

BOLETIM INFORMATIVO



20



mascote Vitória festeja os 20 Anos da ANDAI!

SUMÁRIO

2 : Editorial

J. A. Melo Gomes

4 : Mensagem

Carlos Drummond de Andrade

5 : Informação Clínica

Manuel Salgado

9 : Espaço Aberto

Sandra Ribeiro Graça e Fátima Bizarra

11 : Testemunho Pessoal

Andreia Silva

14 : Encontro Anual 2015

16 : Notícias

20 : Espaço Infantil

FICHA TÉCNICA

Direção do Boletim

Direção da ANDAI

Comissão Científica

Dr. J. A. Melo Gomes

Dra. Margarida Ramos - Pediatra (H. D. Estefânia - Lisboa)

Dr. Manuel Salgado - Pediatra (H. Pediátrico de Coimbra)

Dra. Maria José Vieira - Pediatra

Dra. Filipa Ramos (H. Santa Maria - Lisboa)

Comissão Executiva

Maria da Conceição Pereira - ANDAI

Joana Figueiredo Freire - ANDAI

Maria Luísa Almeida - ANDAI

Corpo Redactorial

Maria da Conceição Pereira

Joana Figueiredo Freire

José António de Melo Gomes

Manuel Salgado

Sandra Ribeiro Graça

Fátima Bizarra

Andreia Silva

Fotografia

Nuno Pereira

Design e Paginação

Carina Faria

EDITORIAL

Vigésimo Aniversário da ANDAI

A ANDAI faz 20 anos em 2016!

Dir-se-ia que está a sair da adolescência, quando realmente tem ainda tantas “dores de crescimento” e tantas carências e necessidades, de resto como frequentemente acontece aos indivíduos neste mesmo grupo etário...

Em 1994 começámos os contactos com vários familiares de doentes e doentes, com o fim de dar início a este projeto, então pioneiro, do associativismo reumatológico juvenil tendo decorrido no Congresso Português de Reumatologia desse ano uma mesa redonda em que contámos com a participação da eloquente Dra. Maria Barroso e em que esteve também presente a Dra. Maria da Conceição Pereira.

Em 1995 foram elaborados e discutidos, por uma comissão dinamizadora, os primeiros estatutos da ANDAI, que vieram a ter registo notarial ainda antes do fim do ano de 1995. Contudo, só em 1996 foi realizada, no Hospital Pediátrico em Coimbra, a primeira Assembleia Geral, constituída por Doentes, Pais, Familiares, Profissionais de Saúde e Amigos, que elegeram os primeiros corpos gerentes da associação.

Em 1996 tivemos a primeira participação num Congresso Português de Reumatologia (Figura 1 - A e B), com a primeira banca da associação e materiais para doentes.



Figura 1-A: Fernando Ferreira, Maria da Conceição Pereira, Sara de Freitas e José Melo Gomes; 1-B: Marcha corrida desse Congresso, em que participaram alguns sócios da ANDAI.

Pouco depois realizámos a primeira ação de formação para doentes e familiares, em Lisboa (Figuras 2), que foi muito participada, com temas que estimularam a curiosidade dos presentes e motivaram discussão esclarecedora.



Figura 2: A assistência (A e B) da 1ª reunião da ANDAI virada para o esclarecimento dos doentes, que foi dinamizada por (2-C) Joana Figueiredo Freire, Maria da Conceição Pereira, Ana Tavares e José Melo Gomes.

Seguiu-se, em 1996, a primeira participação oficial da ANDAI numa “Jornadas Internacionais de Reumatologia Pediátrica” (Fig. 3-A), Jornadas estas que agora são organizadas pela associação e constituem o seu principal suporte financeiro. Pouco depois a primeira participação oficial da nossa associação num congresso europeu de Reumatologia Pediátrica, realizado na Baviera. Estas deslocações aos congressos no exterior foram sempre efetuadas com base em subsídios atribuídos à ANDAI para esse efeito, e sem quaisquer despesas para a associação.



Figura 3-A: Participação da ANDAI (Sara de Freitas, Maria José Vieira, José Melo Gomes e Maria da Conceição Pereira) nas “Jornadas Internacionais de Reumatologia Pediátrica” de 1996;

Figura B e C - Primeira participação oficial da ANDAI num Congresso Europeu de Reumatologia Pediátrica, em Garmisch-Partenkirchen, na Baviera Alemã, em 1996.

Na Figura 4 estão imagens de outras participações da ANDAI em Jornadas Internacionais de Reumatologia Pediátrica (Fig. 4-A) e no Congresso Português de Reumatologia de 2006 (Fig. 4-B), em Ponta Delgada, há precisamente uma década.

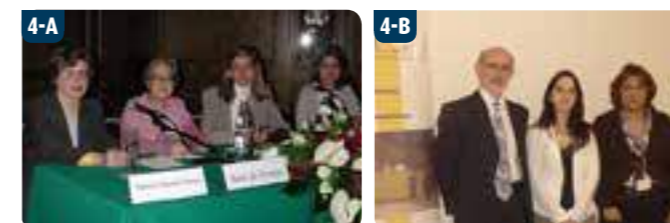


Figura 4-A: Representação da ANDAI em Mesa Redonda da Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas; Figura 4-B: Representação da ANDAI no Congresso Português de Reumatologia de 2006, em Ponta Delgada.

Mas a ANDAI não andou apenas pelos Congressos, nacionais e internacionais, organizou uma reunião anual de convívio para os seus membros e familiares, sempre muito participada, na qual se inclui sempre um espaço de lazer descontraído que propicia a troca de experiências e estabelecimento de contactos e de laços de amizade e um espaço de transmissão de conhecimentos, através de uma sessão pública em que um ou mais temas são expostos e discutidos entre os presentes (Figura 5).

EDITORIAL



Figura 5 - Imagem do 1º encontro anual da ANDAI, em Vila Nogueira de Azeitão

E a associação desenvolveu também um Boletim Informativo periódico, cuja periodicidade flutua entre 1 a 4 por ano, de acordo com as disponibilidades e as necessidades (Fig. 6-A) e alguns pequenos livros educativos sobre as artrites juvenis, para os Pais e doentes adolescentes ou para crianças mais pequenas (Fig. 6-B), com a finalidade de os educar para a saúde e ajudar a ultrapassar mitos e ideias erradas sobre as suas doenças.



Figuras 6 (A e B) - Algumas publicações da ANDAI

E, precisamente há 10 anos, realizámos um encontro comemorativo da 1ª década da ANDAI, um espetáculo muito elogiado por todos os assistentes, que teve várias participações graciosas e benemerentes. A apresentação do mesmo coube à Mariana Pinote (Fig. 7-A) e atuaram o Coro Infantil da Academia de Música de Santa Cecília, o Avô Cantigas (Fig. 7-B), Palhaços (Fig. 7-C) e todos gostaram muito...



Figura 7 - A, B, C - Imagens do espetáculo comemorativo do 10º aniversário da ANDAI (2006).



Entretanto continuámos a trabalhar, a contribuir para melhorar os conhecimentos dos nossos Doentes e Famílias (através de todas as ações atrás indicadas, que continuaram a ser dinamizadas) e dos nossos Médicos (através da organização, de forma bienal, das “Jornadas Internacionais de Reumatologia Pediátrica”, que neste ano terão a sua XV edição).

Fizemos algumas coisas, mas gostaríamos de ter feito muito mais, pois os Doentes precisam e merecem!

Assim, como quem não quer a coisa, passámos dos 10 anos da ANDAI para os 20 que este ano comemoramos.

A sensação que fica é a de que precisamos de fazer mais, os nossos doentes precisam de mais de todos nós, as famílias precisam de mais também: só conseguiremos dar mais se formos mais a dar e mais a empenhar os seus esforços numa tarefa que deve ser de todos!

E porque a necessidade de uma associação que proteja, defenda, eduque para a saúde os doentes com artrites juvenis e seus familiares e ajude os profissionais de saúde a adquirir competências nesta área se mantem, mantem-se bem viva a necessidade de existência da ANDAI!

É por ti/si e para ti/si que a ANDAI existe!

E necessitamos da participação, do interesse e do empenho de todos!

Sublinho que a ANDAI precisa de todos os que tiverem disponibilidade e interesse em partilhar trabalho, mas também a satisfação e alegria do dever cumprido!

Venham ter connosco, que serão bem-vindos e, de caminho, juntem-se à comemoração do vigésimo aniversário da ANDAI!

José António de Melo Gomes
Médico Reumatologista
Presidente da Direção da ANDAI

MENSAGEM



Quando me amei de verdade, compreendi que em qualquer circunstância, eu estava no lugar certo, na hora certa, no momento exato. E, então, pude relaxar. Hoje sei que isso tem nome... auto-estima.

Quando me amei de verdade, pude perceber que a minha angústia, meu sofrimento emocional, não passa de um sinal de que estou indo contra as minhas verdades. Hoje sei que isto é ... autenticidade.

Quando me amei de verdade, parei de desejar que a minha vida fosse diferente, e comecei a ver que tudo o que acontece contribui para o meu crescimento. Hoje chamo isso de ... amadurecimento.

Quando me amei de verdade, comecei a perceber como é ofensivo tentar forçar alguma situação ou alguém apenas para realizar aquilo que eu desejo, mesmo sabendo que não é o momento ou a pessoa não está preparada, inclusive eu mesmo. Hoje sei que o nome disso é ... respeito

Quando me amei de verdade, comecei a me livrar de tudo que não fosse saudável... pessoas, tarefas, crenças, tudo e qualquer coisa que me deixasse para baixo. De início minha razão chamou isso de egoísmo. Hoje sei que se chama ... amor próprio.

Quando me amei de verdade, deixei de temer meu tempo livre e desisti de fazer grandes planos, abandonei os projetos megalômanos de futuro. Hoje faço o que acho certo, o que gosto, quando quero e no meu próprio ritmo. Hoje sei que isso é ... simplicidade.

Quando me amei de verdade, desisti de querer ter sempre razão e, com isso, errei muito menos vezes. Hoje descobri a ... humildade.

Quando me amei de verdade, desisti de ficar revivendo o passado e de me preocupar muito com o futuro. Agora me mantenho no presente, que é onde a vida acontece. Hoje vivo um dia de cada vez. Isso é ... plenitude.

Quando me amei de verdade, percebi que a minha mente pode me atormentar e me decepcionar, mas quando eu a coloco a serviço do meu coração, ela se torna uma grande e valiosa aliada. Tudo isso é ... saber viver!

A cada dia que vivo, mais me convenço que o desperdício da vida, está no amor que não damos, na força que não usamos, na prudência egoísta que nada arrisca, e, que, esquivando-se do sofrimento, perdemos também a felicidade.

Carlos Drummond de Andrade



Indicações para exclusão de crianças com doenças infetocontagiosas das creches, jardins ou dos espaços de lazer



Introdução

As indicações para a exclusão das crianças dos estabelecimentos públicos ultrapassa em muito a lista de evicção (“expulsão com o apoio da lei”) das doenças do Decreto-Regulamentar vigente de Janeiro de 1995 (DR.95) - ver anexo. O DR.95 tem como objetivo a interrupção ou a redução do contágio das doenças potencialmente perigosas.

Mesmo em países com regras bem definidas de evicção de crianças das creches jardins-de-infância e escolas e dos espaços de lazer, por cada criança justificadamente excluída, outras 6 crianças foram indevidamente excluídas. Em Portugal em que não existem essas regras, a exclusão indevida é muito superior.

Doenças contagiosas e contágios

Todos os agentes infecciosos são contagioso.

Ao nascer a mãe transmite ao seu filho (contagia-o) com triliões de bactérias, muitas potencialmente perigosas. E isso não é motivo para não nascer.

Ao longo da vida alguém nos contagia os triliões de triliões de bactérias que transportamos no corpo (pele, aparelho respiratório, intestino), mas também fungos e até parasitas. Não são as doenças que são contagiosas mas sim os agentes responsáveis por elas. Todos os agentes responsáveis por constipações, diarreias, febre, tosse, etc. resultaram de contágios.

Daí que, quando se aborda o tema “contagioso” o objetivo não é a generalização do significado da palavra, mas referir-se apenas às doenças potencialmente perigosas.

Momento e duração dos contágios

Na generalidade das doenças infecciosas, os contágios iniciam-se 2 a 3 dias antes (ou mais) da doença se manifestar e prolongam-se (por vezes durante semanas) para além da fase de sintomas. É verdade que o período maior contágio coincide, em regra, com o pico dos sintomas. Mas a duração da eliminação dos agentes responsáveis sistematicamente prolonga-se para além das manifestações clínicas. Assim será absurdo pedir-se (e passar-se) uma declaração dizendo que “já não tem risco de contágio”.

INFORMAÇÃO CLÍNICA



Gravidade das doenças infecciosas:

- Apenas são emergências médicas 1 em cada 2.500 episódios de febre; só estas justificam chamar os pais sem demoras.
- Todas as doenças infecciosas potencialmente graves cursam com sintomas de significativo desconforto, para além da febre;
- Na ausência de desconforto significativo, de prostração ou dificuldade respiratória, nenhuma é uma emergência: pode-se esperar algumas horas;
- Mais de 95% das infeções observadas em creches e jardins-de-infância são infeções banais e benignas. Nenhuma destas justifica tratamento mediato, podendo o tratamento iniciar-se várias horas depois. Por estas razões, na larguíssima maioria das situações não se justificará causar transtornos profissionais ou sociais aos pais.
- Poderá considerar-se o isolamento de algumas crianças, mas só excecionalmente se justificam pressas e o causar de incómodos aos pais.

Recomendações Médicas para a Exclusão

As indicações para exclusão de crianças com doenças infetocontagiosas das creches jardins-de-infância e escolas e dos espaços de lazer devem ter em conta os 5 Grupos de Doenças e/ou Situações Clínicas:

- **Grupo 1:** Doenças que, na interpretação do profissional de educação, impeçam a participação confortável da criança nas atividades do grupo.
Estas justificam sempre a exclusão.
- **Grupo 2:** Presença de sinais e/ou sintomas cuja intensidade ou potencial gravidade exijam cuidados médicos e/ou vigilância apertada:

2.1. Má impressão clínica - “Parecer estar muito doente”.

2.2. Febre associada a:

- Idade inferior a 4 meses
- Alteração comportamento e/ou do estado de consciência;
- **Prostração** (comportar-se acordado como se estivesse a dormir)
- Vômitos repetidos / incoercíveis **fora das refeições** ou com sangue
- **Exantema** (manchas vermelhas no corpo) em especial se surgem no primeiro ou no segundo dia de febre
- Petéquias (manchas tipo picada de pulga), equimoses (tipo hematomas)
- **Palidez** de início súbito / rápido.



INFORMAÇÃO CLÍNICA

2.3. Sinais ou sintomas sugestivos de potencial gravidade só por si

- Convulsão
- **Sonolência** progressiva ou excessiva / **Letargia** (= excessivamente sonolento e pouco reativo)
- **Gemido**, irritabilidade (desde que persistentes / intermitentes)
- **Dores** mantidas, intermitentes e/ou intensas
- **Dores, dificuldade ou incapacidade** na mobilização de um membro
- **Dores, dificuldade ou incapacidade** na mobilização do pescoço
- **Sinais de dificuldade respiratória**: respiração muito rápida, abrir e fechar das asas do nariz, respiração entrecortada, esforço a respirar, cor dos lábios roxa
- **Incapacidade em falar**
- **Tosse perturbadora** (para a criança e não para os adultos que a presenciaram)
- Fezes com sangue abundante ou pretas
- Diarreia profusa (muitas dejeções em poucas horas ou dejeções muito volumosas)
- Sede intensa não saciável
- **Icterícia** (pele e conjuntivas de cor amarela).

Estas situações justificam sempre a exclusão, sem grandes demoras.

- **Grupo 3:** Doenças que exigem mais cuidados para a criança doente do que o staff da instituição pode proporcionar, com risco de comprometer a saúde e segurança das restantes crianças. Se não houver capacidade da instituição para assegurar os cuidados básicos, por exemplo mudança frequente das fraldas por diarreia sem manifestações clínicas de gravidade, **os pais devem ser informados disso mesmo – dessa incapacidade.** Nesta situação **poderá** justificar-se a exclusão.

- **Grupo 4:** Doenças potencialmente graves e com risco acrescido de contágio e de consequente doença às restantes crianças (as que constam no DR.95 – ver anexo) **O seu diagnóstico, ou simples suspeita do mesmo, justifica sempre a exclusão. Se a criança estava na CJIE, na maioria das situações, o isolamento durante umas horas impedirá aos pais grandes transtornos resultantes da surpresa.**

- **Grupo 5:** Doenças e/ou quadros clínicos em que **NÃO se justifica a exclusão:**

- Amigdalite viral (após teste rápido ou cultura negativos)
- Bronquiolite e bronquite infecciosas
- Candidíase (oral, genital pele, unhas)
- Infecção por citomegalovírus

- Conjuntivites (todas exceto por Adenovírus)
- Corizas (constipações), rinorreia, com ou sem tosse e independentemente da cor das secreções;
- Diarreia (gastroenterite) em criança autónoma nos cuidados de higiene pessoal, sem nenhum dos sinais de alerta – Grupo 2
- Doença boca-mãos-pés
- Exantemas sem febre ou que surgem com a criança já sem febre
- Erupções cutâneas na ausência de febre e/ou de alteração do comportamento;
- Febre sem nenhum dos sinais de alerta (enunciados no Grupo 2, após antipirético) e se idade superior a 4 meses;
- Gengivo-estomatite herpética (vírus herpes simplex)
- Giardíase assintomática
- Gripe sazonal
- Hepatites B e C e/ou seus portadores
- Herpes simplex em qualquer local (recidivante ou não)
- Infecção urinária
- Laringotraqueíte
- Megaloeritema (5ª doença)
- Meningite viral
- Molusco contagioso
- Mononucleose infecciosa
- Otite média aguda
- Parasitas intestinais helmintas: Enterobius vermicularis (oxiúros), Ascaris lumbricoides, etc.
- Portadores assintomáticos de germens intestinais (Giardia lamblia, Salmonella spp, Shigella spp)
- Portadores assintomáticos de germens nas mucosas respiratórias (Neisseria meningit.; Streptococcus pneumoniae; Haemophilus influenzae b; Moraxella catarrhalis; Streptococcus pyogenes)
- Tosse não perturbadora
- Toxoplasmose
- Verrugas
- Vírus da imunodeficiência humana adquirida (SIDA)
- Zona (herpes-zoster) - desde que as lesões fiquem cobertas pela roupa.

Papel dos profissionais de educação e indicações para a exclusão

Atendendo a que criança em regra ainda não tem o diagnóstico da doença causadora dos sinais e sintomas, caberá aos profissionais de educação especificar o grau de severidade das manifestações da doença em 3 graus:

- **Grau 1:** As crianças que manifestam pouca vivacidade e atividade, com sinais e/ou sintomas que impedem o seu envolvimento nas atividades do grupo.

Nestas justifica-se sempre a exclusão.

São os Grupos 1 e 2 das Recomendações Médicas para a exclusão.

- **Grau 2:** As crianças reduzem a sua atividade habitual normal, pela presença de sintomas, por exemplo por terem febre e ou dor.

Nestas justifica-se dar o benefício da dúvida. Uma vez aplicado um antipirético ou analgésico, se elas se mantêm neste Grau 2, deverá considerar-se contactar com os pais e depois decidirem. Se passar para Grau 3, a decisão será em função disso.

- **Grau 3:** As crianças que, apesar de estarem doentes, manifestam interesse pelas atividades e têm envolvimento total nessas atividades e não apresentam sintomas sistémicos de doença (exemplos olhos vermelhos com ou sem ramela e sem febre, exantema sem febre, tosse sem febre).

Estas crianças devem ser divididas em dois subgrupos:

3.1. As crianças têm ou poderão ter alguma doença que consta no DR.95? Se sim, devem ser excluídas cumprindo-se os tempos e os prazos legislados.

Refira-se que apenas 3 doenças do DR.95 são doenças comuns: Escarlatina e amigdalites estreptocócicas, impetigo, varicela. A tosse convulsa não é rara. As restantes doenças são raridades.

3.2. As crianças não têm doença que conste da lista do DL.95: podem continuar na creche, jardim-de-infância, escola, piscina, ATL, etc. Neste contexto NÃO se justifica qualquer pressão para a exclusão. São as situações do Grupo 5 das Recomendações Médicas para a Não exclusão.

Os Regulamento Internos das Instituições:

- Os **Regulamentos Internos das instituições de educação**, ensino ou de lazer, podem ser criados sem o contributo de um profissional de saúde
- Mas **as suas Normas não poderão violar outras normas de hierarquia superior (o DR.95).**
- São ilegais as Normas dos Regulamentos Internos que contrariem o DR.95 - exº Molusco contagioso (piscinas);

Declarações médicas para atestar da contagiosidade ou não da doença

- A evicção escolar (exclusão) cessa uma vez cumpridos os prazos da lei, sem necessidade de qualquer justificação médica a atestar da mesma, exceto nos casos que em que uma eventual medicação **encurte** os respetivos períodos ou para a interrupção da mesma evicção por cura ou inexistência da doença.

INFORMAÇÃO CLÍNICA



- A omissão da doença no DR.95 da evicção implica que a doença em causa não precisa de exclusão.
- Se a doença não precisa de exclusão, também não precisa de qualquer declaração, nem para a exclusão nem para a readmissão.



Manuel Salgado

Médico Pediatra
do Hospital Pediátrico de
Coimbra

Presidente da Assembleia
Geral da A.N.D.A.I.

Bibliografia:

1. Fédération Fribourgeoise des Crèches et Garderies. **Prevention des maladies infectieuses dans les structures d'accueil de la petite enfance.** Service du Médecin Cantonal; Service de l'Enfance et de la Jeunesse: secteur des milieux d'accueil. Dernière mise à jour 25.02.2011. Accessible en: http://www.fr.ch/smc/files/pdf30/manuel_prevention_maladies_infectieuses_110301_f.pdf.
2. Aronson SS, Shope TR. **Managing Infectious Diseases in Child Care and Schools.** A Quick Reference Guide, 2nd edition. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, 2009.
3. Salgado M. **Critérios de exclusão de crianças das creches, jardins-de-infância e das escolas por virtude de doenças infecciosas.** Saúde Infantil 2012;34(2):21-28.
4. Salgado NS, Salgado M. **Parecer jurídico sobre evicção das creches, jardins-de-infância, escolas e piscinas coletivas por virtude de doenças infectocontagiosas.** Saúde Infantil 2012;34(2):8-20.
5. Salgado M. O decreto-regulamentar sobre evicção de crianças dos estabelecimentos de educação, por virtude das doenças infectocontagiosas: é imperativo a sua derrogação. Saúde Infantil 2014;36(2):109-112.
6. Sosinsky LS, Gilliam WS. **Child care.** In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton B. Nelson Textbook of Pediatrics, 18th edition. Philadelphia, 2007:81-86.



Fixação dos Períodos de Evicção Escolar por Virtude de Doenças Infectocontagiosas

(Diário da República», I Série B, nº 23, Decreto Regulamentar nº 3/95 de 27 de Janeiro)

Artigo 1º - São afastados temporariamente da frequência escolar e demais atividades desenvolvidas nos estabelecimentos de educação e ensino os discentes, pessoal docente e não docente quando atingidos pelas seguintes doenças:

- Difteria;
- Escarlatina e outras infeções nasofaríngeas por estreptococo hemolítico do grupo A;
- Febres tifóide e paratifoide;
- Hepatite A;
- Hepatite B;
- Impétigo;
- Infeções meningocócicas – meningite e sépsis;
- Parotidite epidémica;
- Poliomielite
- Rubéola;
- Sarampo;
- Tinha;
- Tosse convulsa;
- Tuberculose pulmonar;
- Varicela.

Artigo 2º - São afastados temporariamente da frequência escolar e demais atividades desenvolvidas nos estabelecimentos de educação e ensino os discentes, pessoal docente e não docente nas situações em que coabitem ou tenham contactos com indivíduos atingidos pelas seguintes doenças:

- Difteria;
- Poliomielite;
- Tosse convulsa;
- Infeções meningocócicas – meningite e sépsis.

Artigo 3º - Os prazos de afastamento temporário da frequência escolar dos indivíduos atingidos pelas doenças referidas no artigo 1º são as seguintes:

- Difteria** – o afastamento deve manter-se até à apresentação de duas análises negativas dos exsudados nasal e faríngeo, feitas com o mínimo de 24 horas de intervalo e após quatro horas de suspensão do tratamento antimicrobiano;
- Escarlatina e outras infeções nasofaríngeas por estreptococo hemolítico do grupo A** – o afastamento deve manter-se até à cura clínica, devendo, contudo, terminar após a apresentação de análise do exsudado nasofaríngeo negativo para o estreptococo hemolítico do grupo A, exceto no caso de início de antibioticoterapia correta, comprovada por declaração médica, em que o afastamento termina vinte e quatro horas após o tratamento;
- Febre tifóide e paratifoide** – o afastamento deve manter-se pelo menos durante quatro semanas após o início da doença e até à apresentação de três análises de fezes negativas, colhidas com um mínimo de 24 horas de intervalo e não antes de 48 horas após a interrupção da terapêutica antibiótica; se as análises se mantiverem positivas, o afastamento poderá ser suspenso de acordo com a apresentação de declaração comprovativa da autoridade de saúde concelhia;
- Hepatite A** – o afastamento deve manter-se pelo menos durante 7 dias após o início da doença ou até ao desaparecimento da icterícia quando presente;

- Hepatite B** – o afastamento deve manter-se nos casos de doença aguda e até à cura clínica; nos portadores crónicos com ou sem doença hepática ativa deve manter-se também o afastamento quando se verificarem dermatoses exsudativas ou coagulopatias com tradução clínica e em fase de hemorragia ativa;
- Impétigo** – o afastamento deve manter-se até à cura clínica ou até à apresentação de declaração médica comprovativa da não existência de risco de contágio;
- Infeções meningocócicas – meningite e sépsis** – o afastamento deve manter-se até à cura clínica;
- Parotidite epidémica** – o afastamento deve manter-se por um período mínimo de 9 dias após o aparecimento da tumefação glandular;
- Poliomielite** – o afastamento deve manter-se até ao desaparecimento do vírus nas fezes, comprovado através de análise;
- Rubéola** – o afastamento deve manter-se pelo período mínimo de 7 dias após o início do exantema; em função do risco de contágio deve proceder-se ao afastamento das mulheres grávidas com menos de 20 semanas de gestação, até ao esclarecimento dos resultados serológicos para o vírus da rubéola, e quando estas não se encontrem imunologicamente protegidas;
- Sarampo** – o afastamento deve manter-se pelo período mínimo de 4 dias após o início do exantema;
- Tinha** – o afastamento deve manter-se nos casos de tinha do couro cabeludo até à apresentação de declaração médica comprovativa de que o doente está a efetuar o tratamento adequado. No caso de tinha dos pés, unhas e outras localizações cutâneas é obrigatória a exclusão de atividades ou de locais de maior perigo de contágio, nomeadamente piscinas e balneários, até à cura clínica ou até à apresentação de declaração médica comprovativa de ausência de risco de contágio.
- Tosse convulsa** – o afastamento deve manter-se durante cinco dias após o início da antibioticoterapia correta. Na ausência de tratamento deve manter-se o afastamento pelo período de 21 dias após o estabelecimento dos acessos paroxísticos de tosse;
- Tuberculose pulmonar** – o afastamento deve manter-se até à apresentação de declaração médica comprovativa de ausência de risco de contágio passada com base em exame bacteriológico;
- Varicela** – o afastamento deve manter-se durante um período de 5 dias após o início de erupção;

Artigo 4º - Os prazos de afastamento dos indivíduos que **coabitem ou tenham contactos com os atingidos** pelas doenças referidas no artigo 2º são os seguintes:

- Difteria** – o afastamento deve manter-se durante 7 dias, podendo, contudo, terminar antes desse prazo, mediante a apresentação de duas análises negativas dos exsudados nasal e faríngeo colhidas com, pelo menos, vinte e quatro horas de intervalo;
- Poliomielite** – o afastamento deve manter-se até à comprovação de ausência de vírus nas fezes nos indivíduos não corretamente vacinados;
- Tosse convulsa** – o afastamento deve manter-se durante um período mínimo de 5 dias após o início da antibioticoterapia profilática adequada, nos indivíduos com menos de 7 anos de idade e não corretamente vacinados;
- Infeções meningocócicas – meningite e sépsis** – o afastamento deve manter-se até à apresentação de declaração médica comprovativa do início da quimioprofilaxia adequada.

Adaptadores para escovas de dentes e Limpeza interdentária



A artrite idiopática juvenil (AIJ) coloca a criança/jovem em maior risco de problemas orais, nomeadamente a cárie dentária e doenças periodontais. Embora estas doenças sejam muito comuns na população em geral, são ainda mais frequentes nas pessoas com artrite idiopática juvenil. Várias razões contribuem para este risco aumentado. Primeiro, ter uma doença inflamatória crónica torna a pessoa mais suscetível à inflamação do tecido gengival. Também, dor, contractura e deformidades nas mãos e nos membros superiores dificultam a manutenção da higiene oral. Sem uma minuciosa higiene oral, a placa bacteriana forma-se à volta dos dentes e gengivas, favorecendo a inflamação oral. A AIJ pode ser debilitante e ter um efeito devastador sobre a rotina regular. Dispositivos de assistência podem ajudar a economizar energia e passar o dia com menos dor. Nem todas as pessoas precisam destes dispositivos de assistência, mas, dependendo do estadió da doença, podem ser úteis em algum ponto no tempo.

As atividades mais difíceis são aquelas que envolvem resistência, peso, ou pressão sobre as articulações. Os dispositivos de apoio podem aliviar um pouco a pressão e tornar possível a independência e a mobilidade por o maior tempo possível, facilitando o autocuidado.

A compreensão de como várias condições afetam a capacidade da criança/jovem fazer a sua higiene oral, determinam a fronteira entre a dependência de terceiros ou ser capaz de manter um bom nível de autonomia na execução da tarefa. Este artigo aborda a rotina de higiene oral, tendo em conta as necessidades de cada criança/jovem, sugere as adaptações específicas para minimizar o efeito da incapacidade na execução da higiene oral e os recursos disponíveis para o fazer.

Efetuar e manter uma higiene oral eficaz pode ser um desafio. Enquanto que algumas pessoas podem não ter nenhum tipo de impedimento, outras, por dificuldades várias, incluindo a dificuldade motora e pouca destreza manual, podem comprometer esta tarefa e não conseguir realizá-la. Embora o cuidador possa ajudar, o melhor será, sempre que possível, a pessoa manter a sua própria rotina, reduzindo



assim a sua dependência de terceiros. Por vezes é necessário recorrer a ajudas técnicas e instruções metódicas para que a pessoa consiga executar a sua higiene oral sem assistência. Inicialmente pode ser difícil e as mudanças serem pouco perceptíveis mas com determinação e persistência ocorrem mudanças qualitativas na realização da higiene oral.

O primeiro passo é identificar uma rotina adaptada à própria pessoa, tendo em conta a melhor altura do dia, as instalações disponíveis, e o suporte e adaptações requeridos para minimizar o efeito da incapacidade na execução da higiene oral.

Adaptadores para escovas de dentes

O melhor meio de remoção de placa bacteriana é com uma escova de dentes. Vários adaptadores estão disponíveis para facilitar a escovagem dos dentes num leque diverso de situações.

Para pessoas cuja principal dificuldade seja o agarrar, manipular ou controlar a escova de dentes, as adaptações podem ser para o alargamento dos cabos, fixadores para a mão ou cabos alongados. O objectivo de fazer uma adaptação da escova de dentes é que o cabo tenha um manusear estável, com uma forma que permita uma melhor sensação e controlo durante a limpeza.

Dificuldade de preensão

Para pessoas que não conseguem fazer a preensão e segurar na escova de dentes o objectivo é prender o cabo da escova à mão. Isto pode ser conseguido usando uma tira de velcro, com um bolso no qual a escova de dentes pode ser inserida (Fig. 1) ou um elástico (Fig. 2).



Fig. 1 - Escova de dentes com adaptador de velcro



Fig. 2 - Escova de dentes presa à mão com elástico

Outra opção pode ser, fixar a escova de dentes ao cabo de uma escova de unhas com fita cola resistente à água (Fig. 3).



Fig. 3 - Escova de dentes adaptada a uma escova de unhas



Fecho limitado da mão e destreza manual reduzida

O objectivo é alargar o diâmetro do cabo da escova para se ajustar à mão. O método mais simples é inserir o cabo da escova noutro material para melhorar o tamanho, forma ou textura. Tubos de Plastazote™ (espuma de polietileno) (Fig. 4) ou silicone são dos materiais mais simples e com maior sucesso. Ao fixarem a escova evitam que a escova rode devido à reduzida força de apreensão. Outros métodos simples incluem bolas de esponja de poliestireno, bolas de ténis (Fig. 5) ou punhos de bicicleta (Fig. 6). Existem já no nosso mercado adaptadores que são desenhados e construídos com materiais próprios para a escovagem (Fig. 7 e 8).



Fig. 4 - Escova de dentes adaptada a tubo de Plastazote™



Fig. 5 - Escova de dentes adaptada com bola de ténis



Fig. 6 - Escova de dentes adaptada com punho de bicicleta



Fig. 7 - Extra Grip™ adaptador



Fig. 8 - Inava System™ adaptador de escova

Impossibilidade de alcançar a boca com braços e mãos

O objectivo é alongar o cabo. Este adaptador pode ser conseguido usando duas espátulas de madeira e fixa-las a uma escova de dentes com fita isolante (Fig. 9). Também pode ser feito com uma colher de pau (Fig. 10).



Fig. 9 - Cabo de escova alongado com espátulas



Fig. 10 - Cabo alongado com uma colher de pau

Incapaz de dobrar o cotovelo ou o pulso

Nesta situação existe enorme dificuldade em chegar a certas áreas da boca por dificuldade em dobrar o pulso ou cotovelo. Um ângulo pode ser dobrado no cabo da escova de dentes aquecendo suavemente sob a água muito quente até se tornar maleável (Fig. 11). Existem também escovas, com mais de uma cabeça, como a superbrush (Fig. 12), que está concebida para escovar várias superfícies dentárias ao mesmo tempo.

Uma escova de dentes elétrica torna a escovagem dos dentes mais fácil e coloca menos pressão sobre a mão e punho. As escovas elétricas tendem a ter cabos com diâmetro mais largo, sendo mais fáceis de segurar (Fig. 13).



Fig. 12 - Superbrush™

Fig. 11 - Escova moldada com calor



Fig. 13 - Escova Elétrica

Para retirar a pasta de dentes para fora do tubo a tampa pode ser ampliada com acrílico ou usar um espremedor ou ainda um dispensador de pasta de dentes (Fig. 14).



Fig. 14 - Dispensador de pasta de dentes

Limpeza interdentária

O uso do fio dentário geralmente envolve o uso de duas mãos (técnica convencional Fig. 15) e constitui uma técnica difícil sobretudo para pessoas com destreza limitada. Existem no mercado os suportes de fio para facilitar esta tarefa (Fig. 16).

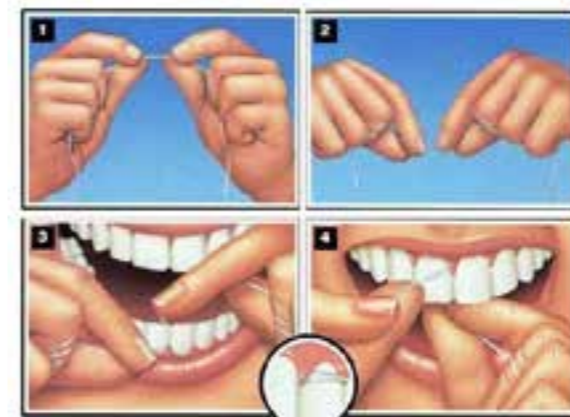


Fig. 15 - Técnica convencional do uso do fio dentário



Fig. 16 - Suporte do fio dentário

Fig. 17 - Escovilhão interdentário

Para espaços interdentários mais largos ou para limpar os aparelhos de ortodontia também existem escovilhões (Fig. 17) que podem ser adaptados da mesma forma que os cabos da escova de dentes.



Sandra Ribeiro Graça e Fátima Bizarra
Higienistas Oraís,
docentes da Faculdade de Medicina Dentária - UL



66 A pequena versão da minha vida 99

Andreia foi a bebé que nasceu no dia 16 de Dezembro, poucas horas antes do aniversário de sua mãe. Às 2h15m da madrugada, e com apenas 3.250kg, fez a alegria de muita gente que a esperava na maternidade Alfredo da Costa. Com um parto um pouco atribulado e com algum sofrimento, foi um dos dias mais felizes de sua mãe.

A bebé e a mãe foram para casa passado poucos dias e tudo estava na normalidade, com um pai babado, um irmão contente, e uns avós muito bem-dispostos podia-se dizer que eram uma família feliz...

O tempo foi passando, até que a menina, com apenas 6 meses de idade, começou com problemas de garganta... Primeiro umas inflamações, depois umas infecções, e sempre a tomar antibióticos atrás de antibióticos. Isto foi passando, e a mãe sempre a achar que era "normal", mas não era...

Já com 3 anos e meio de vida, e sempre com os mesmos problemas de garganta, a família começa a achar que isto tinha de ser resolvido, porque a menina não podia estar sempre e constantemente a tomar antibióticos.

Até que um dia, depois de mais uma ida às urgências, a mãe fala com o médico e exige que o problema tenha uma solução...

- Isto não pode continuar assim, Sr. Doutor, vocês têm de curar a minha filha. Dizia a mãe, já "desesperada".

E os médicos como sempre diziam que estavam a fazer o que podiam. Um deles até disse que a possibilidade de uma operação á garganta não ia adiantar de muito, que provavelmente, a menina ia ficar na mesma.

Esta situação foi passando, até que numa manhã, igual a outra qualquer, a mãe da Andreia foi à cama da menina e quando olhou para ela, assustou-se, estava a ver a sua filha cheia de manchas vermelhas nas articulações, e com uma febre enorme... Chamou o pai e foram logo de seguida para o hospital.

A Andreia estava num estado como nunca ninguém a tinha visto... Ficou internada na hora, fizeram exames e mais exames, e ali naquele momento, começara um sofrimento e uma grande batalha de vida, tanto para a menina como para a sua família.

Depois de muitos diagnósticos, e já algumas semanas mais tarde, os médicos finalmente chegam à conclusão que a Andreia tinha ficado com uma doença chamada Artrite Juvenil. Os pais quiseram explicações, quiseram perceber, o porquê daquela situação, porque é que estava a acontecer aquilo á menina deles? E os médicos diziam que era uma doença crónica, e que muito provavelmente foi o vírus da garganta que se tinha "alojado" em seus ossos, e que ia ter esta doença para o resto de sua vida.