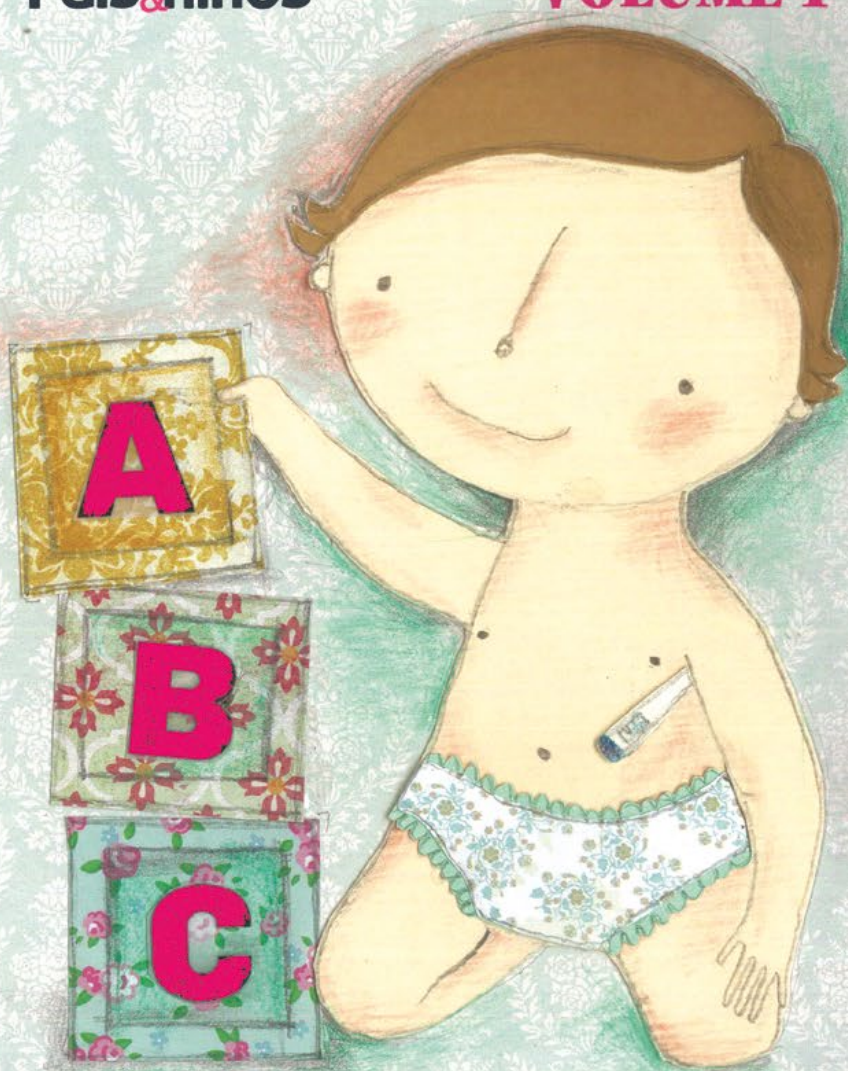


Pais & filhos

VOLUME 1



das  
***Doenças Infantis***

Revisão científica Prof. Mário Cordeiro



**abc**

*das Doenças Infantis*

**Pais&filhos**

*Revisão científica*  
**Prof. Mário Cordeiro**

*Uma edição*

# Pais & filhos



## *ficha técnica*

**Diretora:** Helena Gatinho

**Administração, Edição, Publicidade e Redacção**

Motorpress Lisboa - Edição e Distribuição SA  
Rua Policarpo Anjos, n.4, 1495-742 CRUZ QUEBRADA/DAFUNDO  
Telef.: 21 415 45 00. Fax: 21 415 45 01

Com o capital social de 250.000 euros, registada no Registo Comercial de Cascais,  
n. 08613, cont. n. 502 561 408.

Publicação registada na Entidade Reguladora para a Comunicação Social  
sob o n. 113339.

Propriedade: Motor Press Ibérica S.A. e Cruz Quebrada Media S.A.  
Ancora 40-28045 Madrid Espanha - NIPC: A - 82090952.

Impressão: Printer Portuguesa SA - Rio de Mouro  
Depósito Legal n° 392481/15

Distribuição: Urbanos Press, Rua 1° de Maio,  
Centro Empresarial da Granja, 2525-572 Vialonga

# Índice

<i>introdução</i> .....	6
<i>cuidados básicos: febre</i> .....	9
<i>cuidados básicos: medicamentos</i> .....	13
<b>doenças</b>	
<i>alergia</i> .....	17
<i>amigdalite</i> .....	20
<i>apendicite</i> .....	23
<i>asma</i> .....	27
<i>astigmatismo</i> .....	30
<i>balanite</i> .....	34
<i>bronquiolite</i> .....	36
<i>bronquite aguda</i> .....	40
<i>conjuntivite</i> .....	42
<i>convulsão febril</i> .....	44
<i>crosta láctea</i> .....	47
<i>crupe (ou laringite estridulosa)</i> .....	49
<i>desidratação</i> .....	52
<i>diabetes</i> .....	55
<i>diarreia</i> .....	59
<i>difteria</i> .....	62
<i>doença boca-mão-pé</i> .....	64
<i>doença celíaca</i> .....	66
<i>dores de cabeça</i> .....	69
<i>dores de crescimento</i> .....	76
<i>eczema</i> .....	78
<i>edema</i> .....	82
<i>epilepsia</i> .....	85
<i>escarlatina</i> .....	89
<i>escoliose</i> .....	91
<i>estenose pilórica</i> .....	93
<i>estomatite aftosa</i> .....	95
<i>exantema súbito</i> .....	97

# *introdução*

**A** saúde das crianças é uma das principais preocupações de todos os pais. Estremecemos mal ouvimos um espirro, temos pesadelos com vírus e bactérias e não dormimos quando um filho adoce. Além disso, as dúvidas são muitas e nem sempre temos um médico na família a quem fazer perguntas mais básicas.

Felizmente, os pais portugueses dispõem desde há alguns anos de uma linha telefónica que os põe em contacto, a qualquer hora, com técnicos de saúde especializados e, ainda por cima, simpáticos - a Linha Saúde 24, que é um precioso auxiliar na orientação dos pais e uma ajuda no combate às situações de doença.

A PAIS&filhos, que sempre esteve ao lado dos leitores, informando e desmistificando muitos dos problemas de saúde mas alertando para sinais ou sintomas de “alarme”, indicadores

de eventual situação mais grave, oferece-lhe agora este ABC das Doenças Infantis, para ter sempre à mão e consultar sempre que achar que o seu filho está doente e que a sua capacidade de intervenção exige um outro “conselheiro”.

Ordenadas alfabeticamente, as doenças foram divididas em dois volumes e, além da descrição de cada uma, encontrará esclarecimentos sobre os sintomas e sinais, e o seu diagnóstico e tratamento. Neste Volume I, damos-lhe também informação sobre alguns cuidados básicos a ter com as crianças doentes, nomeadamente no que diz respeito ao controlo da febre e ao uso de alguns medicamentos. Obtenha o Volume II com o próximo número da PAIS&-filhos e guarde este ABC das Doenças Infantis para mais tarde consultar. Esperamos que não precise dele muitas vezes, mas lê-lo e tê-lo não incomoda e sempre poderá vir a dar jeito...

# ***cuidados básicos***



# *a febre*

A subida da temperatura do organismo, quando não explicável por temperaturas exteriores elevadas (casos em que se tem de refrescar a criança e oferecer água em abundância), é um sinal de que algo não está bem. Isto porque a febre é um mecanismo de defesa que é posto em ação quando existe, por exemplo, uma infeção. Aliás, nunca é demais repetir que a febre é um aliado na luta anti-microbiana e que, mesmo que haja razões clínicas e psicológicas para a baixar, estaremos a “fazer o jogo do inimigo”.

A temperatura normal do corpo oscila entre os 36,5° e os 37° (equivalente a medição axilar, sendo os valores normais rectal e no ouvido ou da boca cerca de um grau acima) e varia com a altura do dia, sendo maior ao fim da tarde e a meio da noite.

Quando há “invasão” de um agente externo

– um vírus, uma bactéria ou um parasita – o nosso “termóstato” interior, localizado numa estrutura cerebral chamada hipotálamo, reage às substâncias libertadas pela ação desse microrganismo e procura defender-nos, fazendo subir a nossa temperatura e provocando a febre que é, assim, um meio de defesa natural pois permite a libertação de toxinas através da transpiração e a diminuição da multiplicação dos micróbios através do calor e da maior mobilidade e ação dos glóbulos brancos, além de promover a eficácia dos medicamentos, especialmente dos antibióticos.

Por tudo isto, a febre deve ser vista como um aliado no combate à doença e não como uma doença em si mesma. O facto de termos “medo” da febre vem dos tempos em que as convulsões febris – que hoje se sabem não provocarem dano – eram confundidas com epilepsia ou até com a criança estar “possuída pelos demónios”,

bem como associada a meningites e pneumonias, como se fosse ela a causa e não uma consequência dessas doenças. Todavia, há que referir que um aumento excessivo da temperatura pode ser prejudicial para as crianças, sobretudo quando se trata de bebés pequeninos.

Num recém-nascido, por exemplo, a termorregulação é ainda um sistema imaturo e pequenas infeções podem desencadear picos de febre muito alta. Assim, é preciso ter mais atenção à febre num bebé de pouca idade, embora esta seja muito rara neste grupo etário: qualquer temperatura acima dos 38°C deve ser considerada significativa e é recomendável recorrer-se à opinião de um médico, até porque os bebés recém-nascidos têm com maior frequência do que as crianças mais velhas situações graves como septicemias, meningites ou pneumonias.

Em crianças mais velhas, se a febre é baixa não

deve intervir-se, deixando a situação evoluir naturalmente. Se a temperatura sobe a valores superiores a 38,5°, mas dependendo da criança, do seu estado geral e, também da hora do dia e da ansiedade dos pais, então pode administrar-se o antipirético aconselhado pelo médico. Não se deve manter a criança muito agasalhada ou tapada e pode dar-lhe esfregar as pernas e braços com uma toalha embebida em água tépida (a cerca de dois graus abaixo da temperatura do corpo) porque ajuda a libertar o calor e como complemento do antipirético. Oferecer água e outros líquidos amiúde é também uma medida fundamental e tanto mais importante quanto mais nova é a criança. Banhos frios ou aplicar gelo ou água fria estão contraindicados porque farão subir, ainda mais, a temperatura.

# *os medicamentos*

Preciosos aliados dos médicos e dos pais no combate à doença, os medicamentos nem sempre são bem recebidos por parte das crianças, seja qual for a sua idade. No entanto, é essencial que sejam tomados nas doses certas e à hora marcada, pois disso depende o sucesso do tratamento. Se o seu filho é dos que torce o nariz às gotas ou cospe o xarope, experimente alguns dos nossos conselhos.

➤ No caso dos bebés, a maneira mais fácil de dar um xarope é através de um seringa dispensadora ou conta-gotas, que deve introduzir no canto da boca, pelo lado da bochecha, até lá atrás. Assim, será pouco provável que o bebé deite fora o medicamento. Se colocar à frente da boca o bebé terá o reflexo de cuspir.

➤ Se não tiver a ajuda de ninguém e o bebê estiver agitado, embrulhe-o num cobertor, de modo a que não possa empurrar-lhe a mão. Fale-lhe ou cante-lhe, de modo a distraí-lo e quase não dará por nada.

➤ No caso de crianças mais velhas, o poder da argumentação começa a ter algum peso. Explicar que é o remédio que vai fazer com que a doença passe e com que se sinta melhor por vezes funciona.

➤ Um incentivo nunca fez mal a ninguém, por isso, tenha ali ao lado a bebida ou bolacha preferida do seu filho para tomar logo a seguir ao medicamento (lá cantava a Mary Poppins: *a spoon full of sugar makes the medicine go down...*). No caso de comprimidos ou cápsulas, se o seu filho tem muita dificuldade em engoli-los com a ajuda de um líquido, pode desfa-

zê-los (no caso das cápsulas, retirando o pó do seu interior) e misturá-los, numa colher, com mel ou com a compota preferida. Atenção, no entanto, porque em alguns medicamentos (raros nas crianças) o revestimento pode ser a garantia de que o produto ativo não é destruído pelo ácido gástrico e rompê-lo pode inutilizar o medicamento.

*doenças*



# *alergia*

Uma alergia é uma reação exacerbada do sistema imunitário em relação a um agente exterior. O mundo que nos rodeia está cheio de agentes e de produtos e substâncias, mas o corpo humano adapta-se a elas, convivendo com elas mas por vezes sofrendo a longo prazo dessa convivência. Outras pessoas não se adaptam tão facilmente – geralmente com um padrão familiar genético – e o seu sistema imunitário reage quando está em contacto com essas substâncias (desde pó e ácaros a alimentos, pelo de cão, caspa de gato, ervas, pólenes, etc), manifestando-se essas alergias geralmente no sistema respiratório (espirros, tosse, asma), gastrointestinal (colite) ou dermatológico (eczema, urticária), como inflamação – no fundo, através dos órgãos que “expulsam” as substâncias indesejáveis.

## Diagnóstico e tratamento

*São inúmeras as substâncias e produtos que podem provocar reações alérgicas, o que não facilita o diagnóstico. Além disso, é preciso ter em conta que fatores como o estado emocional, cansaço, stresse e irritabilidade podem potenciar essas reações alérgicas. A tendência para ter manifestações alérgicas é em grande parte hereditária, o que facilita a identificação de algumas crianças alérgicas e permite alguns mecanismos preventivos. Todavia, a confirmação deve ser sempre feita pelo médico e mediante análises, de preferência ao sangue, dado que os testes cutâneos têm muitos falsos-negativos.*

*É claro que nem sempre é fácil fazer esta prevenção, já que os alérgenos são, muitas vezes, substâncias comuns e difíceis de*

*eliminar completamente do ambiente. É o caso dos ácaros e do pólen, por exemplo. Todavia, mesmo relativamente a estes, os “graus de liberdade” que se tem no controlo destes agentes é maior do que à primeira vista se pode pensar.*

*Felizmente, há medicamentos que contro- lam as alergias, alguns para se fazer de modo prolongado e que aumentam o li- miar de resposta alérgica, outros para as crises. Os mais frequentemente receitados pelos médicos são os chamados anti-his- tamínicos que reduzem ou anulam a ação da histamina, a substância que o nosso corpo produz durante as reações alérgi- cas e que é responsável pela maior parte dos sintomas.*

# *amigdalite*

Trata-se de uma infecção das amígdalas, as estruturas de defesa que ficam na garganta, de cada lado e que têm, tal como os adenoides, uma função de filtro relativamente aos microrganismos e outras substâncias indesejáveis. As amigdalites resultam da inflamação e infecção causada por vírus ou por bactérias (sendo a mais comum, o estreptococo). É nas idades pré-escolar e escolar que se verifica a maior parte dos casos. A inflamação das amígdalas pode estar associada a outras doenças, como a escarlatina (que também é causada por um estreptococo) ou a mononucleose infecciosa (causada por um vírus).

A amigdalite não é uma situação complicada, a não ser que seja muito frequente e associada a otites (nesse caso, pode ser necessário recorrer à cirurgia para retirar as amígdalas e as

adenoides). Há também o risco de poder dar origem a uma febre reumática (apenas no caso das amigdalites originadas pelo estreptococo) e, por isso, é importante que a amigdalite seja sempre corretamente tratada.

## Diagnóstico e tratamento

*Se verificar que a criança tem dificuldade em engolir e se queixa de dores, observe-lhe a garganta. Se estiver vermelha, inchada e com pontos brancos, é provável que se trate de uma amigdalite. Nos primeiros três dias, a criança pode ficar em casa, controlando a febre e ingerindo apenas alimentos líquidos ou cremosos, sem substâncias ácidas, que provocam dor, e frios (gelados, por exemplo, gelatina fria ou sumo de pera fresco).*

*Consulte o médico, se passados dois ou*

*três dias a criança não apresentar sinais de melhoras. Será necessário tomar antibiótico se a infecção for provocada por uma bactéria, mas só o médico poderá avaliar a situação. As crianças mais velhas podem gargarejar com água morna e com um pouco de sal, três a quatro vezes por dia, ou chupar pastilhas adequadas, das que se vendem nas farmácias.*

# *apendicite*

Trata-se de uma infecção do apêndice, que é um pequeno fundo-de-saco fechado que se localiza no princípio do intestino grosso. Não se sabe se este órgão tem alguma função específica ou se é apenas uma reminiscência da nossa fisiologia pré-histórica. O que se sabe é que, por vezes, este tubo fica obstruído (por alguma grainha ou pevide ou por um rolhão fecal) e as bactérias que aí se desenvolvem (devido à obstrução) provocam uma inflamação que pode evoluir para perfuração do apêndice. É muito raro verificar-se uma apendicite em bebés durante o primeiro ano de vida, mas em crianças mais velhas, sobretudo a partir dos 8, 9 anos de idade, é muito frequente.

## Diagnóstico e tratamento

*É fundamental que o diagnóstico da apendicite seja feito rapidamente para evitar que a infecção evolua e a acumulação de pus provoque a sua perfuração. Se tal acontecer, o pus, saindo do apêndice e espalhando-se, provocará uma infecção grave do peritoneu (uma membrana que reveste os intestinos) que pode levar à morte ou, pelo menos, a um internamento prolongado e a própria existência de peritonite pode vir a induzir bridas (cicatrizes) peri-intestinais que podem trazer problemas graves passadas algumas décadas.*

*Quando existem dores abdominais prolongadas, deite a criança numa cama e tente carregar devagar, para tentar perceber qual é o ponto mais doloroso: divida o*



*abdómen em nove “quadrados” e vá carregando perguntando à criança se “dói mais neste ou naquele” até entender qual o ponto mais doloroso. Depois, faça-lhe um exame muito simples à barriga: pressione com dois dedos a zona à direita e abaixo do umbigo, que fica acima do osso da bacia; depois, retire a mão de repente. No caso de ela sentir dor no momento em que pressionou a barriga e depois uma dor aguda, no momento em que retirou a mão, então é muito provável que esteja perante uma apendicite, já com inflamação peritoneal. Veja também se, com a criança deitada e fletindo-lhe a perna direita e esquerda, ela sente dor quando flete a direita. Outra manobra pode ser dizer-lhe para saltar a pé coxinho e verificar se dói quando salta sobre o pé direito. Mesmo que não se verifiquem todos os sintomas descritos, leve a*

*criança a um serviço de saúde, o mais rapidamente possível, para que seja observada por um médico. Para confirmação do diagnóstico, serão feitos exames complementares (análises, ecografia).*

*A única forma de tratar a apendicite e evitar uma evolução para peritonite é a cirurgia para remoção do apêndice – a chamada apendicectomia. Trata-se de uma cirurgia simples, com uma fácil e rápida recuperação. Se suspeitar de apendicite, não dê de comer nem de beber ao seu filho, pois se ele tiver de ser operado é preciso que tenha o estômago vazio.*

# *asma*

Doença de origem alérgica e inflamatória que afeta os brônquios. É uma doença em que surgem crises, de frequência variável, alternadas com períodos sem sintomas. Durante as crises, o fluxo de ar nos pulmões é reduzido, sobretudo quando da expiração, o que provoca sensação de falta de ar e um ruído, tipo assobio ou sibilância, ao respirar. A crise é desencadeada por alérgenos (ver alergia) existentes no ar: pólenes, pó, fumo, pelos de animais, etc. O cansaço, o stress emocional, o exercício físico ou a ansiedade podem também fazer desencadear uma crise de asma. É a doença crónica que mais atinge as crianças. A sua incidência é de cerca de 12%.

## Diagnóstico e tratamento

*Durante os primeiros anos, não é fácil o diagnóstico uma vez que nem todos os bebés que apresentam sintomas como pieira e dificuldade respiratória (bronquiolites) vão evoluir para um quadro de asma, sendo muitas vezes essas dificuldades devidas a infeções e não a uma reação alérgica. No entanto, é importante que, perante um bebé com mais de dois episódios de pieira, tosse e infeções respiratórias frequentes, o médico analise a situação por forma a que o diagnóstico de alergia seja feito o mais precocemente possível.*

*O tratamento passa pelo controlo dos sintomas que surgem com as crises, mas também pela sua prevenção, diminuindo os fatores alérgicos no ambiente doméstico e recorrendo a medicamentos profiláticos.*

*Quanto à atuação durante as crises, que podem ser muito assustadoras para uma criança devido à sensação de asfixia, ela deve passar pelo recurso a medicamentos broncodilatadores, aplicados geralmente através de aerossol ou com câmaras expansoras ou, mais raramente nas crianças, na forma de inaladores (“bomba”). Pode também ser necessário recorrer aos esteroides, para eliminar a reação alérgica.*

*As crianças asmáticas têm de ser seguidas por um médico que avalie e analise a progressão da doença e possa adaptar a medicação, para lá do um ensino de “estilos de vida” que permitam à criança controlar a doença e sentir-se bem, física e psicologicamente.*

# *astigmatismo*

Todas as pessoas têm um certo grau de astigmatismo, ou seja, as lentes oculares naturais não são perfeitas no seu encurvamento e superfície, mas na larga maioria dos casos é tão ligeiro que não interfere com a visão. Contudo, a irregularidade pode ser suficiente para causar problemas na vida quotidiana – esta situação tem características familiares. Como o problema tem a ver com distorção dos raios luminosos, está perturbada a visão ao longe e ao perto, podendo gerar-se uma imagem muito desfocada.

Há que ter em atenção os sinais que podem fazer suspeitar de astigmatismo, tão cedo como a partir do ano de vida. As crianças habitam-se ao mundo sensorial em que vivem, e podem não sentir que têm um problema, mesmo vendo bastante mal.

São sinais suspeitos: franzir de testa; procura de focagem quando agarram um objeto, tentando encontrar o melhor ângulo; estrabismo; aproximar muito os objetos, contraindo as pupilas; virar a cabeça para o lado ou no sentido vertical, quando olham para um determinado ponto (televisão, por exemplo); desinteresse pelas atividades (em idades em que já deveriam estar minimamente atentos, por exemplo a desenhos animados na televisão).

O “ver bem”, no sentido de identificar objetos no céu ou ao longe, ou num livro, não exclui poder existir astigmatismo. O astigmatismo pode melhorar, piorar ou manter-se.

## Diagnóstico e tratamento

... *O diagnóstico pode ser feito em qualquer idade, dado que o que é mais importante*  
...  
... *são as medições objetivas das lentes do olho,*

*mas há que ter um mínimo de colaboração da criança, o que nem sempre é fácil antes dos 2, 3 anos. Por vezes, para ter a certeza, é preciso dilatar a pupila. Caso seja identificado um astigmatismo, a criança deverá usar óculos, o que representa um desafio, mas que é geralmente menos complicado do que possa parecer, porque como passa a ver melhor, tende a usá-los, assim os pais não se devem esquecer deles, insistam para que os ponha e deem esse apoio à criança.*

*Na ausência de qualquer sinal, mas caso haja uma história acentuada de astigmatismo na família (pais, muitas pessoas da família), é bom um exame oftalmológico à roda dos 4-5 anos.*

*É recomendável que, no caso de a criança ter de usar óculos, os pais peçam lentes*



photograding, *que não se tornam muito mais onerosas mas que se adaptam automaticamente aos ultravioletas, escurecendo, permitindo à criança uma grande comodidade na luz de verão e no exterior, e também que não tenha de andar sempre a trocar de óculos quando sai.*

# *balanite*

Inflamação da extremidade do pénis. Pode ser causada por um estreitamento exagerado do prepúcio (fimose), por uma reação alérgica (por exemplo, a um detergente) ou pelo contacto irritativo com as fraldas. Não é grave, mas exige tratamento adequado e a observação do médico se a situação se mantiver por mais de um dia ou dois.

## Diagnóstico e tratamento

*Assim que notar que a pele está vermelha e irritada, ou que tem pus, lave muito bem toda a zona e aplique um líquido antisséptico e uma pomada local com antibiótico, em tudo semelhante às pomadas de uso oftálmico ou dérmico. Se o seu filho usa*

*fraldas, mude-as com mais frequência, aplicando sempre o creme. Se for possível, deixe-o andar um pouco sem fralda. Se o prepúcio não vai para trás, não deve forçar, mas consulte o médico rapidamente para que seja ele a avaliar a situação.*

# *bronquiolite*

A bronquiolite é uma inflamação aguda dos bronquíolos, geralmente provocada pelo vírus respiratório sincicial ou pelo adenovírus (que pode deixar fragilidade brônquica durante mais de ano e meio, com conseqüente recorrência dos episódios). É relativamente comum em bebês no primeiro ano de vida (nesta fase, cerca de 10% das crianças são afetadas por esta infecção).

Os bronquíolos são as pequenas vias que conduzem o ar dos brônquios para os alvéolos; nos bebês, por maioria de razão, são muito pequenos. Os vírus inflamam as suas paredes internas que, por reação, se enchem de muco, tornando assim difícil a passagem do ar e, conseqüentemente, a respiração (pior na expiração). É uma situação que causa grande aflição no bebê e nos pais, e que pode comprometer

a oxigenação da criança, se for grave ou prolongada.

A contaminação é muito fácil (os adultos têm estes vírus, mas ao nível do nariz e sem sintomas de maior, pelo que os desvalorizam) e, por isso, é fundamental lavar as mãos antes de pegar num bebé pequenino e preservá-lo de contactos com pessoas constipadas. Estas, no caso de terem de pegar no bebé, deverão usar máscara, uma medida ainda pouco divulgada no nosso país mas extremamente eficaz para esta e outras situações respiratórias.

## **Diagnóstico e tratamento**

..... *Os primeiros sintomas são obstrução nasal, corrimento líquido no nariz e tosse seca. Ao longo de dois ou três dias, a situação agrava-se e surge pieira – ruído ao respirar, sobretudo na expiração – tosse*

*intensa, dificuldade respiratória de grau crescente e febre, embora esta possa não ser elevada. O bebê pode ficar facilmente cansado o que, juntamente com ficar arroxeadado, prostrado, não querer mamar ou estar apático, justificam a ida imediata a um serviço de urgência. A partir do terceiro ou quarto dia de doença, começa a haver melhorias. Como se trata de uma infecção viral, o tratamento passa apenas pelo alívio dos sintomas (como a febre) e por controlar a dificuldade respiratória, para lá de medidas de conforto. Os antibióticos não estão indicados, salvo em raros casos. Desobstrua frequentemente as vias nasais com soro fisiológico para ajudar o bebê a respirar melhor. Se ainda dá de mamar (ou biberon), é importante pôr soro no nariz antes das refeições. Eleve um pouco a cabeceira da cama do bebê para que dur-*

*ma melhor. No caso de o bebé estar a ficar aflito, faça aerossóis com soro fisiológico. As secreções ficam assim mais fluídas e a respiração normaliza. A cinesiterapia é fundamental - numa primeira fase pode ser feita pelos pais em casa, seguindo três passos: colocar a mão nas diversas partes do tórax, tremendo o mais possível, depois dar umas palmadinhas com a mão em concha, a fazer barulho e, finalmente, com as pontas dos dedos, percutir. Se o bebé estiver muito atafalhado em secreções, melhor será a cinesiterapia ser feita por um profissional. Se o bebé não melhorar e estiver a ficar com os lábios azulados e dificuldades respiratórias cada vez maiores, leve-o de imediato ao serviço de saúde mais próximo.*

# *bronquite aguda*

Inflamação dos brônquios, as vias que levam o ar aos pulmões. Tal como acontece na bronquiolite, o agente infeccioso (que, neste caso, pode ser um vírus ou uma bactéria) provoca inflamação, edema (líquido com inchaço da parede interna dos brônquios) e uma acumulação de muco nas passagens de ar, o que leva a uma dificuldade respiratória mais ou menos grave.

## Diagnóstico e tratamento

*A bronquite aguda surge, normalmente, associada a uma infecção do trato respiratório superior, como a sinusite ou a gripe, e caracteriza-se por tosse seca, irritativa e persistente, febre e dificuldade respiratória. Mais tarde, quando os brônquios reagem produzindo muco, há uma libertação de*



*secreções através da tosse. Essas secreções podem causar vômitos à criança, quer no decurso dos acessos de tosse, quer porque a criança engole as secreções e fica nauseada e com um certo grau de gastrite. A criança deve ser consultada por um médico pois é preciso avaliar a situação e verificar se é necessário recorrer a broncodilatadores (medicamentos que descongestionam os brônquios e facilitam, assim, a respiração) ou a antibióticos, para lá da hidratação e fluidificação das secreções e da ajuda no seu expulsar (cinesiterapia). Eleve a cabeceira da cama da criança, dê-lhe muitos líquidos, não insista para comer, fracione as refeições e controle a febre. Por vezes usam-se xaropes mucolíticos para ajudar as secreções a saírem.*

# conjuntivite

Inflamação nos olhos provocada por um vírus ou uma bactéria, ou por um corpo estranho que tenha entrado em contacto com o olho (areia, pó, pelos de animais) ou ainda pelo contacto com uma substância a que a criança é alérgica (pó, pólenes). Chama-se conjuntivite porque afeta a conjuntiva, que é a membrana branca que reveste o globo ocular. A conjuntivite pode afetar só um ou os dois olhos e, na maior parte dos casos, é muito contagiosa.

## Diagnóstico e tratamento

... *A conjuntivite é fácil de reconhecer: os olhos ficam muito vermelhos, lacrimejantes e com comichão. Quando a criança acorda, pode ter as pálpebras coladas com pus, sendo difícil e doloroso abrir os olhos. Deve*

*lavar os olhos com uma solução própria e consultar o médico rapidamente para que ele prescreva o tratamento adequado. Este poderá passar por um descongestionante e, se necessário, também por um antibiótico, na forma de colírio ou pomada. Se se suspeitar de alergia, o mais indicado será tomar um anti-histamínico. É importante que a criança não esfregue os olhos, não só porque pode piorar a inflamação, como também porque se trata de uma situação contagiosa e pode, assim, afetar outras pessoas ou o outro olho, para lá de aumentar o risco de infecção.*

# *convulsão febril*

Quando se fala de convulsões, sentimo-nos logo assustados. No entanto, uma convulsão febril é uma reação do cérebro a uma subida exagerada da temperatura do corpo (geralmente, até, na fase de subida da febre), e isso acontece em cerca de 5% das crianças, por imaturidade.

O cérebro, estimulado pela febre, reage desordenadamente, como se desse sinais contraditórios aos músculos dos braços e das pernas, que se contraem e distendem alternada e rapidamente. O corpo fica rígido e a criança perde a consciência. Pode deitar espuma pela boca, fazer chichi e gritar. As convulsões febris são mais comuns entre os 18 meses e os quatro anos e podem durar alguns minutos – raramente mais de cinco ou dez. Apesar de os sintomas serem parecidos, as convulsões febris

não têm nada a ver com as convulsões associadas à epilepsia, pois os estímulos que conduzem a umas e outras são completamente diferentes, e não causam danos cerebrais.

## Diagnóstico e tratamento

*Só um médico pode afirmar, depois de exames rigorosos, se a criança sofreu uma convulsão febril ou se há algum problema de saúde subjacente à convulsão. Isto porque o facto de haver febre e convulsões não, é só por si, indicador de que a origem da convulsão foi a febre.*

*Antes disso, todavia, perante uma convulsão (sintomas acima descritos) os pais devem tentar não entrar em pânico. O maior risco imediato que uma convulsão implica é o risco de asfixia por vómito. Por isso, deve deitar-se a criança de bruços ou de lado,*

*para que não sufoque no caso de vomitar. Baixar a febre é também uma das primeiras medidas a tomar, através de um supositório antipirético (que atua mais rapidamente e porque a criança não está em condições de engolir). Deve também colocar-se um objeto tipo espátula na boca da criança para evitar que esta morda a língua (não se devem pôr os dedos dos pais porque a contratura da mandíbula pode originar uma mordida muito forte). De seguida, deve dirigir-se a um serviço de saúde, mas tendo cuidado no transporte no carro, dado que a criança terá de ir deitada de lado se estiver com convulsão. Geralmente, depois de uma convulsão, é receitado um medicamento, na forma de clister, para os pais aplicarem caso a criança volte a ter uma convulsão.*

# *crosta láctea*

Crosta que surge no couro cabeludo de alguns bebés, durante os primeiros meses de vida. Os médicos chamam-lhes “dermatite seborreica”. O problema pode afetar todo o couro cabeludo ou apenas algumas zonas e deve-se a uma produção excessiva de sebo, numa altura em que a pele do bebé ainda é muito sensível. As crosta lácteas não têm qualquer gravidade e acabam por passar, por vezes com a ajuda de um champô ou de loções antiseborreicas. O maior problema é mesmo o mau aspeto da cabeça do bebé... mas quanto às fotografias, o *photoshop* resolve...

## Diagnóstico e tratamento

*As crostas lácteas não se devem a falta de higiene, como algumas pessoas pensam, por isso não adianta lavar mais vezes a cabeça do bebé. Opte por usar um champô que previna o aparecimento das crostas e trate o couro cabeludo que já apresenta sinais do problema. Se a situação se agravar, consulte o médico que receitará uma pomada própria. Nunca arranque as crostas, pois pode provocar feridas e agravar a situação. Pode também experimentar passar uma loção antiseborreica (saber-lhe-ão indicar na farmácia) antes da lavagem para que algumas crostas se soltem mais facilmente.*



# *crupe (ou laringite estridulosa)*

O crupe é uma situação em que se verifica uma respiração ruidosa e difícil devido a uma contração das vias respiratórias ao nível da laringe, cordas vocais e traqueia, a qual pode evoluir para uma situação de insuficiência respiratória grave se não for rapidamente controlada. O ar provoca um ruído sibilante ao ser inspirado (diferente da asma ou das bronquiolites, em que a dificuldade é expiratória). É mais frequente em bebés e crianças pequenas do que em crianças mais velhas e adultos. Surge normalmente associado a situações de infeção respiratória, pois as vias respiratórias dos bebés são estreitas e ficam facilmente congestionadas com secreções quando existe uma inflamação.

## Diagnóstico e tratamento

*Os episódios de crupe surgem geralmente a meio da noite, subitamente, numa criança que estava bem, e este desenrolar causa grande ansiedade nos pais. Ao mesmo tempo, há uma “tosse de cão” muito intensa, seca, persistente.*

*O crupe caracteriza-se por uma grande dificuldade na inspiração (entrada do ar) e é precisamente ao inspirar que se produz o ruído característico do crupe: um silvo ao qual os médicos chamam “estridor”. Como tem dificuldade em respirar, a criança prefere estar sentada. Pode existir febre se a origem da inflamação for viral (febre baixa) ou bacteriana (febre alta). Em caso de alergia, é raro a temperatura subir. Por vezes, o sentar-se e inspirar ar gela-*

*do que venha do congelador do frigorífico pode diminuir a inflamação e melhorar. Se isso não acontece e a criança está muito aflita, cianosada (azulada) ou prostrada, é necessário ir de imediato a um serviço de urgência. Se a situação está mais ou menos estável e a criança não muito aflita, opte por fazer aerossol ou inalar o ar frio. É importante tentar acalmar a criança e não entrar em pânico, pois a ansiedade só piora a situação.*

# *desidratação*

Diminuição da concentração de água no organismo. Pode ser causada por uma exposição prolongada a um calor excessivo (e consequente transpiração), diarreia, vômitos ou por uma febre alta. A água é fundamental para o nosso equilíbrio e uma desidratação é uma situação grave que, não sendo controlada a tempo, pode provocar danos irreversíveis e mesmo a morte, tanto mais que a percentagem de água numa criança chega perto dos 80% (superior à de um adulto). As substâncias essenciais ao organismo não chegam aos órgãos vitais e o volume de sangue vê-se diminuído, daí a gravidade da situação, para lá da concentração de iões (como o sódio) no sangue porque este fica menos diluído que podem lesar o cérebro.

## Diagnóstico e tratamento

*Os primeiros sinais de desidratação podem ser secura da boca e, nos bebês, um afundamento da “moleirinha” (fontanela). Se a situação já está mais avançada, ao beliscar-se a pele da barriga da criança ela não volta imediatamente ao lugar, ficando “preguiçosa”. Quanto mais nova for a criança, maior é o perigo e o risco de desidratação, pois a concentração de água no corpo de um bebê é ainda mais importante. Por isso, se suspeitar que o seu bebê está em situação de desidratação, leve-o de imediato a um serviço de urgência.*

*Em situações de risco de desidratação (muito calor, febre, vômitos e diarreia), dê de beber ao bebê com muita frequência. Se ele está a ser amamentado, dê-lhe o peito*

*mais vezes, mesmo fora da hora das refeições mas ofereça também água frequentemente. Procure numa farmácia soluções de reidratação, para alternar com o leite. E consulte o médico, no caso de o bebé estar com diarreia ou a vomitar há mais de seis horas.*

# diabetes

A diabetes é uma doença muito conhecida, o que não impede que continue a ser diagnosticada insuficiente e tardiamente, que as complicações evitáveis apareçam por controlo inadequado (por parte do próprio, familiares e serviços) e que ainda seja uma causa muito importante de *handicap* e de morte.

Quando se pensa em diabetes ainda se imagina um adulto velho, obeso, rodeado de doces e com um guardanapo preso ao colarinho, babando-se pelos bolos, gelados e chocolates.

Mas não é só o caso. A diabetes nas crianças, por não ter uma imagem tão cliché, ainda passa despercebida. E o que dizem as estatísticas mundiais é que está a aumentar. Assustadoramente.

Há cinco tipos de diabetes: o da gravidez, o do adulto gordo, o das pessoas que por alguma razão, tiveram de tirar o pâncreas ou parte dele, aquelas

que têm um pâncreas não funcionando por causa, por exemplo, de um cancro, e finalmente a das crianças, também conhecida por tipo I.

Talvez por não estarmos muito habituados a que a diabetes possa ser uma doença das crianças (mesmo avisando-as de que, se comerem muitos doces, ficam diabéticas, referimo-nos sempre ao futuro), a doença ainda é diagnosticada tardiamente.

Os dados são perturbadores, porque não apenas a diabetes tipo I está a aumentar, como também a tipo II (a do “adulto gordo”) está a aparecer em idades cada vez mais jovens, designadamente os oito anos de vida, quer nos países desenvolvidos, quer nos em vias de desenvolvimento.

Os erros alimentares crónicos, como o excesso de ingestão de hidratos de carbono – massas, arroz, batata, pão, pastelaria, bolachas –, e a falta de exercício físico são determinantes. A



passividade geral com que se assiste à deterioração da qualidade alimentar é perturbadora: claro que há “n” fatores que tornam a resolução desta questão muito complicada, desde os sociais, familiares e de grupo aos fatores económicos mais globais. Todavia, cada um pode, em sua casa, fazer alguma coisa, já que a educação e a criação de hábitos nas crianças é uma tarefa fundamentalmente dos pais, por muito tempo que estejam no infantário, na escola... ou em casa dos avós.

Os problemas de um diagnóstico tardio são grandes – incluindo coma. Por outro lado, as lesões cardiovasculares, renais, a cegueira e os problemas neurológicos, para só citar alguns, agravam-se com o adiar do diagnóstico e da terapêutica. O cansaço, sede intensa, emagrecimento, por exemplo, são sintomas importantes que, apesar de por si só não indicarem diabetes, devem fazer pensar na hipótese, so-

bretudo quando se prolongam mais do que se faria prever numa qualquer outra doença banal. O cansaço, por exemplo, não deve ser sempre atribuído ao trabalho intenso no dia-a-dia, mas sim pormenorizado – quando, a que dias, a que horas, como, etc. E escutar as próprias crianças é essencial.

## Diagnóstico e tratamento

*O cansaço, a sede intensa, o emagrecimento sem razão aparente, e a deteção de açúcar (glucose) na urina tipo II são sinais de doença. Quanto ao tratamento, é feito com insulina e uma dieta equilibrada em hidratos de carbono, para lá da vigilância dos níveis de glicemia visando a estabilidade o que, no início, dada a labilidade do organismo, pode não ser fácil de atingir.*

# diarreia

Evacuação frequente de fezes moles ou líquidas. Corresponde a uma reação dos intestinos a uma infeção por vírus ou bactérias (gastrenterite) ou, simplesmente, à ingestão excessiva de alimentos ricos em fibras. Os intestinos contraem-se mais do que é normal, deixando passar mais rapidamente as fezes e não tendo, assim, tempo de absorver os líquidos existentes. Por isso é que um dos maiores riscos da diarreia, sobretudo nos bebés e crianças mais pequenas, é a desidratação.

## Diagnóstico e tratamento

· *Se a diarreia está associada a outros sintomas, como febre e vómitos, é provável que se trate de uma infeção viral ou por uma toxi-infeção provocada pela ingestão de*

*comida em mau estado. O recurso a auxílio médico depende do estado geral da criança. Se este não for preocupante, basta controlar os sintomas, dar muitos líquidos à criança e fazer uma dieta pobre em fibras e em gorduras, até que a situação normalize. Banana, maçã, iogurte, arroz e cenoura são alimentos aconselhados, retirando os legumes verdes e os frutos “com sumo” e dando leite sem lactose. Há também medicamentos apropriados para o controlo da diarreia que pode pedir na farmácia, como os probióticos e as leveduras. Em bebés mais novos podem estar aconselhadas as soluções de reidratação oral.*

*Num bebé com menos de um ano, a diarreia pode dar muito rapidamente origem a uma desidratação, por isso é necessário um especial cuidado. Se o bebé estiver com*

*diarreia há mais de seis horas, ligue para a Linha Saúde 24 ou para o pediatra para saber se o bebé deve ser observado com brevidade. Deve sempre oferecer-se água ou sumo de pera diluído ao bebé com muita frequência. O chá preto, antigamente usado, pode irritar o estômago.*

# *difteria*

Doença infecciosa de origem bacteriana e muito contagiosa. Desde que existe a vacina, a difteria praticamente desapareceu em Portugal, embora ainda exista em muitos outros pontos do planeta – mais uma razão para não deixarmos de vacinar os nossos filhos. É uma doença grave, pois, se não for imediatamente tratada, pode dar origem a uma pneumonia e, mais grave ainda, a um enfraquecimento e a paralisia dos músculos, inclusivamente do coração, provocando a morte.

## Diagnóstico e tratamento

*O diagnóstico precoce é importantíssimo para que a criança possa começar de imediato a tomar o antibiótico indicado. Os sintomas passam por uma inflamação das amígdalas, que adquirem um tom acinzentado, febre baixa e tosse seca. Se a traqueia for afetada, a respiração torna-se difícil. O internamento é quase sempre inevitável e todas as pessoas que estiveram em contacto com a criança devem ser observadas por um médico.*

# doença boca-mão-pé

A doença boca -mão -pé ocorre sobretudo cerca dos 4-5 anos, e pode ser causada por uma grande variedade de vírus, mais frequentemente um que se chama *coxsackie*. Aparece sobretudo no verão. A doença não costuma ser grave e as crianças recuperam numa semana.

## Diagnóstico e tratamento

*Os sintomas começam por febre ligeira, perda de apetite e mal-estar geral. Segue-se o aparecimento de aftas dolorosas na boca, sobretudo na parte interior das bochechas e gengivas, e manchas nas palmas das mãos e plantas dos pés, que depois evoluem para nódulos e bolhas. A doença é contagiosa através das secreções nasais, saliva e líquido das bolhas, durante pelo*



*menos uma semana depois do início da doença. Perante estes sintomas a criança deverá ser observada pelo médico-assistente. O risco maior consiste na desidratação provocada pela não ingestão de líquidos em quantidade suficiente, atendendo à dificuldade em engolir e à falta de apetite. A alimentação deve ser baseada em líquidos e pastosos, frios e de sabor neutro (gelados, por exemplo).*

*Não há tratamento específico, mas é preciso dar todos os medicamentos necessários para o conforto da criança e os pais não se devem surpreender se ela emagrecer – passada a doença, o apetite virá, e em força. É conveniente evitar o contacto com mulheres grávidas.*

# *doença celíaca*

Intolerância alimentar à gliadina do glúten, uma proteína que se encontra no trigo, centeio, cevada e aveia, mas não no milho e no arroz. A intolerância, que é genética, leva a diarreias com posterior comprometimento da flora intestinal e má absorção dos alimentos, com comprometimento do crescimento e do desenvolvimento. Assim, se a dieta da criança não for alterada, o aumento de peso começa a ser francamente mau e o desenvolvimento fica afetado.

A incidência da doença celíaca é de um para cada 3.500 nascimentos, ou seja, em Portugal nascem cerca de 50 crianças celíacas por ano. Todavia, há cada vez mais pessoas a sentirem desconforto intestinal quando da ingestão excessiva de glúten.

## Diagnóstico e tratamento

*Os primeiros sinais da doença celíaca costumam surgir logo durante o primeiro ano de vida, depois de o bebé ter começado a comer alimentos com glúten. Mas não são evidentes e nem sempre o diagnóstico é tão rápido quanto seria desejável. O bebé torna-se rabugento, o seu aumento de peso desacelera ou estaciona, as fezes tornam-se moles e com um cheiro muito intenso. Todos estes sintomas devem ser descritos ao médico para que este possa avaliar a situação e mandar fazer os exames necessários – análises ao sangue e às fezes.*

*A única forma de evitar os sintomas da doença celíaca é cortar radicalmente o consumo de alimentos com glúten. Esta doença não tem tratamento e a dieta terá*

*de ser mantida durante toda a vida. Os pais serão aconselhados sobre a melhor maneira de equilibrar a dieta do bebê, para que não lhe falem nutrientes essenciais.*

*Apesar de ainda haver uma ligeira controvérsia, há muitos anos que a Sociedade Europeia de Gastroenterologia e Nutrição Pediátricas recomenda que se comece com o glúten cedo, quando das primeiras papas de cereais, dado que, a surgir a doença, será mais fácil identificar o elemento causador do que mais tarde, quando os fatores alimentares e ambientais são muito mais diversos e complexos.*

# *dores de cabeça*

As dores de cabeça são uma situação muito comum nas crianças: entre metade e dois terços referem tê-las pelo menos uma vez por mês. Numa criança, uma dor de cabeça não deve ser considerada de imediato uma doença mas pode ser um indicador de que “algo está mal”. Embora na maior parte dos casos as dores sejam esporádicas e ligeiras, causam muitas vezes preocupação e ansiedade, para além de poderem afetar o dia-a-dia das crianças.

As dores de cabeça nas crianças são fundamentalmente causadas por:

➤ **doenças** – desde infeções respiratórias banais (gripe, faringite, amigdalite) a alergias, ( febre dos fenos, sinusite), passando por muitas outras situações, a maioria discretas e passageiras. A hipertensão arterial isolada, embora rara na infância e na adolescência, pode também

manifestar-se apenas por dores de cabeça ( fortes, latejantes e repetidas);

➤ ***cárie dentária***, especialmente se houver abscessos, ou os problemas de desalinhamento dos maxilares, por exemplo, podem ser também causa de dor de cabeça;

➤ o mesmo acontece no que respeita às ***per-turbações do ouvido***, com destaque para as otites e para os chamados barotraumatismos (causados pela pressão ao mergulhar por exemplo em piscinas ou no mar). Nas crianças mais velhas, a sinusite pode ser uma causa frequente de dor de cabeça mas acompanha-se geralmente de outros sintomas (nariz entupido, “ranho”, tosse noturna, etc);

➤ a ***falta de visão*** é a primeira situação que vem à cabeça quando se fala de dores de cabeça, mas só muito raramente é que é causa de dor de cabeça prolongada e crónica;

➤ ***“saltar” refeições*** – não tomar certas re-

feições - seja por esquecimento, seja por que se está a fazer birra -, é um erro crasso pois além de não ser método de emagrecimento ainda se podem arranjar problemas, nomeadamente dores de cabeça. Por exemplo, o pequeno-almoço, depois de um jejum noturno que é quase sempre superior a 10 horas, é essencial para repor os níveis de açúcar no sangue. Se estes baixam muito, diminui o rendimento intelectual (e o escolar), faltam as forças físicas e aparece irritabilidade, má disposição e... dores de cabeça. O mesmo acontece se se estiver sem comer muitas horas à tarde;

➤ ***dormir pouco*** – a maior parte das crianças precisa de dormir, e precisa de dormir em alturas do dia que muitas vezes não são as mais adequadas (durante o fim da manhã, por exemplo). Os horários dos estabelecimentos escolares não se compadecem com as necessidades e exigências biológicas. Por este motivo,

muitas crianças acabam por dormir pouco, acordando com dores de cabeça;

➤ **stresse** – excesso de trabalho na escola e de atividades fora da escola; discussões frequentes com os pais; ansiedade... tudo isto pode causar dores de cabeça;

➤ **enxaquecas** – a ideia de que as enxaquecas só surgem nas pessoas “velhas” é errada – as crianças também têm enxaquecas. Geralmente aparecem só de um lado, acompanhadas de esvaimento ou vertigem, com enjoo e frequentemente com sintomas sensoriais (luzes, sons, cheiros). Se há alguém na família com enxaquecas a probabilidade de as ter é maior. A descrição é de como se alguém estivesse a bater com um martelo, sincopadamente, dentro da cabeça;

➤ **causa psicogénica, associada à depressão.** As dores de cabeça, neste contexto, equiparam-se a outros sintomas desig-



nados por “equivalentes depressivos”, como a falta de energia, baixa de apetite, dores de estômago, perda de interesse pelas atividades do dia-a-dia, andar “embezerrado”, problemas de sono (acordar muitas vezes durante a noite ou acordar muito cedo) e dificuldades de concentração, entre outras. A maior parte das dores de cabeça correspondem a uma causa concreta e passam quando a mesma é corrigida. Os casos graves são raros mas não convém aligeirar a situação, sobretudo se não se encontra uma causa definida e/ou se as dores são fortes, perturbam ou impedem a atividade normal, são muito frequentes (mais de uma por semana) ou fazem a criança acordar de noite. Outra razão para ser observado por um médico é pura e simplesmente a criança ou os pais estarem preocupados com a questão. De qualquer forma, e para além do que foi dito, é conveniente consultar o médico assis-

tente nos seguintes casos: existência de um episódio de traumatismo craniano; convulsões ou desmaios; vômitos; dores que fazem a criança acordar a meio da noite; dores que se acompanham de visão turva, pontos negros na visão (como se fossem pequenas “moscas” a esvoaçar de encontro a uma parede branca), zumbidos nos ouvidos ou outras alterações visuais; se houver outros sintomas como rigidez da nuca, dores de dentes, etc.

## Diagnóstico e tratamento

*A primeira coisa a fazer é procurar a causa. Na maioria dos casos, é fácil encontrar a solução. No entanto, não se deverá “facilitar” a questão nem atribuir apressadamente as dores a depressão ou problemas psicológicos. Se houver algum sinal ou sintoma de gravidade deve procurar-se a opi-*

*ção de um médico. As doenças graves são raras mas existem.*

*Há vários medicamentos para tratar as dores de cabeça banais: o paracetamol ou o ibuprofeno são um exemplo. De qualquer forma, como estes fármacos podem ter todos eles efeitos colaterais e contraindicações, convém perguntar ao médico assistente qual o que está melhor indicado para a criança em questão.*

*Outras medidas auxiliares, como o repouso ou a mudança de atividade, podem ajudar a resolver o problema. Alimentar-se pode ser a chave do problema, se a dor de cabeça corresponder a fome. Tão simples como isso mas atenção aos “gatos escondidos com dores de cabeça de fora”.*

# *dores de “crescimento”*

Muitas crianças, entre os três e os cinco anos, queixam-se de dores nos joelhos ou na região dos joelhos, especialmente à noite, podendo ser bastante intensas - geralmente deitam-se bem mas acordam a chorar baixinho, agarradas à perna e dizendo que lhes dói. São geralmente crianças em idade pré-escolar, embora possa atingir também os mais velhos. Estas dores passam com um analgésico ou um anti-inflamatório adicionado a umas massagens locais (“festinhas” dos pais) e um pouco de mimo. São as designadas “dores de crescimento”, que doem mesmo, não é invenção, mas que têm uma componente psicossomática. Não se deve desvalorizar o quadro nem dizer à criança que “não dói nada”. Dói e dói mes-

mo! O que temos é que estar atentos a outros sinais e sintomas e, caso estes existam (coxear, etc) ou se não passarem com as pequenas medidas que mencionei, então melhor será levar a criança a ser observada pelo médico. Estas dores podem repetir-se durante alguns dias e ter depois um período mais ou menos grande sem elas, voltando por vezes a aparecer passado um tempo.

## Diagnóstico e tratamento

*Choro noturno, dores na barriga das pernas e acordar a meio da noite com dores são os sintomas mais frequentes. Um spray local de indometacina, ibuprofeno e as “festinhas” dos pais são a melhor forma de aliviar a dor.*

# *eczema*

O termo eczema usa-se para descrever um certo tipo de lesões da pele, caracterizados por vermelhidão, exsudação (aparecimento de líquido lamacento) e formação de pequenas vesículas debaixo da pele. A causa mais comum é a chamada dermatite atópica, de origem alérgica e componente hereditário.

À medida que o tempo passa as lesões ficam mais secas, espessas e com pequenas escamas, bem como com alterações da pigmentação da pele. Quando a situação se prolonga, há que pedir o conselho do médico, dado que pode ser uma alergia.

Outras causas de eczema são a dermatite seborreica, a dermatite de contacto (contacto prolongado ou repetido com substâncias como a saliva, sumo de citrinos, detergentes com que se lava a roupa da criança, sabonetes

e espumas de banho ou medicamentos).

A saliva é um dos agentes mais vulgares – até aos três anos, a criança pode ficar com lesões no queixo e no pescoço, sobretudo nas fases de mais intensa dentição. As golas de camisolas, feitas de materiais sintéticos, também podem causar eczema no pescoço. Outro responsável por este tipo de lesões é a sudação excessiva (por exemplo, devida ao excesso de roupas).

A dermatite de contacto de origem alérgica (atópica) caracteriza -se por grande comichão, mau dormir, choro, inquietude e lesões de coceira. Alguns medicamentos (pomadas, cremes, unguentos) e até em medicamentos receitados para o próprio eczema, dado que quer o produto ativo quer o veículo da pomada podem causar lesão e perpetuá-la senão se estiver avisado para isso. Se uma pomada não faz efeito ao fim de um prazo de três dias, então é melhor suspendê-la.

Finalmente, a dermatite seborreica, que é uma inflamação crónica da pele e ocorre em todas as idades e é devida a uma hiperprodução das glândulas sebáceas, especialmente no couro cabeludo, zonas de flexão da pele (sangradouro, etc.) e zona das sobrancelhas. A crosta láctea é um exemplo. É importante explicar na escola que o eczema não é contagioso.

## Diagnóstico e tratamento

*Os sintomas mais comuns são lesões da pele com grande comichão, em zonas (placas), mau dormir, inquietude, lesões de coceira (infetadas) associadas a crises relacionadas com alergias. Quanto ao tratamento, existem cremes e pomadas, por vezes com corticoides, sendo igualmente importante evitar alimentos e outros fatores alergénicos.*



*Algumas medidas podem ser tomadas pelos pais: hidratar a pele, designadamente com produtos para o banho e após o banho; utilizar água morna no banho, evitando contacto com água quente; usar géis de banho e champôs neutros e suaves; quando enxugar a criança, fazê-lo empapando a toalha e não esfregando a pele; manter um vestuário fresco, utilizando sempre roupa de algodão (confirmar que não há fibras sintéticas e retirar etiquetas); usar detergentes hipoalergénicos para a roupa; evitar mudanças rápidas de temperatura ambiente; ter cuidado com ambientes como as piscinas com cloro, pólenes, pelos de animais, entre outros; limpar bem a casa (aspirar) para reduzir os alérgenos presentes; ajudar a ultrapassar a comichão, com pomadas e, se for indicado pelo médico, xaropes; não descurar o tratamento, mesmo nas fases em que a criança está melhor.*

# edema

Chama-se edema à acumulação de líquidos nos tecidos moles, ou seja, abaixo da pele, sobre os ossos. O edema na criança é muito mais raro do que nos adultos e quando ocorre corresponde, na maioria dos casos, a situações benignas. Mais raramente, contudo, o edema pode exigir uma atitude urgente do ponto de vista diagnóstico e terapêutico.

O edema na criança pode ser causado por alguns alimentos que, mesmo não provocando qualquer alergia direta, como é o caso de morangos, kiwi, laranja, tomate, ovo, chocolate, enlatados e produtos de salsicharia, carne de porco, entre outros. A presença de animais (cães, gatos) pode também agravar.

O edema da laringe e/ou glote é uma situação de extrema urgência e manifesta-se por progressiva, mas rápida, falta de ar, e por inchaço da úvula (a

“campainha” que está na garganta) comprometidos vários: aumento da pressão hidrostática por falência da bomba cardíaca ou um impedimento à circulação normal do sangue; diminuição das proteínas do sangue, como em certas doenças renais ou hepáticas; aumento da permeabilidade dos vasos, como nas alergias; perturbações na drenagem linfática; ou alterações da água e do sódio que ocorrem nas doenças renais ou no tratamento prolongado com corticoides. Os edemas localizados são apenas reações dos tecidos a inflamação ou trauma.

É sempre importante, quando os pais recorrem ao médico, saber caracterizar o edema quanto ao local envolvido ou preferencialmente envolvido, se o edema “vai e vem” (por exemplo ao longo do dia) ou não tem variações temporais, se a região está avermelhada ou dolorosa, se a criança está a fazer algum tratamento, e se tem comichão.

## Diagnóstico e tratamento

*O edema manifesta-se por inchaço causado por acumulação de líquidos em vários locais (da laringe – o mais grave – às pernas ou braços). Secundariamente, ocorre infecção desse líquido. O tratamento é feito com antialérgicos, se a causa for alergia. Nos outros casos, trata-se a lesão base (se for renal ou cardíaca, por exemplo); deve ainda tratar-se a infecção se ela existir.*

# *epilepsia*

A epilepsia é frequente em Portugal – estima-se em 6 000 o número de novos casos por ano. Mais de metade destes são crianças. Caracteriza-se por crises epiléticas, fora do contexto da fase aguda de uma infeção, erro metabólico (hipo ou hiperglicemia) ou traumatismo craniano. A origem dos sintomas está em focos cerebrais que disparam por estímulos considerados inócuos para a maioria das pessoas (fechar e abrir uma lanterna, intermitentemente, por exemplo).

Além dos tradicionais movimentos musculares que as pessoas conhecem, há outras formas de epilepsia menos conhecidas, como as ausências ou os episódios sensoriais.

As crises de epilepsia não causam dor, mesmo que a criança estrebuche – são os espasmos musculares que provocam esses movimentos.

As causas mais comuns de epilepsia podem ser as cicatrizes cerebrais resultantes de hipoxia quando do nascimento, sequela de meningite, encefalite ou traumatismo, malformações cerebrais, tumores, e as chamadas síndromas neurocutâneas .

As ausências notam-se pelos 3 anos – a criança está alheada, por breves momentos, e retoma o que estava a fazer, sem entender que houve um período de desfasamento.

Durante a crise pode ter movimentos como coçar a orelha ou um tique. Duram pouco tempo, mas repetem-se com grande assiduidade. Outro tipo é a epilepsia rolândica, muito vulgar na infância. Começa aos 3 anos e é muito regular. Surgem na altura do sono e a criança acorda, assusta -se, vai ter comos pais e tem um desvio da boca para um lado. Quer falar, mas não consegue, baba-se e faz ruídos com a garganta. Passado 1-2 minutos, melhora. Pode



*mes necessários a caracterizar a atividade elétrica do cérebro e descobrir focos epileptogénicos, há que medicar para as crises, mas também para aumentar o limiar de responsividade do cérebro. Estes medicamentos têm de ser regularmente acertados, conforme os valores sanguíneos do fármaco, e também controlados os eventuais efeitos secundários noutros órgãos, como nas células sanguíneas, fígado e rim.*

*Uma criança com epilepsia pode fazer uma vida normal, desde que vigiada e controlada medicamente..*



# escarlatina

Doença infecciosa provocada por uma bactéria, o estreptococo, que é responsável também por outras infeções, como por exemplo a amigdalite mas que, neste caso, é de uma estirpe chamada eritrogénica. No fundo, a escarlatina é uma “amigdalite com pintas”. A escarlatina é contagiosa e o seu período de incubação oscila entre um a cinco dias. A recuperação é relativamente fácil e, normalmente, basta uma semana em casa para que depois a criança possa regressar à escola ou às suas atividades habituais.

## Diagnóstico e tratamento

... *Os sintomas iniciais da escarlatina, que se mantêm nos primeiros dois a três dias da doença, podem facilmente ser confundidos*

*com os de uma amigdalite: inflamação da garganta e amígdalas, febre, vômitos. A língua fica, no entanto, muito encarnada, de cor escarlate.*

*Ao quarto dia, começam a surgir pequenas pintas no peito e pescoço que se unem formando uma fogueira que alastra depois para o resto do corpo, excetuando a zona em redor da boca e zonas do “sangradouro” (parte interna oposta ao cotovelo. Se suspeitar de escarlatina, deve consultar imediatamente o médico, pois a criança terá de tomar um antibiótico. Entretanto, é necessário ir controlando a febre e dar bastantes líquidos à criança, alimentos frios, moles e de sabor neutro, e evitar “dar beijinhos” até ao fim das primeiras 48 horas de antibiótico.*

# *escoliose*

Curvatura da coluna vertebral para um dos lados das costas. A escoliose pode ser congénita ou adquirida ao longo da infância devido a causas tão diversas como uma queda, um problema muscular, pelo facto de a criança ter uma perna ligeiramente mais curta do que a outra ou por ter adquirido uma posição incorreta a escrever ou a comer. O nome escoliose vem por se associar a más posturas na sala de aula. O problema deve ser corrigido precocemente de modo a evitar complicações irreversíveis na coluna. A escoliose, quando muito acentuada, pode mesmo afetar os pulmões e a atividade respiratória.

## Diagnóstico e tratamento

*Uma das formas de perceber se a criança tem escoliose é observar os seus ombros, quando em pé e tentando alinhar os dois pés ou, também, estando “à vontade”. Se um deles estiver ligeiramente descaído em relação ao outro, convém consultar o médico que fará uma observação cuidada e a encaminhará eventualmente para um ortopedista,. Outro indício de escoliose é, quando se pede à criança que se dobre para a frente, pela cintura, observar que ela fica inclinada para um dos lados.*

*O ortopedista terá de avaliar a situação para aconselhar o melhor tratamento, que pode passar, nos casos graves, pelo uso de um colete de correção ou por fisioterapia.*

# *estenose pilórica*

Estreitamento acentuado do piloro, que é a passagem do estômago para o duodeno. Quando este problema é congênito, manifesta-se quando o bebê completa um mês de idade. Não são ainda conhecidas as causas que estão por trás desta situação, mas é muito grave, já que compromete a absorção dos nutrientes necessários ao desenvolvimento do bebê e implica um risco considerável de desidratação. A sua incidência é de 1 em cada 500 bebês recém-nascidos.

## Diagnóstico e tratamento

.....  
*Os principais sintomas são vômitos violentos após a refeição. Estes vômitos não têm nada a ver com o vulgar bolçar, pois o leite vomitado é projetado "em jato" para uma*

*distância considerável e há uma sensação de que “vomitou mais do que comeu”. Isto acontece porque há contrações fortes do estômago no sentido de “enviar” o alimento para o duodeno. Como tal é impossível de cumprir devido ao estreitamento do piloro, o leite acaba por ser projetado pela boca. Se o seu bebé vomitar desta forma, depois de duas ou três mamadas seguidas, ligue para o pediatra ou para a Linha Saúde 24. Provavelmente vai ser preciso internar o bebé para fazer um diagnóstico correto do problema, o que implica exames e observações, e mantê-lo hidratado e alimentado, o que pode ser impossível em casa.*

*O único tratamento possível para a estenose pilórica é uma cirurgia, através da qual o piloro é alargado e o problema fica definitivamente resolvido.*

# *estomatite aftosa*

A criança em idade pré-escolar começa com: febre, que se torna muito alta e duradoura; gengivas muito vermelhas, que às vezes chegam a sangrar ao mínimo toque; dor sobretudo ao alimentar-se. Uma das maiores preocupações dos pais – o facto de a criança não comer –, só deve assustar se a criança não beber líquidos. Outros sintomas são: aftas (ulcerações) por toda a boca e frequentemente também nos lábios; emagrecimento, associado à recusa quase total de comer e mal-estar geral. É natural que ela vá emagrecer nesse período de doença (que pode chegar a ser superior a uma semana), mas mal passe a fase aguda o apetite vem e em força, recuperando rapidamente o peso anterior.

## Diagnóstico e tratamento

*Esta estomatite aftosa é provocada por um vírus e não há tratamento específico, ou seja, tem de se esperar que passe. Além de se baixar a febre, pode colocar -se um produto para anestesiar um pouco a boca, para permitir que a criança coma, escolher muito criteriosamente os alimentos de modo a que ardam menos nas aftas e sejam do maior agrado da criança, oferecer líquidos com frequência (líquidos com um pouco de açúcar), dar um preparado de vitamina B e esperar pacientemente. Se houver dúvidas, a criança deverá ser levada ao médico, sobretudo se o seu estado geral estiver muito deteriorado.*



# *exantema súbito*

Doença infecciosa provocada por um vírus, também chamada Roséola Infantil ou Sexta Doença. Aparece sobretudo durante o primeiro ano de vida, sendo raro mais tarde. O período de incubação pode oscilar entre uma e duas semanas e, para haver contágio, basta que haja contacto com uma criança infetada.

## Diagnóstico e tratamento

*Nos primeiros três dias de doença, os sintomas são febre alta e diminuição do apetite, com impaciência e impertinência, simulando a dor de uma otite. A febre pode subir muito rapidamente e ser causa de convulsão febril nas crianças que têm predisposição para tal. Não há quaisquer outros sintomas até ao quarto dia, altura*

*em que a febre baixa subitamente (quase exatamente 72 horas depois do início) e surge uma erupção cutânea caracterizada por pequenas manchinhas rosadas que se espalham do tronco para os braços. Normalmente não atingem com tanta intensidade a cara nem as pernas. Só esta erupção permite fazer o diagnóstico e perceber que se tratou de exantema súbito. O início da erupção cutânea, que desaparece passados dois ou três dias sem deixar marcas, coincide com a descida da temperatura. A doença não é grave e apenas é preciso controlar a febre que pode atingir valores elevados.*

***Em qualquer uma das situações acima descritas, se tiver dúvidas quanto à necessidade de uma ida à urgência, ligue para a Linha Saúde 24 (808 24 24 00)***



Ilustração de Rute Reimão



Preço: 3,50€ (IVA incluído)

