

saúde infantil

S E T E M B R O 1 9 9 9

O Novo Hospital Pediátrico

A criança com défice cognitivo

A criança que anda tarde. Preocupa?

Filhos de mães adolescentes

Evolução ponderal neonatal

Rastreio da cárie dentária

Suspeita ecográfica de anomalias renais

Texto de apoio — Caso clínico — Opinião

Um caso inesquecível — Carta ao editor

Revisões — Informações

Hospital Pediátrico de Coimbra

DIRECTOR
Luís Lemos

EDITOR
Luís Januário

REDACÇÃO
Manuel Salgado, Boavida Fernandes

CONSELHO DE LEITURA
Os profissionais do quadro técnico
do Hospital Pediátrico

e

Neonatologia
Conceição Ramos, Gabriela Mimoso,
Mário Branco
António Marques

Clínica Geral
Maria José Hespanha

Dermatologia
Ana Moreno

Estatística e Métodos
Pedro Ferreira

Propriedade:
Associação de Saúde Infantil de Coimbra

Secretariado
Sandra Fonseca
ASIC — Hospital Pediátrico de Coimbra
3000-076 Coimbra

Fax: 239 48 44 64 Tel. 239 48 03 35 ou 239 48 44 64

Assinaturas 1999

ANUAL	3.000\$00
Sócios da ASIC	2.500\$00
Estrangeiro	3.500\$00
PALOPs	3.000\$00
NÚMERO AVULSO	1.500\$00

Tiragem: 1100 exemplares

Concepção Gráfica e Paginação Electrónica:
RPM, Ideias e Comunicação, Lda
Rua Antero de Quental, 250 3000-031 COIMBRA
TEL.239 85 29 40 Fax: 239 85 29 49

Montagem e impressão:
Norprint, Artes Gráficas S.A.

Depósito Legal nº 242/82



Impresso em papel reciclado

neste
número

saúde
infantil

EDITORIAL

O NOVO HOSPITAL PEDIÁTRICO DE COIMBRA 3
Maria de Lourdes Chieira

A CRIANÇA COM DÉFICE COGNITIVO 7
Helena Porfírio, Susana Nogueira, Boavida Fernandes, Luís Borges

A CRIANÇA QUE ANDA TARDE. PREOCUPA? 15
Alberto Rocha, António Pires, Guiomar Oliveira, Isabel Fineza,
Manuel João Brito, Luís Borges

FILHOS DE MÃES ADOLESCENTES 25
Dulce Oliveira, M. José Oliveira, Joaquim Cunha,
Guilhermina Reis, Eduarda Pinto

EVOLUÇÃO PONDERAL NO PERÍODO NEONATAL PRECOCE ... 33
Alexandra Cabral, Luisa Macieira, Eduarda Osório

RASTREIO DA CÁRIE DENTÁRIA 43
Cristina Resende, Cristina Pedroso

SUSPEITA ECOGRÁFICA DE ANOMALIAS RENAIIS NO FETO 53
Maria do Céu Soares Machado

TEXTOS DE APOIO DA CONSULTA DE PEDIATRIA GERAL

QUISTOS RENAIIS SIMPLES NA CRIANÇA 65
DOENÇA POLIQUISTICA RENAL DOMINANTE 66

CASO CLÍNICO

INFECÇÃO POR VÍRUS EPSTEIN-BARR E QUADRO DE
OCCLUSÃO INTESTINAL ... 71
Luísa Macieira, Graça Rocha, Manuel Ramos, Luís Lemos

OPINIÃO

O NOVO HOSPITAL PEDIÁTRICO— Carta ao leitor poderoso 77
Luís Januário

UM CASO INESQUECÍVEL

EXANTEMA E FEBRE NO PRIMEIRO DIA DE DOENÇA 83

CARTAS AO EDITOR 85

REVISÕES BIBLIOGRÁFICAS 89

INFORMAÇÕES 93

Normas de publicação

1. A revista "Saúde Infantil" destina-se a todos os profissionais de saúde que tenham a seu cargo a prestação de cuidados básicos de saúde à criança. Os artigos a publicar (originais, revisões de conjunto, casos clínicos) deverão, portanto, debater problemas de interesse eminentemente prático, cujo objectivo seja a promoção da qualidade dos serviços a prestar.
2. As opiniões expressas nos artigos são da completa e exclusiva responsabilidade dos autores.
3. Os manuscritos devem ser submetidos ao Editor da revista, Luís Januário, Revista Saúde Infantil — Hospital Pediátrico — 3000 COIMBRA. Os trabalhos propostos serão submetidos à Redacção da Revista, que poderá aceitá-los, solicitar correcções ou rejeitá-los.
4. Os direitos de autor serão transferidos através da seguinte declaração escrita que deve acompanhar o manuscrito e ser assinada por todos os autores: «Os autores abaixo assinados transferem os direitos de autor do manuscrito (título do artigo) para a Revista Saúde Infantil, na eventualidade deste ser publicado. Os abaixo assinados garantem que o artigo é original e não foi previamente publicado.» Situações excepcionais de textos não originais poderão ser apreciadas.
5. Serão oferecidas 10 separatas ao primeiro autor de cada artigo, **desde que previamente solicitadas**.
6. Preparação dos originais:
 - A. A revista agradece que, sempre que possível, os trabalhos sejam executados em computador. (Por questões de compatibilidade recomenda-se, no caso do PC, o uso do programa Word for Windows ou qualquer outro processador de texto que permita a gravação do documento com extensão MCW — Word for Mac e, no caso do Macintosh, o uso do Word em qualquer das suas versões. De notar contudo que o Word 6 é já inteiramente compatível com os dois sistemas operativos, pelo que a sua utilização é recomendada). Neste caso solicitamos aos autores o envio da disquete, que lhes será devolvida logo que o texto seja transcrito.
 - B. Caso os artigos sejam dactilografados, pede-se que os sejam a duas entrelinhas com pelo menos 2,5 cm de margem. A página de título, os resumos em português e em inglês, os nomes dos autores e as instituições onde trabalham devem ser dactilografados em páginas separadas.
 - C. O número de autores deve ser restrito aos que verdadeiramente participaram na concepção, execução e escrita do manuscrito.
 - D. Página do título: deve conter o título do artigo (conciso e informativo), os apelidos e nomes dos autores e respectivo grau profissional ou académico, o nome da instituição donde provém o trabalho, o nome e morada do autor responsável pela correspondência acerca do manuscrito, o nome da entidade que eventualmente subsidiou o trabalho.
 - E. Resumos: não devem exceder 150 palavras. Incluem: objectivos do trabalho, observações fundamentais, resultados mais importantes (sempre que possível com significado estatístico) e principais conclusões. Realçar aspectos originais relevantes. Indicar as palavras-chave do artigo (até cinco palavras).
 - F. Texto: os artigos devem ser divididos em 4 secções:
 - a) Introdução (definição dos objectivos do trabalho).
 - b) Métodos (critérios de selecção dos casos, identificação das técnicas utilizadas, sempre que possível com referência bibliográfica).
 - c) Resultados (apresentados na sequência lógica do texto, das figuras e dos quadros).
 - d) Discussão e conclusões (implicações e limitações dos resultados, sua importância). As conclusões devem estar relacionadas com os objectivos enunciados inicialmente. Não usar ilustrações supérfuas ou repetir no texto dados dos quadros.
 - G. Bibliografia (deverá ser mencionada por ordem de entrada no texto). Estilo Vancouver.

Exemplos:

artigo de revista - Soter NA, Wasserman SL, Austen KF. Cold urticaria. *N Engl J Med* 1976; 89:34-46.

artigo de livro - Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganismus. In: Sodeman WA, ed. *Pathologicphysiology: mechanisms of disease*. Philadelphia: WB Saunders, 1974: 457-72.

livro - Klaus M, Fanaroff A. *Care of the high-risk neonate*. Philadelphia: WB Saunders, 1973.

- H. Quadros e ilustrações:
 - Não utilizar o programa de processamento de texto para criar quadros. Os dados dos quadros devem ser apresentados sem linhas ou sublinhados e as colunas devem ser separadas unicamente por uma tabulação e nunca por espaços. As instruções específicas para a preparação de cada quadro devem ser fornecidas separadamente em suporte de papel.
 - A referência a cada quadro/gráfico/figura deve ser incluída sequencialmente no texto e indicado claramente — através da colocação da respectiva legenda, separada do texto por um parágrafo — o local da sua inserção.
 - Os gráficos devem ser apresentados em ficheiro separado, capaz de ser decodificado através do Excel e acompanhados do respectivo suporte de papel.
 - Sempre que não for possível entregar o trabalho em disquete mas apenas em suporte de papel, o mesmo deverá estar limpo e preciso, de modo a possibilitar a sua ulterior digitação electrónica.
 - As radiografias devem ser fotografadas pelo autor. As dimensões destas fotografias devem ser de 9 por 12 cm. As figuras podem ser: fotografia, desenho de boa qualidade, de computador ou profissional.

O NOVO HOSPITAL PEDIÁTRICO DE COIMBRA

É do domínio público e em particular dos assinantes e leitores da "Saúde Infantil" que o "velho" Hospital Pediátrico de Coimbra — nomenclatura que ansiamos ver referida como antiga e histórica nos meios de comunicação mas particularmente na mente de todos nós — tem sofrido, provavelmente como nenhuma outra instituição, um violento desgaste. Referimo-nos às consequências da falta de condições para o cumprimento dos objectivos que na **data da inauguração em 1977** foram definidos:

- 1 — Adequada qualidade de cuidados à criança (incluía Escola Primária e Serviço Social).
- 2 — Evitar a hospitalização e reduzir ao mínimo a sua duração (privilegiando a Consulta e o Internamento de Curta Duração — UICD).
- 3 — Assegurar a companhia das mães.
- 4 — Assegurar cuidados médicos integrais (Medicina, incluindo Oncologia; Cirurgia, incluindo queimados; Ortopedia incluindo traumatizados; Neurocirurgia e as especialidades clássicas; problemas do Desenvolvimento; todas as crianças incluindo recém-nascidos).
- 5 — Promover a cooperação com outros Hospitais e Centros de Saúde.
- 6 — Procurar a gestão eficiente do tempo, meios, medicamentos, exames.
- 7 — Assegurar a especialização sem fragmentação de cuidados.
- 8 — Assegurar o ensino pré-graduado — Hospital Universitário — e pós-graduado, Médicos, Enfermeiras e outros técnicos.

O impacto negativo nos técnicos gerado pela progressiva deterioração hospitalar tem sido de tal ordem que alguns abandonaram o desempenho aqui e foram preñar outras instituições com uma invejável mais valia. Apenas os mais estóicos têm conseguido suportar situações deveras adversas, gratificando-se com o reconhecimento anónimo, e felizmente geral, das crianças e seus familiares.

Um dos males corrosivos do Hospital Pediátrico — **não o único** — são as reconhecidas dificuldades de espaço.

Há precisamente **20** anos o insigne pediatra que foi **José Santos Bessa**, reconhecia na presença dum Ministro da Saúde, que o Hospital Pediátrico de Coimbra "rebentava pelas costuras" (ou não fosse um edifício adaptado). Nos anos seguintes, aquele que foi o mais ilustre e lúcido timoneiro da pediatria portuguesa nas últimas décadas — o **Prof. Torrado da Silva** —, denunciou frequentemente as necessidades prementes dum novo Hospital. Em **1993**, a não disponibilização de prometidas verbas do PIDDAC para a ampliação do Hospital levou à demissão do nosso **Mestre Prof. Carmona da Mota**.

Há seis anos, quando chegámos à Direcção Clínica, um dos nossos objectivos era justamente conseguir novas instalações. Tínhamos presente os reveses dos que nos antecederam mas, baseados no desempenho de vinte anos em Pediatria e conscientes do desenvolvimento nas áreas tecnológica e científica das especialidades pediátricas noutros países, aceitámos tentar superar os obstáculos e criar melhores condições. Tínhamos para nós que os direitos da criança e as convenções internacionais que Portugal assinara seriam o garante de êxito na batalha que prevíamos travar.

Assim, seguindo os passos do anterior Director, logo no início de **1993**, começou a nossa peregrinação para reuniões de trabalho em Lisboa.

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 3-5

Em **05.02.93** era aprovado pelo grupo responsável da DGH o programa para construção das instalações do **Ambulatório não urgente, apoios complementares e centrais técnicas** (1ª fase), a que se seguiram — 9 meses depois — a aprovação e a homologação pelo SES para início do projecto de execução. E porque os longos períodos de espera levam à reflexão e à reanálise, sugerimos entretanto ao SES a construção de áreas novas para o internamento e Bloco Operatório já decrépitos, áreas de ensino, áreas sociais e lúdicas para crianças e pais, igualmente desajustadas (2ª fase). A aprovação do **Programa Funcional para um novo Hospital** viria a ocorrer, bem como o reforço de verba para o efeito, em **Dezembro de 1994**.

O pré-projecto então conseguido foi muito estimulante, todos os técnicos se entusiasmaram. Infelizmente as dificuldades que surgiram na evolução do processo, directamente relacionadas com a implantação de espaços em volta do "velho edifício" vieram arrefecer o entusiasmo. A mudança de responsáveis e novas orientações ministeriais fizeram regressar o projecto e impor o recomeçar da discussão técnica de **novo** programa funcional. Em **14.04.98** esse novo programa base foi aprovado e melhorado significativamente em **26.04.99**, e finalmente em **30.06.99** foi lançado o Concurso Internacional para projectistas do **novo Hospital Pediátrico de Coimbra**.

Segundo compromisso da DGIES, o novo Hospital "é projecto prioritário no seu plano de actividades em **1999**", tem verbas contempladas em PIDDAC, estará a funcionar em **2004!**

Nem sempre a lentidão significa aprofundamento do estudo ou diálogo convincente, e ao fim de 20 anos de justificado desejo e 6 anos de gestação o programa actual não satisfaz completamente.

E se a satisfação de profissionais competentes e esforçados é algo que deve ser respeitada, é na continuidade da acção e na justiça em alcançar a saúde de 600.000 crianças e jovens da Região Centro que todos nos devemos envolver.

Hoje temos suficientes razões para acreditar que irá haver não apenas um novo Hospital Pediátrico, mas um Hospital Pediátrico diferente: **primeiro**, porque o novo milénio trará o reconhecimento do que não se fez pela saúde global das crianças, e suas consequências; **segundo**, porque a Sociedade Civil acordou para os seus deveres cívicos nesta matéria, o primeiro dos quais é a defesa daqueles que, sem capacidade de reivindicação hoje, serão a sociedade renovada de amanhã; **terceiro**, porque o poder político rasgou as cortinas e parece ter compreendido os ideais dos que há anos a esta parte têm sido desinteressadamente incómodos e pertinazes na luta pelos interesses das crianças portuguesas.

Maria de Lourdes Chieira
Directora Clínica Adjunta para o Hospital Pediátrico de Coimbra

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 3-5

A CRIANÇA COM DÉFICE COGNITIVO*

Ponto da situação da abordagem médica

PARTE I

Helena Porfírio¹, Susana Nogueira¹, Boavida Fernandes² e Luís Borges³

RESUMO

Os autores fazem o ponto da situação da abordagem médica da criança e do adolescente com défice cognitivo. A definição de défice cognitivo ou intelectual mais do que resultado de critérios psicométricos objectivos passa a incluir a avaliação de comportamentos adaptativos de ordem social. É efectuada uma actualização, de forma sucinta, dos aspectos relativos ao diagnóstico, prevalência, factores de risco, investigação laboratorial e imagiológica.

Palavras-chave: défice cognitivo, atraso mental, atraso do desenvolvimento.

SUMMARY

The authors make an up to date of medical management of children and adolescents with cognitive deficit. Definition of cognitive deficit, recently revised, has moved away from objective psychometric criteria toward social support criteria. The following issues are revised: diagnosis, prevalence, risk factors, laboratorial and imagiologic investigation.

Keywords: cognitive deficit, mental retardation.

* Prelecção proferida no V Seminário de Desenvolvimento, Coimbra 19 a 20 de Novembro de 1998

1 Assistente hospitalar de pediatria 2 Assistente hospitalar graduado 3 Director de serviço
Centro de Desenvolvimento da Criança — Hospital Pediátrico de Coimbra

Definição

O atraso do desenvolvimento como mais modernamente se tende a designar o défice cognitivo ou intelectual, abandonando o termo atraso mental com pesada e negativa carga social, foi definido pela American Association on Mental Retardation em 1983, como tratando-se de uma situação em que a "actividade cognitiva está significativamente abaixo da média coexistindo com perturbação dos comportamentos adaptativos, e que surge durante o período do desenvolvimento", isto é do nascimento aos 16-21 anos.

Esta definição reconhece a existência de limitações funcionais a nível dos comportamentos adaptativos, para além do défice cognitivo, este mais facilmente mensurável. Do ponto de vista linguístico, em português, utilizamos frequentemente como sinónimos os termos défice cognitivo ou intelectual, atraso do desenvolvimento ou atraso mental. Assim passaremos a referir-nos a esta entidade indiscriminadamente como atraso do desenvolvimento ou défice intelectual.

Na perspectiva biomédica o défice cognitivo é um sintoma neuropsicológico de sofrimento/disfunção cerebral e não uma doença em si. Segundo Accardo e Capute trata-se de um grupo heterogéneo de situações caracterizado por limitações cognitivas devidas a disfunção cerebral orgânica (1). Não há "o atraso mental", mas sim inúmeros atrasos mentais integrados em doenças bem definidas do ponto de vista etiopatogénico como por exemplo o síndrome de Down, a doença de Lesh-Nyan, ou integrados em síndromes a maioria ainda pouco caracterizados. Investigam-se assim as várias etiopatogenias específicas de atraso do desenvolvimento e já não o atraso do desenvolvimento enquanto tal.

*saúde
infantil*

1999;21/2: 7-13

Diagnóstico

Do ponto de vista médico o diagnóstico de défice intelectual ou atraso de desenvolvimento exige a satisfação de três critérios: 1) funcionamento cognitivo significativamente abaixo da média (menor ou igual a 2 desvios padrão) QI menor ou igual a 70 - 75. É relativamente fácil medir o QI. Existem vários testes disponíveis consoante a idade e as características do indivíduo a testar. Alguns dos testes psicométricos e de avaliação do desenvolvimento psicomotor mais comumente utilizados são: Bayley Scales of Infant Development, Griffiths, Leiter, Peabody, Raven, Stanford-Binet Intelligence Scale-IV, Wechsler Intelligence Scale for Children-III (WISC), Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence-Revised (WPPSI-R). 2) início durante o período do desenvolvimento, isto é dos 0 aos 16-21anos. 3) défice simultâneo a nível de pelo menos dois dos seguintes comportamentos adaptativos: comunicação, autonomia, vida doméstica, competências sociais, vida comunitária, auto-orientação, saúde e segurança, actividades académicas, lazer e trabalho, estes aspectos não são valorizados e muito menos quantificados pelas escalas anteriormente referidas. A escala mais comumente utilizada para avaliar esta área é a Vineland Adaptive Behavior Scales e mais recentemente a WeeFIM pode também quantificar a perturbação nos comportamentos adaptativos (2).

Prevalência

A prevalência do défice intelectual está estimado teóricamente, a partir da distribuição normal do QI, em 3% (3) e destes, 75-80% constituíam atrasos ligeiros. Contudo diversos estudos epidemiológicos revelam uma prevalência superior, com grande variação à volta dos 3%. Outro dado de estudos baseados na população é o facto dos atrasos de desenvolvimento severos (QI<50) representarem uma proporção maior do que seria de esperar (4). Nas crianças, a prevalência é de cerca de 1 por 1000 até aos 4 anos, e à medida que a idade avança vão sendo feitos novos diagnósticos, aumentando para cerca de 97 por 1000 na faixa etária dos 10 aos 14 anos (3,5). Esta patologia é mais frequente no sexo masculino, numa proporção de 1,4 : 1 (6).

Factores de risco

Ao contrário do atraso severo (QI<50) que tem uma prevalência mais ou menos constante e independente do meio familiar, social e económico, o atraso do desenvolvimento ligeiro possui uma elevada prevalência nos meios sócio-economicamente desfavorecidos. É um fenómeno universal, verifica-se em todos os estudos, em todos os países, quer sejam sub-desenvolvidos ou desenvolvidos (7). Quando o atraso do desenvolvimento não está associado a outra patologia grave, indicativa de lesão do sistema nervoso central como microcefalia, macrocefalia ou alterações do exame neurológico, há evidência de que estas crianças e adolescentes têm características comuns do ponto de vista social e cultural. São factores de risco: o baixo nível social, a localização da habitação num meio ambiente degradado quer do ponto de vista social quer do meio natural, o nível de instrução, especialmente da mãe, o elevado número de ordem de nascimento (7), o baixo rendimento económico e a profissão do pai (8). Esta noção justifica a oportunidade dos programas de intervenção precoce. Têm sido obtidos bons resultados em termos de uma melhor integração social e maior rendimento económico dos indivíduos que foram sujeitos a este tipo de intervenção. Os efeitos são tanto mais pronunciados quanto mais precoce e duradoura intervenção.

*saúde
infantil*

1999;21/2: 7-13

Comorbilidade

O diagnóstico de atraso do desenvolvimento nem sempre se estabelece de maneira fácil e linear. Em grande percentagem de casos associa-se e/ou complica-se de uma série de outros diagnósticos, que são tanto mais frequentes quanto maior a severidade do atraso. Assim a epilepsia ocorre em cerca de 4 - 7% dos casos de atraso ligeiro, e em 20 - 32% nos severos (5,6). A paralisia cerebral coexiste em 6 a 8% dos atrasos ligeiros e até 30% nos severos. Os défices sensoriais em 2% dos casos ligeiros e em 11% dos atrasos severos (6). As alterações pervasivas do comportamento são referidas como ocorrendo em 9 - 20% das crianças e adolescentes com défice intelectual, sendo também muito mais frequentes nos atrasos severos (9). São frequentes as alterações de comportamento como a hiperactividade

com ou sem défice de atenção, as birras, os comportamentos de oposição. Outros problemas geralmente encontrados são de ordem social e económica, famílias muito pobres com carências nutricionais, hábitos alcoólicos, agressividade, rejeição pela comunidade, etc.

As alterações do comportamento que acompanham o atraso de desenvolvimento são uma situação complexa que requiere uma abordagem e intervenção multidisciplinares. Apesar do défice intelectual ser uma situação permanente, e não progressiva, os problemas associados tornam-se mais aparentes à medida que seguimos longitudinalmente estas crianças e adolescentes. Deve ser feita a sua identificação clara e exaustiva. O que permite por um lado escarpelizar o diagnóstico principal e por outro tratar especificamente cada um dos problemas seja do ponto de vista comportamental, dietético, farmacológico ou outro.

Atraso do desenvolvimento?

Face a uma fundamentada suspeita de atraso de desenvolvimento é mandatório o seu esclarecimento diagnóstico por parte de uma equipa multidisciplinar com experiência na área. Por um lado há que não atrasar um diagnóstico e a sua orientação terapêutica, por medo da reacção dos pais ou medo de que estes modifiquem o seu vínculo ao filho. Por outro é grave e altamente lesivo dos direitos da criança, comprometendo o seu sucesso futuro, o diagnóstico falso positivo de défice intelectual quando estabelecido levemente sem rigor nem acuidade.

*saúde
infantil*

1999;21/2: 7-13

O esclarecimento diagnóstico implica sempre a quantificação do desenvolvimento psicomotor em termos de idade mental, coeficiente do desenvolvimento ou QI, e do comportamento adaptativo, através da utilização das escalas mais adequadas ao caso concreto.

Do ponto de vista médico é fundamental a história clínica, que inclui a história da doença actual, os antecedentes pessoais e familiares, a história do percurso do desenvolvimento, o exame objectivo e o exame neurológico.

É importante a quantificação do défice cognitivo e o esclarecimento do diagnóstico etiológico.

A etiologia do défice intelectual pode ser variada. Desde causas prenatais (1 — genética, ou de 2 — exposição in utero a tóxicos, como o álcool, o tabaco, outros contaminantes (metilmercúrio, bifenis, etc) ou 3 — infecciosas como a toxoplasmose, o citomegalovírus, a rubéola, a sífilis, ou a SIDA). Outros serão de causa perinatal (sépsis, asfixia perinatal, baixo peso, prematuridade) ou de causa pós-natal [1 — exposição a tóxicos (chumbo, mercúrio, bifenis), 2 — infecções (Hemophilus influenzae tipo b, Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis, Herpes simplex, etc), 3 — traumatismo cranio-encefálico (acidentes de viação, criança-batida, quedas), 4 — quase afogamento, 5- tumor cerebral] (10).

Raramente o diagnóstico etiológico do atraso de desenvolvimento é claro e simples. Há no entanto alguns quadros clínicos de apresentação típica, que reúnem características variadas e permitem alguma orientação. Poderemos referir alguns: 1 — síndrome dismórfica à nascença, que leva de imediato ao início da investigação e referência do recém-nascido,

iniciando precocemente intervenções e ajudas técnicas. 2- quadro de falência multiorgânica no período neonatal, trata-se geralmente de situações muito graves, potencialmente letais de causa metabólica ou infecciosa. 3- no lactente são essencialmente os problemas de atraso motor, aqueles que chamam a atenção dos pais, a hipotonia, a criança que não se senta ou não anda. 4- a partir do 2º ano de vida a preocupação principal que leva a família a procurar ajuda médica, é o atraso da fala, associado ou não a maior ou menor perturbação do comportamento adaptativo, comunicação e autonomia. Finalmente 5- a inserção na escola e a má adaptação às exigências das actividades académicas com o consequente insucesso escolar, implica o diagnóstico dos défices cognitivos que até aí tinham passado despercebidos, estes de menor severidade mas de mais alta prevalência.

A experiência de receber a notícia de que o filho tem um ou vários *handicaps* a nível do desenvolvimento cognitivo é em geral extremamente dolorosa e arrastada. Atravessam-na fases de desespero, medo, raiva, consciência de que não se sabe como lidar com o problema, depressão, sensação de exclusão social, etc. Contudo é uma experiência inevitável para a qual não há "o momento óptimo" para transmitir o diagnóstico. A equipa multidisciplinar especializada em desenvolvimento tem como função, para além do estabelecimento do diagnóstico, informar os pais do mesmo e dar-lhes suporte emocional no sentido de fazer a ponte para a intervenção parental necessária (11).

*saúde
infantil*

1999;21/2: 7-13

Que investigação laboratorial e imagiológica?

O pedido de exames complementares de diagnóstico deve ser extenso e completo mas sempre dirigido pela história clínica da criança com défice cognitivo - não há "análises de rotina". Se uma primeira investigação foi negativa deve ser ponderada e repetida periodicamente (de 5 em 5, ou de 8 em 8 anos?), conforme os casos, pois existe actualmente uma rápida e constante modificação das técnicas e dos conhecimentos médicos nesta área.

Na selecção dos exames a realizar há que ter em conta os elementos da história clínica, já considerados clássicos, como a consanguinidade, a idade dos pais, o nível sócio-económico, os hábitos alcoólicos dos pais, as dificuldades familiares de aprendizagem, as doenças heredofamiliares conhecidas, a gestação, o parto, a adaptação à vida extra-uterina, o período neonatal, a aquisição das etapas do desenvolvimento, as doenças prévias, o comportamento, a história social, o desempenho escolar assim como os dados do exame físico.

Está hoje estabelecido que uma história de hipoactividade fetal, se associada a défice intelectual, sugere fortemente uma etiologia prenatal (genética ou de exposição *in utero* a tóxicos) (12). A hipoactividade fetal é também considerada um indicador de grande sensibilidade mesmo nos casos idiopáticos (13). Outro dos indicadores principais de micrencefalia a valorizar é a microcefalia absoluta (não corrigida para o tamanho corporal) (12).

A presença de duas ou mais malformações minor, com origem na estrutura ectodérmica, por vezes bastante subtis como cabelo em pé, epicanto, hipertelorismo, dismorfismo das orelhas, palato ogival, língua geográfica, clino ou braquidactilia do 5º dedo, prega palmar anor-

mal, sindactilia dos primeiros dois dedos dos pés, pé egípcio, associados ao défice cognitivo, sugere uma causa genética ou pré-natal (14) correlacionando-se tanto com os atrasos de desenvolvimento sindrómicos como com os de etiologia não conhecida (14).

Tem grande importância do ponto de vista biomédico a classificação clássica do atraso em ligeiro ou educável - QI 69-55 (2-3 SD), moderado ou treinável - QI 54-40 (3-4SD), severo - QI 35-25 (4-5SD) e profundo - QI < 25 (>5 SD abaixo da média), já que nos ajuda a orientar a investigação etiológica. Abaixo de um valor de QI de 50 o rendimento dos exames complementares é muito superior, cerca de 70% de diagnósticos etiológicos, contra os 20 a 30% nos casos de QI > 50 (12).

No quadro 1 sugere-se uma grelha para orientação prática do pedido de exames a partir de alguns dados da observação.

RMN	Estudos Citogenéticos	Estudos Metabólicos
Paralisia cerebral ou assimetria motora	Microcefalia	Episód. vómitos/letargia
Alteração da forma ou do perímetro craneano	Malf.somáticas múltiplas	Atraso de crescimento
Malf. craneofacial	História familiar de atraso do desenvolvimento	Convulsões
Regressão ou desaceleração do desenvolvimento	Aborto de repetição	Cheiro inabitual
Malf.somáticas múltiplas	QI < 50	Evidência somática de doença de acumulação
Sinais neurocutâneos	Alt. pigmentação cutânea	Regressão ou desaceleração do desenvolvimento
Convulsões	Suspeita de síndrome genético contínuo (Prader-Willi, Angelman, Smith-Magenis)	Alterações do movimento
QI < 50		Défice sensorial (alt.retiniana)
		Dist. cutâneos adquiridos

Quadro 1 — Investigação proposta a partir dos dados da anamnese e do exame físico, em crianças com atraso do desenvolvimento (adaptado da ref. 15).

A avaliação funcional

A avaliação das áreas fortes e fracas do desenvolvimento da criança e do adolescente com atraso revelará as suas potencialidades e limitações e permitirá organizar a intervenção em termos de necessidade de ajudas técnicas e psicoeducativas.

Mais do que a quantificação através de um número, que tantos testes nos conseguem dar, interessa uma avaliação descritiva e exaustiva de todas as áreas principais do desenvolvimento: linguagem expressiva e receptiva, competências sociais, resolução de problemas

*saúde
infantil*

1999;21/2: 7-13

visuo-espaciais, motricidade fina e grosseira, desenvolvimento neurocomportamental e sócio-emocional entre outros. De um ponto de vista prático e de rentabilidade é muito mais útil a avaliação das suas capacidades funcionais que nos revele as áreas emergentes, o que permitirá o investimento adequado, a fim de potenciar futuras aquisições (16).

A equipa multidisciplinar (pediatra do desenvolvimento, psicólogo, educador e professor, terapeuta da fala, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, entre outros) fará esta avaliação com eficiência, rigor e economia de meios.

BIBLIOGRAFIA

1. Accardo PJ e Capute AJ. Mental Retardation. In: Capute AJ and AccardoPJ, eds. Developmental Disabilities in Infancy and Childhood. Baltimore: Paul H. Brooks, 1996: 211-219
2. Msall ME, Di Guadio K, Duffy LC, et al. WeeFIM: Normative Sample of an instrument for tracking functional independence in children. Clin Pediatr 1994; 33: 431-438
3. Roeleveld N, Zielhaus GA, Gabreels F. The prevalence of mental retardation: a critical review of recent literature. Dev Med Child Neurol 1997; 39: 125-132
4. Fryers T. The Epidemiology of Severe Intellectual Impairment: The Dynamics of Prevalence. London: Academic Press, 1984
5. Kiely M. The prevalence of mental retardation. Epidemiol Rev 1987; 9: 194-218
6. Murphy CC, Yeargin-Allsopp M, Decouflé P et al. The administrative prevalence of mental retardation in 10-year-old children in Metropolitan Atlanta, 1985-1987. Am J Public Health 1995; 85: 319-323
7. Drews CD, Yeargin-Allsopp M, Decouflé P, et al. Variation in the influence of selected socio-demographic risk factors for mental retardation. Am J Public Health 1995; 85: 329-334
8. Yeargin-Allsopp M, Drews CD, Decouflé P, et al. Mild mental retardation in black and white children in metropolitan Atlanta: A case-control study. Am J Public Health 1995; 85: 324-328
9. Rapin I. Autism (review). N England J Med 1997; 337: 97-104
10. Murphy CC, Boyle C, Schendel D, Decouflé P and Yeargin-Allsopp M. Epidemiology of Mental Retardation in Children. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews 1998; 4:6-13
11. Schopler, E, Mesibov, DB. 1984; The effect of autism on the family. New York: Plenum Press
12. Accardo PJ and Capute AJ Mental Retardations. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews 1998; 4: 2-5
13. Accardo PJ, Tomazic T, Fete T et al. Maternal report of fetal activity levels in developmental disabilities. Clin Pediatr 1997; 36: 279-283
14. Accardo PJ, Tomazic T, Morrow J, et al. Minor malformations, hyperactivity, and learning disabilities. Am J Dis Child 1991; 145: 1184-1187
15. Palmer FB and Capute AJ. Mental Retardation. Pediatr Rev 1994; 15: 473-479
16. Rafael Bautista. Necessidades Educativas Especiais, Ed. Aljibe SL, 1993

*saúde
infantil*

1999;21/2: 7-13

A CRIANÇA QUE ANDA TARDE. PREOCUPA?

Alberto Rocha¹, António Pires¹, Guiomar Oliveira², Isabel Fineza³,
Manuel João Brito², Luís Borges⁴

RESUMO

Avaliámos retrospectivamente os processos de 37 crianças que aos 18 meses não davam seis passos sem apoio. Separámo-las em dois grupos de neurodesenvolvimento, normal *versus* patológico. Pretendeu-se determinar os indicadores de patologia/normalidade no posterior desenvolvimento dessas crianças.

Em 78,4% das crianças não foi encontrada qualquer patologia, em 16,2% havia um atraso global do desenvolvimento e em 5,4% dominou a clínica de paralisia cerebral. Nas que tinham patologia associada não havia habitualmente história familiar de atraso na marcha, existiam mais frequentemente problemas pré/peri-natais e alterações neurológicas subtis. Constatámos não haver registo da idade da marcha, nem do padrão de desenvolvimento motor dos pais, bem como das estratégias locomotoras pré-marcha e reacções de protecção das crianças.

Parece-nos assim necessária a criação duma ficha de consulta que inclua a estratégia locomotora da criança, assim como dos reflexos de protecção, nomeadamente a reacção de pára-quedas, uma vez que é preditiva da marcha, bem como o padrão de evolução motora dos familiares.

Palavras-chave: atraso na marcha, natigradação, reacção de pára-quedas, criança.

SUMMARY

The authors analysed a group of 37 children who at the age of 18 months were not able to walk six steps and they were divided into two distinct categories, namely those with normal versus those with pathological neurodevelopment. Then we attempted to establish indicators suggestive of pathology/normality associated with the development of these children. In 78,4% of the sample no pathology was found, 16,2% had globally delayed development and 5,4% had cerebral palsy. In those where pathology was found, there was usually absence of family history of delayed walking, pre/peri natal problems were more common as were subtle neuro-

1 Interno Complementar de Pediatria 2 Assistente Hospitalar de Pediatria 3 Assistente Graduado de Neuropediatria 4 Chefe de Serviço de Neuropediatria — Hospital Pediátrico de Coimbra

logical alterations. There were no records as far as the parental age for the onset of walking or their developmental pattern nor for the presence/absence of deviant modes of locomotion and protective reflexes in these children.

As such the authors recommend the creation of a clinical questionnaire that would include items such as deviant modes of locomotion in both children and parents as well as the presence of protective reflexes, namely the parachute reflex as it is predictive of walking.

Keywords: delayed walking, shuffling, parachute reaction, child.

Objectivos

Tivemos como objectivos saber se o atraso na marcha era uma variante do normal ou sinal de patologia do neurodesenvolvimento e identificar sinais e dados clínicos que permitam discriminar esses dois grupos precocemente.

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 15-22

Introdução

O atraso da marcha (não dar 6 passos sem apoio aos 18 meses) surge em 3 % das crianças (percentil 97) e põe problemas de diagnóstico diferencial(1). De acordo com o estudo de Oxfordshire, a grande maioria das crianças que não tenha patologia já identificada, será uma variante do normal (atraso genético da marcha) e apenas numa pequena percentagem haverá patologia(2).

Têm sido poucos os trabalhos de pesquisa que pretendam avaliar essa importante e complexa área do desenvolvimento, não existindo parâmetros definidos, excepto nas patologias graves, que permitam identificar com clareza os factores responsáveis pela aquisição da marcha(3,4). Tudo aponta para uma interligação multifactorial, assumindo a mielinização do sistema nervoso central um papel principal(1).

Dado a escassez de trabalhos relativos ao atraso da marcha, decidimos analisar um grupo de 37 crianças com diagnóstico de atraso na marcha que foram seguidas no Hospital Pediátrico de Coimbra e, sobre esse tema, fazer uma revisão bibliográfica.

Amostra

Material e métodos

Foram levantados os processos informatizados com o diagnóstico de atraso da marcha/motor entre 1987 a 1997. Destes, foram revistos os dados clínicos das 37 crianças, que aos 18 meses não apresentavam ainda seis passos sem apoio, sendo o atraso na aquisição da marcha o motivo de envio à Consulta do Hospital Pediátrico de Coimbra (Medicina,

Neurologia, Desenvolvimento).

Foram analisados os seguintes dados :

- Quem enviou a criança à consulta
- Sexo, idade de envio à consulta e de aquisição da marcha
- Desenvolvimento psicomotor global (último registo à data da análise)
- Exame neurológico (último registo até à data da análise)
- Antecedentes pré e peri-natais
- Reacções de protecção
- Estratégias pré-marcha
- Antecedentes familiares relativamente à idade da marcha e estratégia de locomoção pré-marcha dos pais e irmãos.

Resultados

O médico de família foi responsável pelo envio de 62% das 37 crianças que chegaram à consulta por atraso da marcha. As restantes 14 foram enviadas pelo pediatra (9), neurologista (1) e otorrinolaringologista (1), desconhecendo-se em 3 a especialidade do médico que referenciou as crianças.

Predominava o sexo masculino com 59 % . A média de idades da primeira consulta foi 17.9 meses (houve casos de envio por atraso na marcha antes dos 18 meses) e a média da aquisição da marcha de 24.4 meses (19 a 48 meses).

Das 37 crianças avaliadas, em 78,4 % foi considerado apresentarem evolução psicomotora dentro da normalidade. Das restantes, em 16,2% registou-se o diagnóstico de atraso de desenvolvimento global e em 5,4% o de paralisia cerebral. Em relação ao exame neurológico, este foi normal nas crianças sem patologia e anormal, mas com alterações mínimas do tónus (hipotonia e hipertonia), em 6 das 8 crianças que foram classificadas no grupo patológico.

Quanto à história pré/peri-natal , observamos uma maior percentagem de incidentes nefastos (asfixia em prematuro (1), prematuridade (1) no grupo considerado patológico (1/8 *versus* 1/29) .

Não encontramos registos de idade em que surgiram as reacções de protecção.

As estratégias pré-marcha desviantes foram registadas apenas em 12 crianças (9 com nati-graduação e 3 que se arrastavam), oito destas crianças enquadrando-se no grupo classificado como normal.

Relativamente aos antecedentes familiares houve apenas registo de atraso na marcha nos pais ou irmãos em 10 processos. Dessas, a grande maioria, 9 crianças tinham atraso da marcha não patológico, tendo 1 patologia associada.

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 15-22

Quadro I — Atraso da marcha — população normal *versus* patológica.

	Normal N=29	Patológica N= 8	Total N=37
Antecedentes familiares de atraso na marcha	9	1	10
História de incidentes pré/peri-natais	1	1	2
Estratégia desviante pré-marcha	8	4	12
Exame neurológico alterado	0	6	6

Discussão

A compreensão do evoluir do desenvolvimento motor em presença de atraso na marcha, obriga-nos a conhecer como se processa sequencialmente a área da motricidade, e de que factores depende. A evolução da motricidade global depende essencialmente da maturação, mielinização do sistema nervoso, de um sistema motor funcionando e em menor grau de estímulo do meio ambiente. Desde o primeiro escalão, representado pelo recém-nascido que em decúbito ventral levanta pela primeira vez a cabeça, até à perfeita coordenação necessária para a corrida e o salto, cada grupo etário tem o seu comportamento motor pré-programado, de acordo com a evolução da maturação/mielinização do sistema nervoso central, que está essencialmente relacionada com factores genéticos, pelo que em algumas famílias/raças, a marcha é mais precoce (ex. raça africana - Capute 1985) (1). Contudo, alguns autores fazem referência ao meio ambiente ser relevante na idade da marcha, sendo esta mais precoce nas crianças das classes de Graffar 2, 4, 5(3).

O desenvolvimento da motricidade global, tanto em postura como locomoção, evolui desde um padrão motor involuntário e reflexo, para um controlo voluntário dos movimentos. A evolução natural processa-se no sentido de aumentar o tónus axial numa sequência céfalo-caudal, controlando primeiro a cabeça e posteriormente o tronco. Contudo, o controlo voluntário do movimento para o sentar e o andar só serão possíveis se surgirem reacções posturais de equilíbrio e verticalização, como sejam as reacções de protecção anterior, lateral e posterior dos membros superiores e ainda as reacções de pára-quedas superior e inferior. Só na presença destes reflexos de "defesa" é possível o sentar e mais tarde o andar. O facto de haver atraso no sentar não significa forçosamente que haverá atraso na marcha, caso tenham surgido na idade normal as reacções de pára-quedas (5). Estas capacidades motoras reflexas, essenciais para a actividade motora voluntária, aparecem de um modo previsível. Surgem os reflexos de protecção anterior, seguidos dos reflexos de protecção lateral e depois posterior dos membros superiores, que permitem inicialmente o manter-se sentado com apoio aos 5 meses, sentado sem apoio aos 7 meses e depois, aos 9 meses o sentar sozinho (imagem 1) (1,6,7).

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 15-22

Imagem 1 — As várias etapas do sentar



Reflexo de protecção anterior
Manter sentado com apoio —
sentar I (5M)



Reflexo de protecção lateral
Manter sentado sem apoio —
sentar II (7M)



Reflexo de protecção posterior
Sentar sozinho —sentar III (9M)

Entre os 6 e os 9 meses surgem as reacções de pára-quedas superior e inferior (imagem 2), mecanismos de protecção importantes, dado serem preditivos e indispensáveis para adquirir a marcha independente (1,5,8).

Imagem 2



Reacção de pára-quedas superior
Segura-se a criança pelo tronco e move-se a criança bruscamente para baixo a 45° com os olhos abertos.
É positiva ao haver extensão dos braços para se proteger (5,9).



Reacção de pára-quedas inferior
Segura-se a criança nas axilas e move-se bruscamente para baixo na vertical com os olhos abertos.
É positiva se houver extensão de ambas as pernas (5).

Existem no exame clínico achados básicos que contribuem para identificação e interpretação da evolução da motricidade global e da previsão de sua evolução anómala. O quociente de desenvolvimento motor inferior a 70 ($\frac{\text{idade motora} \times 100}{\text{idade morfológica}}$) é indicador de patologia motora.

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 15-22

Anomalias ao exame neurológico clássico (reflexos, força muscular...), a manutenção de reflexos primitivos para além dos primeiros meses de vida e o não aparecimento de reacções posturais de equilíbrio e verticalização são achados de reserva (7).

Na nossa amostra não existe registo das reacções de pára-quedas, o que dificulta a nossa avaliação, uma vez que alguns autores mostram a sua importância na determinação da idade da marcha (5) (quadro II) — as reacções de pára-quedas precedem sempre a marcha independente. De acordo com o mesmo estudo, as crianças que se sentam tarde, mas que têm as reacções de pára-quedas na idade adequada, andam na idade esperada; as que se sentam tarde, mas em que esses reflexos surgem mais tarde, terão um início da marcha independente mais tardio, surgindo esta apenas 4 a 5 meses após as reacções de pára-quedas. Estes dados permitem-nos tranquilizar os pais preocupados com a aquisição da marcha dos filhos, caso verifiquemos que já estão presentes as reacções de pára-quedas.

Quadro II — Reacções de pára-quedas.

	SNMN (n=182)	ASMN (n=115)	ASAM (n=63)
Pára-quedas superior	8,7 ($\pm 0,7$)	9,1 ($\pm 0,4$)	10,0 ($\pm 1,4$)
Pára-quedas inferior	8,9 ($\pm 1,0$)	9,4 ($\pm 0,7$)	11,4 ($\pm 2,4$)
Sentar	7,0 ($\pm 1,4$)	9,8 ($\pm 0,5$)	9,6 ($\pm 1,6$)
MARCHA	12,2 ($\pm 1,3$)	13,1 ($\pm 1,3$)	16,2 ($\pm 1,2$) meses

Legenda : Idade em meses

SNMN (Sentar Normal Marcha Normal)

ASMN (Atraso no Sentar Marcha Normal)

ASAM (Atraso no Sentar e Atraso na Marcha)

Quadro adaptado de referência 5

Para além destas reacções de protecção, outras características motoras são indicadoras da marcha, uma vez que tornam o momento da marcha previsível, nomeadamente o tipo de estratégia pré-marcha. Assim, nas crianças que têm estratégia normal e que portanto gatinham aos 9 meses, a marcha surge na idade adequada, entre os 11 e os 15 meses (1,10). As que não têm qualquer locomoção antes da marcha andam mais cedo, "são as que se levantam e andam" (10,11). O atraso na marcha é mais frequente nas crianças que têm estratégias locomotoras desviantes (natigradação, rebolar, rastejar ...) que podem ser indicadores de anomalias motoras discretas (hipotonia), e ainda nas que só gatinham após os 10 meses (10,12). Na nossa amostra não foi possível objectivar a relação das estratégias pré-marcha com a idade do andar, por falta de registo desses dados. Essa informação deveria ser registada na história clínica, sobretudo na criança que é seguida por atraso na marcha. Sabemos que as crianças com estratégias pré-marcha desviantes andam habitualmente mais tarde. A estratégia pré-marcha desviante mais frequente e mais conhecida é a natigradação (12).

Existe em 9% da população geral (11). Ao exame clínico a criança não suporta o peso nos membros inferiores (1). Sentada tem hiperextensão dos joelhos e abdução dos membros inferiores e quando suspensa pelas axilas, fica "sentada no ar" (1) (imagem 3). Para além de se deslocar de nádegas, também pode, em raros casos, "andar à urso" (1). O facto de haver história familiar de atraso na marcha (variante do normal) pode ser um dado tranquilizador e apontar para uma característica genética do desenvolvimento. No grupo estudado havia atraso da marcha nos familiares em nove casos no grupo considerado sem patologia e apenas num caso do grupo com patologia.

Imagem 3 — Criança "sentada no ar".



*saúde
infantil*

1999; 21/2: 15-22

O nosso estudo revelou que a grande maioria das crianças que não caminham aos 18 meses sem outro achado clínico de relevo, não têm qualquer patologia (78,4%) o que coincide com outros trabalhos publicados (2). Neste grupo, apesar da limitação dos registos, verificamos que é mais frequente existir atraso familiar da marcha. Já no grupo patológico esta característica é mais rara, predominam os acidentes pré e peri-natais, associando ao exame objectivo alterações subtis neurológicas e de desenvolvimento (tónus aumentado, ligeiro tremor, assimetria de movimentos discreta...).

O nosso estudo mostra a necessidade de haver um registo mais rigoroso relativamente às estratégias pré-marcha das crianças e características motoras familiares, bem como das reacções de protecção, sobretudo a reacção de pára-queda, uma vez que são preditivas da marcha.

A grande maioria das crianças com atraso na aquisição na marcha, sem patologia identificada na altura do diagnóstico, terá um atraso benigno da marcha. As crianças com patologia associada não têm habitualmente história familiar de atraso na marcha e existem alterações subtis no exame neurológico/desenvolvimento.

BIBLIOGRAFIA

1. Pollak M. Textbook of Developmental Paediatrics. Churchill Livingstone, London, 1993
2. Chaplais JD, Macfarlane JÁ. A review of 404 'late walkers'. Arch Dis Child 1984; 59 (6) : 512-6
3. Capute AJ, Shapiro BK . The motor Quotient. A method for the early Detection of Motor Delay. AJDC 1985; 139 : 940-942
4. Haidvogl M. Dissociation of Maturation : a Distinct Syndrome of Delayed Motor Development. Med Child Neurol 1979; 21 : 52-57
5. Jaffe M, Tirosh E, Kessel A, Kugelman A, Tal Y. The parachute reactions in normal and late walkers. Pediatric Neurology 1996; 14(1) : 46-48
6. Johnson CP. Infant Growth and Development. Pediatr Rev 1997; 18(7): 224-242
7. Capute AJ. The Infant Neurodevelopmental Assessment : A Clinical Interpretive Manual for CAT-CLAMS in the First Two Years of Life, Part 2. Curr Probl Pediatr 1996; 26: 279-306
8. Algranati PS. Effect of Developmental Status on the Approach to Physical examination. Pediatr Clin of North Am 1998; 45(1): 1-23
9. Behrman. Nelson Tratado de Pediatria, 15ª edição. Guanabara-Koogan, Rio de Janeiro, 1997
10. Bottos M. Locomotor Strategies Preceding Independent Walking : Prospective Study of Neurological and Language Development in 424 cases. Develop Med Child Neurol 1989; 31(1): 25-34
11. Robson P. Child Care Health Dev 1984; 10(5): 317-30
12. Robson P. Shuffling, Hitching, Scooting or Sliding : Some Observations in 30 Otherwise Normal Children. Dev Med Child Neurol 1970; 12 : 608-617

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 15-22

Correspondência :

Alberto Cunha da Rocha
Ramalhais Soalhães
4630 Marco Canaveses
e-mail : albertorocha@usa.net

FILHOS DE MÃES ADOLESCENTES

Dulce Oliveira¹, M. José Oliveira¹, Joaquim Cunha¹,
Guilhermina Reis¹, Eduarda Pinto²

RESUMO

O presente estudo teve como objectivos conhecer as características da gravidez, morbidade e mortalidade neonatal dos filhos de mães adolescentes e analisar o seguimento dessas crianças em termos de Saúde Infantil, no sentido de avaliar a necessidade de referência sistemática dessas crianças a uma consulta de Pediatria.

Foi feito um estudo retrospectivo através da consulta dos processos clínicos das mães e dos recém-nascidos nascidos de Janeiro de 1995 a Dezembro de 1997 no serviço de Obstetrícia do Hospital Geral de Santo António e convocadas essas crianças para uma consulta de Pediatria no mesmo Hospital.

Dos resultados encontrados destacam-se os seguintes: a percentagem de mães adolescentes foi de 1,9% relativamente ao total de partos; a taxa de gravidez vigiada foi de 90%; o parto eutócico foi o mais frequente (59%); a taxa de prematuridade e de ACIU foi respectivamente de 16% e 10%; a mortalidade neonatal foi de 4%; compareceram à consulta de Pediatria 59% das crianças convocadas, sendo na sua maioria (88%) seguidas no Centro de Saúde, com cumprimento do Plano Nacional de Vacinação em 95% dos casos; 85% das mães referiu ter amamentado, com uma duração média do aleitamento materno de 4 meses.

A morbidade neonatal não foi superior à de recém-nascidos de mães não adolescentes e a vigilância destas crianças parece ser adequada não parecendo justificar-se a referência sistemática desses recém-nascidos a uma consulta de Pediatria.

Palavras-chave: gravidez, adolescência, morbidade, seguimento.

SUMMARY

This study examines the maternal complications of teenage pregnancy (age < 18 years), morbidity and mortality of the newborns and the follow-up of these children, to decide whether it is necessary a special consult for this newborns.

1 Interna Complementar de Pediatria 2 Assistente Hospitalar de Pediatria
Departamento de Pediatria do Hospital Geral de Santo António

Design: a retrospective study of all pregnant adolescent mothers and her newborns delivered at HGSA during a period of three years from January 1995. We called all these children for a Paediatric consult in August and September 1998.

Some of the results was: the percentage of adolescents mothers who delivered in this period in the HGSA was 1,9%; pregnancy was accompanied in 90%; normal vaginal deliveries 59%; preterm deliveries were 16%; intrauterine growth retardation 10% and neonatal mortality was 4%. The percentage of children who came to consult was 59%; eighty-five percent of adolescent mothers breastfeeding but only for a median period of 4 months.

The neonatal morbidity and mortality were very similar to all newborns and the follow-up of these children seems adequate, so perhaps there is no need of a special consult for them.

Keywords: pregnancy, adolescence, and morbidity, follow-up.

Introdução

A gravidez na adolescência é uma realidade, sendo importante reflectir sobre as suas repercussões sociais.

A informação e a disponibilidade da contracepção junto dos adolescentes não tem evoluído de forma a acompanhar o início precoce da vida sexual. Outros factores poderão ser determinantes para uma gravidez na adolescência, nomeadamente: factores sociais, étnicos, económicos, familiares, ambientais e psicológicos (1, 2). A gravidez na adolescência parece ser mais prevalente em classes sócio-económicas desfavorecidas, determinadas etnias (ex. ciganos), famílias disfuncionais (ex. pais ausentes ou separados), e em alguns ambientes de risco (ex.: promiscuidade sexual, abuso de drogas) (1-3). Alguns estudos apontam como factores muito importantes algumas características de personalidade da adolescente: baixa auto-estima, dificuldades de expressão e comunicação e introversão (4, 5).

Em Portugal, a taxa de gravidez na adolescência é de 22/1000 (2,2%).

Durante a gravidez, o fraco apoio familiar poderá ser determinante para uma procura mais tardia dos cuidados pré-natais à grávida (6).

Comparando a gravidez na adolescência com a da população em geral, não há diferenças no que diz respeito à taxa de pré-eclampsia, abortamentos espontâneos, prematuridade, apresentação pélvica, malformações e mortalidade neonatal quando ajustados para o mesmo estrato sócio-económico (7-9). Em relação ao tipo de parto e peso ao nascer, os estudos são divergentes (7-14).

O risco de depressão no terceiro trimestre da gravidez e pós-parto, está relacionado com um maior stress e falta de apoio sócio-familiar que poderá ser determinante para a futura ligação entre mãe e filho (15).

Apesar de inúmeros trabalhos nesta área, poucos avaliaram o seguimento posterior destas crianças do ponto de vista familiar e de Saúde Infantil.

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 25-32

O presente estudo teve como primeiro objectivo conhecer as características da gravidez, morbidade e mortalidade neonatal dos filhos de mães adolescentes e secundariamente analisar o seguimento dessas crianças numa consulta de referência de Pediatria.

Metodologia

A amostra incluiu os filhos de mães adolescentes (idade inferior a 18 anos), nascidos no Serviço de Obstetrícia do Hospital Geral de Santo António (HGSA) no período de 1 de Janeiro de 1995 a 31 de Dezembro de 1997.

Este estudo foi realizado em duas partes com objectivos e metodologias diferentes.

Na primeira parte foi feito um estudo retrospectivo através da consulta dos processos clínicos das mães e dos recém-nascidos, tendo sido avaliados os seguintes parâmetros: idade materna; estado civil; antecedentes maternos (ocupação, hábitos, uso de anticoncepcionais, abuso de drogas); intercorrências da gravidez; tipo de parto; idade gestacional; peso ao nascer; presença de malformações; morbidade e mortalidade perinatal.

Na segunda parte do estudo foram convocadas todas as crianças para uma consulta de Pediatria do HGSA nos meses de Agosto e Setembro de 1998, pretendendo-se analisar nessa consulta os seguintes dados: constituição do agregado familiar; classificação de Graffard; área de residência; duração do aleitamento materno; diversificação alimentar; cumprimento do Plano Nacional de Vacinação; vacinação anti-Haemophylus; vacinação anti-Hepatite B; consultas no médico assistente; preenchimento do boletim de Saúde Infantil; evolução estatura-ponderal; desenvolvimento psico-motor e antecedentes patológicos.

As crianças que não compareceram à consulta foram de novo convocadas cerca de dois meses depois.

O Serviço de Estatística do HGSA forneceu dados relativos ao Serviço de Obstetrícia correspondente a esses três anos.

Resultados

No período de Janeiro/95 a Dezembro/97 o número de mães adolescentes no serviço de Obstetrícia do HGSA foi de 97, o que corresponde a 1,9% do total de partos. Conforme se pode observar no quadro 1, este valor manteve-se constante nos três anos consecutivos.

	1995	1996	1997
Nº de partos HGSA	1643	1517	1860
Nº de mães adolescentes	33	29	35
% Total	2%	1,9%	1,9%

Quadro 1 — Distribuição anual do número de mães adolescentes.

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 25-32

Parte I

A idade materna variou entre 14 e 17 anos, com uma idade média de 16 anos e uma mediana de 17 anos.

À data do parto, cerca de 74% (n=72) das adolescentes eram solteiras. Relativamente à actividade profissional apenas 7% (n=7) eram estudantes, e 18% (n=17) referiam alguma actividade profissional.

Nenhuma das gravidezes foi programada. Apenas 9% (n=9) das adolescentes usara algum método contraceptivo.

Cerca de 10% (n=10) das adolescentes fumava; 6% (n=6) consumia álcool e nenhuma referia o consumo de drogas.

A gravidez foi vigiada em 90% dos casos (n=87), não-vigiada em 7% (n=7) e mal vigiada com apenas duas consultas tardias em 3% (n=3).

Em 10 casos houve intercorrências durante a gravidez, nomeadamente: tentativa de interrupção voluntária da gravidez - 2; infecções - 2 (infecção urinária (1) e corioamniotite(1)); ameaça de parto pré-termo - 1; pré-eclampsia -3; HELLP síndrome* - 1 e rotura prematura de membranas -1.

O parto foi eutócico em 59% dos casos (n=57), instrumental por ventosa ou fórceps em 20% (n=19) e cesariana em 21% (n= 21).

Cerca de 58% (n=56) dos recém-nascidos eram do sexo masculino e 42% (n=41) do sexo feminino.

Relativamente à idade gestacional, 84% (n=81) dos recém-nascidos foram de termo, e 16% (n=16) pré-termo: 19% entre 23 e 27 semanas; 31% entre 28 e 33 semanas e 50% entre 34 e 36 semanas.

O peso ao nascer foi adequado à idade gestacional (AIG) em 90% dos recém-nascidos (n=87) e ACIU (atraso de crescimento intra-uterino) em 10% (n=10).

Em 4 (4%) recém-nascidos foram detectadas malformações: artrogripose múltipla 1, mielomeningocele 1, síndrome polimalformativa com encefalocelo 1 e hipoplasia pulmonar com facies de Potter 1.

Em 8 casos (8%) houve asfixia perinatal. Cinco destes recém-nascidos eram prematuros e três portadores de malformações.

Tiveram necessidade de internamento no Serviço de Cuidados Intensivos Neonatais 17 recém-nascidos (18%) com um tempo médio de internamento de 13 dias (Min-2h; Máx. 35 dias). Os motivos de internamento foram: prematuridade 10; dificuldade respiratória 4; sépsis 1; hidrocefalia 1; obstrução intestinal 1.

A mortalidade neonatal foi de 4% (n=4), tendo ocorrido nas seguintes situações: artrogripose múltipla, encefalocelo, hipoplasia pulmonar e prematuridade extrema (23 semanas).

* Hipertensão; enzimas hepáticos elevados (Transaminases); trombopenia.

Todos os outros recém-nascidos (n=93) tiveram alta. É de referir que três mães exigiram alta do serviço de Obstetrícia.

Parte II

Das 93 crianças convocadas para vir à consulta de Pediatria compareceram 55 correspondendo a 59% do total. Nenhuma das restantes compareceu após a segunda convocatória.

É de salientar no grupo de crianças que veio à consulta que 65% (n=36) residiam fora da área do Grande Porto.

O agregado familiar era constituído em 56% (n=31) pelos pais; em 26% (n=15) pelos pais e avós; em 15% (n=8) pela mãe e avós e em 2% (n=1) por outros.

A classificação de Graffard destas famílias era classe III em 25% dos casos e classe IV nos restantes 75%.

O número de mães que amamentaram foi 47 (85%), contudo em 40% a duração do aleitamento materno foi inferior a um mês. O tempo médio de amamentação foi de 4 meses (mn-5 dias; mx-2 anos), mas com uma mediana correspondendo a 2 meses.

A diversificação alimentar foi efectuada numa forma correcta em 80% dos casos. Destacamos a idade de introdução do leite de vaca que teve uma mediana de 7 meses (min.-1M; máx.- 2 anos).

O calendário vacinal estava actualizado em 95% das crianças (n=52), tendo 62% (n=34) a vacinação anti-Haemophylus e 16% (n=9) a vacinação contra a Hepatite B.

Estas crianças eram seguidas pelo médico de família no Centro de saúde da área de residência em 88% dos casos (n=48) e por pediatra particular em 11% (n=6). De referir que apenas uma criança não tinha médico assistente regular.

Trouxeram o boletim de Saúde Infantil 52 crianças (96%), verificando-se que estava bem preenchido em 41% dos casos, parcialmente preenchido em 39% e mal preenchido em 20%.

A evolução estatura-ponderal e o desenvolvimento psico-motor eram adequados em 96% (n=53) e em 91% (n=50) das crianças respectivamente. Constatou-se um atraso motor em duas crianças e um ligeiro atraso da linguagem em três.

Tinham necessitado de internamento após o período neonatal 15 crianças (27%) por: situações infecciosas 87%; convulsões 7% e situações cirúrgicas em 6%.

Discussão

No nosso estudo, a percentagem de mães adolescentes relativamente ao total de partos no HGSA nesse período foi de 1,9%, estando de acordo com a taxa de prevalência da gravidez na adolescência em Portugal (22 / 1000), inferior ao que vem descrito na literatura anglo-saxónica (2,3).

A taxa de gravidez vigiada nesta faixa etária (90%), foi superior à encontrada na bibliografia (2, 3, 12), sem relação com o estado civil. Será contudo importante realçar que existis-

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 25-32

te no HGSA uma consulta de referência de grávidas adolescentes, o que de certo modo poderá justificar a elevada vigilância que encontramos.

O tipo de parto esteve de acordo com o total de partos no serviço de Obstetrícia do nosso Hospital e com alguns autores (8, 9), que apontam o parto eutócico como o mais comum nas adolescentes. Contudo, outros (7) defendem que o tipo de parto prevalente é o distócico por cesariana, contribuindo para isso factores anatómicos nomeadamente a estrutura óssea da bacia ainda numa fase de crescimento.

O número de partos pré-termo encontrado no nosso estudo (16%), foi semelhante ao registado no HGSA, relativamente ao total de partos (13,7%), sendo ligeiramente superior ao descrito na literatura (7). Tal facto poderá dever-se às características inerentes do serviço de Obstetrícia do HGSA, ocupado em cerca de 35% do total por gestações de risco, visto estar ligado a uma das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais de referência na zona Norte do País.

A taxa de ACIU (10%) foi semelhante à da população global (12,3%), estando de acordo com os valores encontrados por outros estudos (7,8).

Apesar da morbilidade neonatal não ter sido superior à geral, o facto de se tratar de um grupo de risco levou-nos a realizar a segunda parte deste trabalho.

Compareceram à consulta de Pediatria apenas 59% das crianças convocadas, sendo de destacar que a maioria era residente fora da área do grande Porto.

Apesar de um número elevado de mães referir ter amamentado, a curta duração do aleitamento materno está de acordo com a maioria dos autores (16,17). Para esse facto contribuirão factores de natureza orgânica com menor produção de leite pela adolescente e factores psico-sócio-afectivos uma vez que o sucesso do aleitamento materno requer adequada informação pré-natal, vontade de amamentar e um ambiente sócio-afectivo favorável (16,17).

É francamente positivo o facto da maioria destas crianças ter médico assistente no Centro de Saúde, frequentar a consulta regularmente, ter os seus dados registados no boletim de Saúde Infantil e o calendário vacinal actualizado. A morbilidade infantil não tem sido superior à da população em geral.

O crescimento e desenvolvimento tem-se processado normalmente, estando de acordo com outros autores (18,19) que não encontraram diferenças comparativamente aos filhos de mães não adolescentes.

Globalmente estas crianças parecem ter uma vigilância adequada em termos de Saúde Infantil, apesar de se tratar de um grupo potencialmente de risco. Pensamos que a constituição do agregado familiar foi determinante para este facto, uma vez que na maioria dos casos (56%) é constituído por ambos os pais, integrando uma família aparentemente funcional e nos restantes 41% estão presentes os avós. O importante valor do agregado familiar foi já apontado por outros autores (15,20) para uma mais sólida relação mãe-filho com adequado seguimento dessas crianças.

A referência sistemática destes recém-nascidos a uma consulta de Pediatria no nosso Hospital não parece justificar-se. Contudo não deverá ser esquecida a percentagem de crianças que não compareceu à consulta e cujo seguimento desconhecemos. Será importante fazer uma boa abordagem sócio-familiar no período neonatal para rastreio dos RN de risco que justificam uma maior vigilância.

BIBLIOGRAFIA

1. Elster AB et al. The Medical and Psychosocial impact of comprehensive care on Adolescent pregnancy and Parent-hood. JAMA 1987; 258: 1187-1192.
2. Spitz A M et al. Pregnancy, abortion and birth rates among U S adolescents. JAMA, 1996; 275: 989-94.
3. Lift A M et al. Pregnancy and adolescence. JAMA 1996; 275: 1030.
4. Mcgadney P. Differences in adolescent self-concept as a function of race, geographic location, and pregnancy. Adolescence. 1995; 30 (117): 95-105.
5. Koniak G. D. et al . Predictors of depression syntoms in pregnant adolescents. J.Perinatol. 1996; 16 (1): 69-76.
6. Lee Sh et al. Pregnant teenager´s reasons for seeking or delaying prenatal care. Clin Nurs Res, 1995; 4 (1) : 38-49
7. Unfer V, Piazzze Garnica J et al. Pregnancy in adolescents. A case control study. Clin Exp Obstet Gynecol. 1995; 22 (2) 161-4.
8. Weerasekera DS. Adolescent pregnancies- is the outcome different? Ceylon Med J. 1997 ; 42 (1): 16-7.
9. Plockinger B et al. When children " have children" – reproduction biological problems in girls between 11 and 15 years of age. Geburtsshilfe – Frauenheilkd. 1996; 56 (5): 248-51.
10. Strobino DM et al . Mechanisms for maternal age differences in birth weight. Am J Epidemiolol. 1995; 142 (5): 504-14.
11. Berenson AB et al. Inadequate weight gain among pregnant adolescents: : risk factors and relationship to infant birth weight. Am J Obstet Gynecolol. 1997; 176 (6): 1220-7.
12. Fraser AM et al. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. N Engl J Med . 1995; 332: 1113- 7.
13. Arcos griffiths et al. Relation between nutritional status of adolescent mother´s and neonatal development. Bol Oficina Sanit Panam 1995; 118 (6) :488-98.
14. Scholl TO et al . Maternal growth during pregnancy and the competition for nutrients. Am J Clin Nutr. 1994; 60: 183-88.
15. Barnet B et al. Depressive symptoms, stress, and social support in pregnant and pospartum adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med 1996; 159 (1): 64-9.
16. Constance M et al . Strategies to promote breast-feeding among adolescent mother´s. Arch Pediatr Adolesc Med 1998; 152: 862-68.

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 25-32

17. Kathleen J. et al. Lactation performance of adolescent mother's shows preliminary differences from that of adult women. *Journal of adolescent Health* 1997; 20: 442-49.
18. Betty R et al . Development and food profiles of infants born to adolescent and adult mothers. *Journal of adolescent Health*. 1997; 20: 434-41.
19. Mcanarney ER et al. Interactions of adolescent mothers and their 1- year -old children . *Pediatrics*. 1986; 78. 585.
20. Bloom KC. Perceived relationship with the father of the baby and the maternal attachment in adolescents. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1998; 27 (4): 420-30.

Correspondência: Dulce Oliveira

R. Vasco da Gama, 126 - 4º Esq. Fte
4420 Fanzeres - Gondomar

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 25-32

EVOLUÇÃO PONDERAL NO PERÍODO NEONATAL PRECOCE

Alexandra Cabral¹, Luisa Macieira¹, Eduarda Osório²

RESUMO

Objectivos: Avaliar a evolução ponderal e sua variabilidade nos recém-nascidos (RN) de termo durante a permanência na maternidade.

Material e métodos: Durante um período de 7 semanas nos anos de 1997-98, 258 RN de termo internados nas enfermarias normais (8,6% do total anual de nascimentos). Avaliação dos registos do peso de nascimento e do peso diário durante o internamento.

Resultados: Após o nascimento a perda de peso foi em média de 6,2%, atingindo-se o peso mínimo no segundo dia de vida. Dezoito recém-nascidos (6,9%) tiveram uma perda ponderal superior a 10% em relação ao peso de nascimento. As variações ponderais diárias médias e respectivos desvios-padrão foram no primeiro dia de -152 ± 71 g, no segundo dia de -66 ± 97 g, no terceiro dia de $+24 \pm 64$ gr, no quarto dia de $+32 \pm 59$ g e no quinto dia de $+26 \pm 83$ g.

Conclusões: A perda ponderal média e o momento em que ocorreu estão de acordo com o descrito na literatura. Confirmámos a ideia de que o crescimento no período neonatal precoce se caracteriza por grandes variações individuais. A amplitude desta variação poderá servir como referência na análise de casos individuais.

Em face dos resultados questionamos a relevância da avaliação rotineira do peso diário, como instrumento de despiste de doença nos recém-nascidos normais.

Palavras-chave: peso, evolução ponderal, período neonatal precoce.

SUMMARY

Objectives: To evaluate weight loss and its variability in term newborns during their stay in the maternity hospital.

Material and Methods: During a 7 week period between 1997-1998, 258 term neonates (8,6% of total annual births) admitted to the well baby maternity ward, were evaluated with respect to their birth and daily weights.

Results: Following birth, weight loss was on average 6,2%, its minimal value registered on the 2nd day of life. Eighteen babies (6,9%) had a loss greater than

¹ Interna de Pediatria do Hospital Pediátrico de Coimbra
Maternidade Bissaya Barreto

² Assistente Hospitalar Graduada de Pediatria da

10% in relation to their birth weight. The daily mean weight variation was on the 1st day -152 ± 71 g, on the 2nd day -66 ± 97 g, on the 3rd day $+24\pm 64$, on the 4th day $+32\pm 59$ and on the 5th day $+26\pm 83$.

Conclusions: The mean weight loss and the time of this occurrence are concordant with the bibliography. Weight distribution during the early neonatal period is characterised by large individual variations. The amplitude of this variability may be used as a reference in the analysis of particular cases.

In view of the obtained results, the authors question the value of daily weight assessments as a surveillance method in well new-born babies.

Keywords: weight, weight loss, early neonatal period.

Introdução

Na avaliação da evolução ponderal dos recém-nascidos no período neonatal precoce é tida como padrão uma perda ponderal fisiológica que habitualmente ronda os 6%, atingindo-se o peso mínimo pelo 2^o-3^o dia de vida. Esta perda ponderal corresponde a uma diminuição do volume de líquido extracelular, que ao nascimento se encontra aumentado e se irá normalizar nos primeiros dias de vida (1).

Se se pretender avaliar a adequação da evolução ponderal individual de um determinado recém-nascido, estas noções são insuficientes, uma vez que expressam médias e omitem a variabilidade individual existente. Este dado (variabilidade) é indispensável para se poder ter a noção dos limites da normalidade. Sem este dado fundamental não será possível interpretar quaisquer desvios verificados em relação às médias.

Não encontramos, numa revisão da literatura disponível, trabalhos que analisassem com pormenor a evolução ponderal no período neonatal precoce. No entanto, quando apreciamos os recém-nascidos durante a sua permanência na maternidade, temos a noção clínica de que a variação ponderal nos primeiros dias de vida é muito heterogénea, opinião partilhada também por outros autores(2).

Pretendemos dar resposta a esta questão com o presente estudo, que tem como objectivo avaliar a evolução ponderal e a sua variabilidade nos recém-nascidos de termo durante a permanência na maternidade.

Material e métodos

Durante um período de 7 semanas (de 12/07/97 a 02/08/97 e de 17/01/98 a 07/02/98) e numa população de 258 recém-nascidos de termo internados nas enfermarias normais (o que corresponde a 8,6% do total anual de nascimentos), avaliámos os seguintes parâmetros: peso ao nascimento (obtido na sala de partos por uma enfermeira, sempre na mesma balança digital Seca 727® com uma precisão de 2 g), peso diário (avaliado por uma enfermeira, de manhã após o banho e antes da primeira refeição do turno da manhã, sempre na mesma balança de cursor Seca® com uma precisão de 10 g). O peso obtido foi reconfirmado sempre que em relação ao peso anterior se verificavam diferenças importantes. As

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 33-40

balanças da sala de partos e das enfermarias foram comparadas e a diferença máxima encontrada foi de 1,5%). Registámos ainda o comprimento e o perímetro cefálico (avaliados por pediatra no primeiro dia de vida através de craveira tradicional e fita métrica).

Calculámos o peso médio em cada dia após o nascimento e relacionámo-lo com o peso médio de nascimento da mesma população. Nos recém-nascidos com avaliações de peso em dias consecutivos, calculámos a diferença de peso diária.

Resultados

No quadro I comparamos os dados antropométricos ao nascimento (expressos em medianas) da nossa população para ambos os sexos com os valores de referência habitualmente utilizados (National Center for Health Statistics). Podemos verificar uma ligeira diferença sobretudo em relação aos pesos de nascimento, que no nosso grupo são superiores para ambos os sexos.

	Peso (g)	Compr. (cm)	P.Cefal. (cm)	Peso (g)	Compr. (cm)	P.Cefal. (cm)
MBB						
P50	3440	49,75	35	3300	49,1	34,2
NCHS*						
P50	3270	50,5	34,8	3230	49,9	34,3

* National Center for Health Statistics

**Quadro I — Avaliação antropométrica ao nascimento. Resultados/sexo (medianas)
Comparação com dados do NCHS*, USA,1976**

No quadro II confrontamos os mesmos dados, desta vez expressos em médias e englobando agora ambos os sexos, com os de um anterior estudo efectuado na mesma maternidade, verificando-se uma grande semelhança entre os valores obtidos nos dois períodos.

	Peso (g)	Comprimento (cm)	Per. cefálico (cm)
MBB 1997			
(n = 258)	3449 ± 422	49,1 ± 1,8	34,5 ± 1,1
MBB 1992			
(n = 398)*	3343 ± 430	49,2 ± 2,1	34,8 ± 1,2

* Prior e col.

**Quadro II — Avaliação antropométrica ao nascimento. Resultados (media ± SD)
Comparação com dados anteriores da MBB**

A evolução ponderal global diária encontra-se representada na figura 1, onde é comparada com uma outra população retirada da literatura(3). Os resultados correspondem às médias e são expressos em percentagem de peso de nascimento em cada dia. Podemos observar

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 33-40

que a perda ponderal média atinge o seu máximo no segundo dia de vida, com um valor médio de 6,2% e que posteriormente se verifica uma tendência para recuperação.

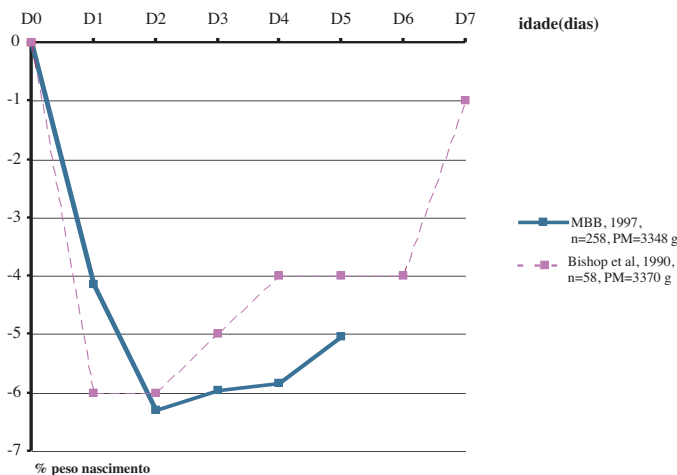


Figura 1 — Evolução ponderal global (% peso nascimento/dia)

Verificámos que dezoito recém-nascidos, o que corresponde a 6,9% da população, tiveram uma perda ponderal superior a 10% do peso de nascimento (perda máxima de 14%). Em 9 destes casos o peso mínimo foi atingido no segundo dia de vida.

A figura 2 expressa a variabilidade existente em relação aos valores médios já referidos na figura 1. Estão aqui representadas as médias da diferença diária de peso \pm desvio padrão e referidas as medianas e os valores correspondentes aos percentis 5 e 95 para cada dia. Constatámos uma grande variabilidade individual, traduzida pela grande amplitude dos desvios-padrão e pelas diferenças acentuadas entre o P5 e o P95. Verificámos ainda que, excepto no primeiro dia, em que todos os recém-nascidos perdem peso, há em todos os restantes dias recém-nascidos a perder e a ganhar peso.

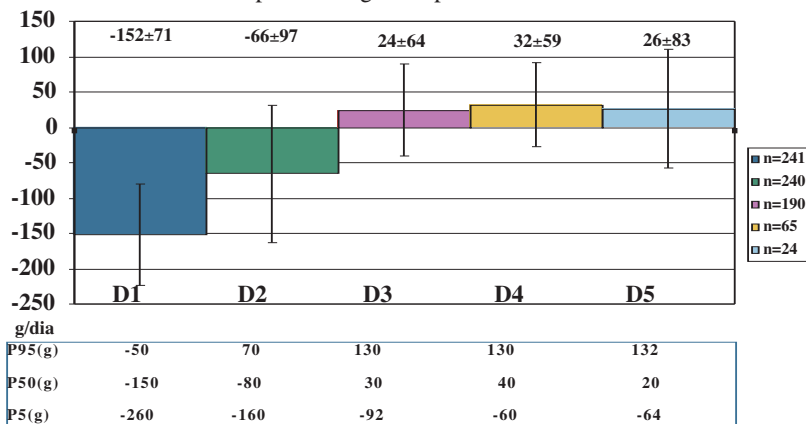


Figura 2 — Variação média diária de peso (g/dia).

saúde infantil

1999; 21/2: 33-40

Na figura 3 representamos a evolução ponderal de 5 recém-nascidos com peso de nascimento próximos da média, escolhidos ao acaso. Ressaltam deste gráfico os grandes afastamentos em relação à média, as grandes diferenças de peso de um dia para o seguinte e o padrão irregular que seguem as curvas individuais, a evidenciar que mesmo nos últimos dias há ainda recém-nascidos a perder peso.

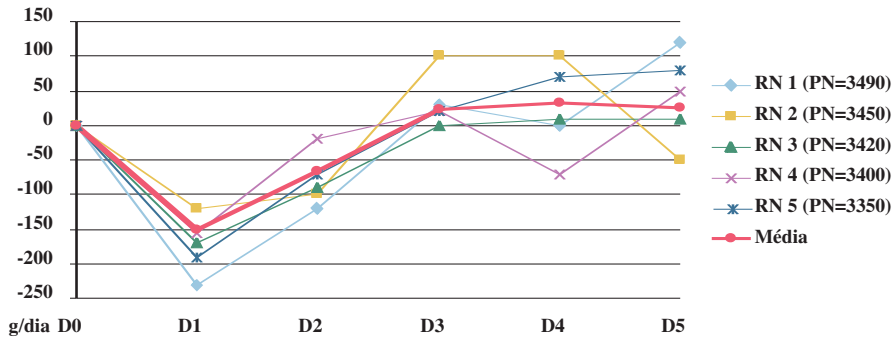


Figura 3 – Variação diária de peso de 5 recém-nascidos.

Discussão

Os dados antropométricos ao nascimento foram surpreendentemente semelhantes aos de um outro estudo efectuado na mesma maternidade cinco anos antes. Já em relação aos padrões internacionais verificámos algumas diferenças principalmente em relação ao peso de nascimento para ambos os sexos. Não foi nosso objectivo analisar com pormenor estas diferenças que pensamos poderem estar relacionadas, pelo menos parcialmente, com razões metodológicas: em relação à população, no nosso estudo só estão incluídos os recém-nascidos internados nas enfermarias normais (ficando excluídos todos os que por qualquer motivo necessitaram de ser admitidos na Unidade de Cuidados Especiais) e no que diz respeito às técnicas, os dados antropométricos ao nascimento foram, no nosso trabalho, registados por um grande número observadores. Contudo, a ausência de diferenças importantes sugere-nos que a nossa população é representativa para o estudo que nos propomos realizar.

Na nossa população a perda ponderal média no período neonatal precoce (6,2%) e o dia de peso mínimo (2º dia) estão de acordo com o amplamente descrito na literatura. Verificámos ainda que 6,9% destes recém-nascidos, tiveram uma perda ponderal superior a 10% do peso de nascimento, valor que na prática clínica corrente representa o limiar da normalidade. Este facto deverá ser tido em conta quando se utilizam estas referências.

Confirmámos a nossa suspeita clínica de que, em relação à diferença de peso média diária, existe uma grande variabilidade individual (reflectida pelos grandes desvios-padrão e diferenças entre o P5 e o P95). Estes dados põem em evidência que as médias ou medianas, ofuscando a variabilidade, têm um valor de referência limitado quando se pretende avaliar

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 33-40

casos individuais. Para estas situações os valores dos percentis extremos que apresentamos poderão servir como orientação. Utilizando estas referências na análise dos registos de peso diários, ficaria contemplada a natural variabilidade individual, melhorando assim a interpretação dos resultados.

Vários estudos têm verificado que a evolução ponderal e estatural individuais seguem um padrão irregular e pulsátil(4,5,6,7). Os nossos dados fazem crer que tal se passa também em relação ao peso dos recém-nascidos de termo nos primeiros dias de vida. A justificação para tal facto poderia residir na existência de erros de medição(4,5,6,7,8). No nosso estudo, como em muitos outros, as variações ponderais que pareceram excessivas foram reconfirmadas. Assim, diminuímos parcialmente os factores de erro inerentes às técnicas (humanas e materiais). Contudo, não podemos esquecer que, ao avaliar o peso dos recém-nascidos, avaliamos não só o a sua massa corporal, mas também o seu conteúdo digestivo e urinário, podendo estes variar consideravelmente entre duas determinações de peso(4). A importância destes factores não será certamente desprezível, face ao pequeno peso dos recém-nascidos e sobretudo à pequena diferença de peso de um dia para o seguinte, em relação à qual a sua interferência se tornará notória.

A existência de factores fisiológicos, ainda não totalmente esclarecidos, tem também sido sugerida como responsável pelo padrão de crescimento pulsátil documentado fora do período neonatal(4,6).

O processo de crescimento é um fenómeno complexo para o qual contribuem inúmeros determinantes. A sua análise pode ainda ser influenciada por factores perturbadores extrínsecos, de que a fiabilidade das técnicas de medição é um exemplo(4,5).

A pesagem diária ainda é uma rotina num grande número de maternidades. Tal prática, grande consumidora de recursos humanos, foi com certeza implementada por se considerar ser um método eficaz de rastreio de doença. Esta noção é logo apreendida (e nunca esquecida!) pelas mães, que, sempre hiperatentas, em tudo procuram sinais confirmadores do bom estado de saúde dos seus recém-nascidos. Pouco depois, as mesmas mães verificarão angustiadas que os seus recém-nascidos perdem peso. O esclarecimento de que este é um fenómeno normal não será para elas tranquilizador. Se é assim, porque os pesam então? — perguntarão desconfiadas a si próprias. Depois, olhando para o seu primeiro "leite" (tão "aguado" e pouco abundante), pensarão ter descoberto a causa da perda ponderal dos seus filhos.

De facto, para quem lida com os recém-nascidos e suas mães na maternidade, torna-se claro que a avaliação do peso diário pode ter efeitos negativos sobre a relação mãe-filho e na promoção do aleitamento materno.

A contrapartida em relação a estas desvantagens estaria na capacidade desta rotina ser um instrumento eficaz de despiste de doenças. Os resultados do nosso trabalho suscitam-nos algumas reflexões sobre este facto. Uma vez que na população normal verificámos grandes perdas ponderais diárias, poderemos questionar o seu papel como indicador específico de patologia. Por outro lado, as grandes variações intraindividuais que verificámos reflectirão, pelo menos parcialmente, a limitada capacidade dos métodos de pesagem para avaliar as

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 33-40

diferenças reais existentes na massa corporal — será com certeza grande a margem de erro. Este facto limitará a possibilidade de interpretação dos resultados. Será excepcional que uma determinada doença se manifeste exclusivamente por uma má progressão ponderal. Existirão praticamente sempre outros sinais clínicos de doença (de que as dificuldades alimentares podem ser um exemplo) que serão facilmente evidenciáveis pelo contexto de estes recém-nascidos se encontrarem internados e sob vigilância clínica contínua. Gostaríamos de realçar, porém, que, com estas considerações, nos referimos à avaliação do peso como uma rotina diária instituída em recém-nascidos na sua grande maioria normais. Não pretendemos, portanto, minimizar o papel que a vigilância do peso a curtos intervalos de tempo pode ter em situações patológicas suspeitas ou confirmadas. Não queremos também pôr em causa o papel da avaliação do peso regular, mas com maiores intervalos, como um importante indicador de saúde e bem-estar das crianças.

Nos recém-nascidos internados nas maternidades nos primeiros dias de vida, aparentemente saudáveis e sem dificuldades alimentares, que papel terá, na vigilância do seu estado de saúde, a avaliação rotineira do peso diário? Pensamos que, nestes casos, seria provavelmente suficiente uma avaliação por rotina ao segundo dia de vida (que proporcionaria uma estimativa do peso mínimo). A necessidade de pesagens nos outros dias considerar-se-ia em função dos dados clínicos.

Confirmámos, com o nosso trabalho, a noção clínica prévia de que existe uma grande variabilidade inter e intraindividual na evolução ponderal diária nos primeiros dias de vida. Pensamos ter contribuído assim para uma mais adequada interpretação dos registos de peso diários. Seria bom que outros trabalhos com o objectivo específico de determinar a importância da avaliação rotineira do peso diário no rastreio de patologia, fossem realizados, para melhor esclarecer esta questão.

Agradecimentos: As autoras agradecem ao Dr. Manuel Salgado o apoio na realização deste trabalho.

BIBLIOGRAFIA

1. Dalton Jr RF, Forman MA, Muller BA: Growth and development. In: Nelson Textbook of Pediatrics (Behrman RE, Kliegman RM, Nelson WE, Vaughan III VC), Philadelphia, W.B. Saunders Company 1992: 13-104.
2. Largo RH, Walli R, Duc G, Fanconi A, Prader A. Evaluation of perinatal growth. Presentation of combined intra and extrauterine growth standards for weight, length and head circumference. *Helv Paediatr Acta* 1980; 35(5):419-36.
3. Bishop NJ, King FJ, Lucas A. Linear growth in the early neonatal period. *Arch Dis Child* 1990; 65:707-8.
4. Salgado M. Avaliação do crescimento no 1º ano de vida. Comunicação pessoal.

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 33-40

5. Wales JKH, Gibson AT. Short term growth: rhythms, chaos, or noise? Arch Dis Child 1994;71:84-89.
6. Greco L, Capasso A, De Fusco C, Paludetto R. Pulsatile weight increases in very low birthweight babies appropriate for gestational age. Arch Dis Child 1990; 65:373-376.
7. Lampl M, Veldhuis JD, Johnson ML. Saltation and Stasis: A Model of Human Growth. Science 1992; 258:801-803.
8. Davies DP, Williams T. Is weighting babies in clinics worth while?; Br Med J 1983;286:860-863.

Correspondência:

Alexandra Cabral
Prolongamento da Rua Pedro Álvares Cabral, nº12, R/C esq.
3030 Coimbra
E-mail: rsalazar@mail.telepac.pt

- Trabalho apresentado e premiado (3º prémio) na 2ª Gala de Internos organizada pela Secção de Neonatologia da SPP que se realizou em Setembro/1998.

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 33-40

MANDAMENTO HIPOCRÁTICO

Nada melhor que um final de tarde de quarta-feira com chuva, que do gabinete se vê deixando brilhantes as folhas verdes das árvores desta Primavera que dizem precoce, para pegar pela décima vez numa carta. Esta é apenas uma das que o mesmo jovem autor, mais ou menos regularmente e sem saber qual o impacto em nós, nos faz chegar.

No verso do envelope do correio, desta vez, três flores desenhadas envolvidas num laço. O autor nunca repete o desenho com que encerra as cartas, fazendo-nos sentir que a sua inata e imensa capacidade artística permanece nele ao longo dos anos. Mesmo não alimentada. Quem alguma vez reparou nos dotes deste jovem?

Três folhas cheias em frente e verso encerram a vida de alguém que o Hospital Pediátrico tratou numerosas vezes, olhou umas quantas sem ver o seu interior e desprezou (por momentos) tomando por crimes erros de criança e jovem mal amado.

As pintas dos "i" transformadas em bolinhas e uma letra desenhada, redonda, dizem-me que a fantasia e a esperança deste jovem continuam vivas.

O L.P., está privado da liberdade há mais de 5 anos pagando por desvios que a sociedade promoveu e pelos quais em simultâneo o julgou!

Durante este tempo só encontrei força para o visitar uma vez. Doi-me vê-lo sofrer, ou é a consciência do fracasso que me afasta? Talvez coexistam as duas razões. Médicos, enfermeiras e assistentes sociais treinados para o diagnóstico e tratamento são afinal "vulneráveis" aos sentimentos que nos inspiram os nossos meninos, os nossos adolescentes, os nossos adultos que amadureceram à força. Mas também têm consciência acusadora!

Voltou um Sol débil... agora mesmo. É Março, dizem...

Que importa? Afinal, outro Sol — o parágrafo consolador saído do punho do nosso jovem — trazido pelo correio, aí está, mais quente, mais brilhante:

Sabe DRª Chieira à uns anos atrás era eu ainda um adolescente e ainda talvez não tivesse a maturidade que tenho agora, sabe quando olho para trás vejo 25 anos, 25 anos em que você me acompanhou, existe uma ligação carinhosa entre médica e doente, essa ligação para mim é muito valiosa, sagrada, por mais anos que eu viva você terá sempre uma forte presença na minha vida sabia? mesmo quando eu for velho não irei esquecer a sua presença que ao longo da minha vida me acompanhou e sempre quis o melhor para mim como um filho, quando eu sair gostava de ter uma longa conversa consigo

Os manuais da Medicina estão incompletos. O primeiro mandamento Hipocrático devia ser **Amar o Doente**. É gratuito para o sistema, benéfico para o doente e reconfortante para o médico.

E acima de tudo é um investimento que perdura.

saúde
infantil

1999; 21/2: 42

RASTREIO DA CÁRIE DENTÁRIA

Cristina Resende¹, Cristina Pedroso²

RESUMO

São apresentados os resultados de um rastreio de cárie dentária realizado em algumas escolas na área abrangente do Centro de Saúde de Celas, em Coimbra, que decorreu no período entre Janeiro e Março de 1998.

Foram observadas 430 crianças/jovens dos 6-19 anos de ambos os sexos.

Neste rastreio foram utilizados critérios definidos pela Direcção Geral de Cuidados de Saúde Primários (índice CPO).

Verificou-se existir uma elevada prevalência de cárie dentária, pois 84% dos alunos apresentava esta doença. Observou-se ainda um aumento da incidência da cárie e do número de dentes cariados com a idade.

Constatou-se também que o índice CPO triplicou, da faixa etária dos 6-10 anos para a dos 11-15 anos.

Em 30% das crianças foi detectada má oclusão dentária.

Conclui-se pela necessidade de incrementar acções de formação sobre cárie dentária, essencialmente no âmbito da prevenção, não só na escola mas também na pré-escola, para serem atingidos os objectivos da OMS. Estas medidas devem visar o incentivo para a escovagem dentária, para o uso de flúor em idade precoce e para a necessidade de inspecção dentária obrigatória; contudo, esta só será realmente eficiente se for seguida das acções terapêuticas adequadas.

Palavras-chave: cárie dentária, saúde oral, índice CPO.

SUMMARY

Here are presented the results of a dental study performed on some schools of the internal area of the Health Care Center of Celas in Coimbra.

This study has occurred from January to March.

Four hundred and thirty children/teenagers from 6 to 19 years of age of both sexes were examined.

1 Interna de Pediatria do Hospital Pediátrico de Coimbra 2 Assistente de Clínica Geral do Centro de Saúde de Celas / Médica Dentista

On this study was used criteria defined by General Directing Board for Primary Health Care (CPO Index).

It was found an high prevalence of dental caries, so 84 % of the pupils have got this disease.

It was found an increase of caries incidence as well the number of teeth that became a target with age.

It was also verified that CPO index became three times wider on the range of ages 6-10 for the range of ages 11-15.

In 30% of the children it was detected a malocclusion.

It can be concluded, there is the need to increase the health education and promotion, essentially in order of prevention, not only at school but also at pre-school children to reach the OMS objectives.

The use of fluoride in the early age and for the need of obligatory dental inspection, however it only will be really effective if there is an accurate therapeutic action.

Keywords: dental caries, oral health, CPO index.

*saúde
infantil*

Introdução

1999; 21/2: 43-52

Em 1962 a OMS definiu cárie dentária como: "...um processo patológico de origem externa, que sobrevém depois da erupção dos dentes e começa por um amolecimento dos tecidos duros originando a formação de uma cavidade. "

A cárie dentária é a doença crónica mais frequente na população infantil e juvenil, podendo causar dor, dificuldade em mastigar, abscesso, perda do dente, podendo por vezes, a nível geral, afectar órgãos tão importantes como o coração, pulmão e globos oculares.

Trata-se de um problema evitável, com prevalência muito elevada (1-3). Em Portugal, mais de 70% das crianças em idade escolar já estão afectadas por esta doença (4).

Inquéritos realizados em vários países mostram que apenas uma em cada cem crianças está livre de cárie quando atinge os 15 anos (5).

A cárie dentária, sendo uma afecção lenta e progressiva das estruturas dentárias, constitui um problema muito importante de saúde pública, não só pelos sintomas e complicações locais, mas também pelo número de horas gastas no seu tratamento e pelo absentismo escolar que pode provocar.

A cárie resulta da interacção complexa de 3 factores principais — bactérias, regime alimentar e susceptibilidade do hospedeiro — que condicionam o aparecimento e a progressão da doença.

É necessário adoptar medidas de controle dos factores etiológicos, para haver redução da incidência da cárie dentária. Estas medidas devem visar: a redução da placa bacteriana, através da escovagem dos dentes e do uso de fio dentário; a redução dos alimentos cario-

génicos e o aumento da resistência do dente, através da utilização de flúor em idade precoce e da aplicação de selantes de fissuras.

O pediatra e o clínico geral, que habitualmente observam as crianças, têm um papel privilegiado na profilaxia da cárie.

A OMS fixou, em colaboração com a Federação Dentária Internacional, objectivos em saúde oral para o ano 2000, que para a população em idade escolar estão resumidos na Figura 1.

Objectivos de saúde oral para o ano 2000	
5-6 anos	.50% da população livre de cárie dentária.
12 anos	.o máximo de 3 dentes cariados, perdidos ou obturados, por criança.
18 anos	.85% da população possuindo todos os dentes.

Fig. 1 — Objectivos de saúde oral para o ano 2000 (OMS e Federação Dentária Internacional).

Nas estratégias de Saúde 1998-2002, referem-se como metas para o ano 2002: a média de dentes cariados, perdidos ou obturados (índice CPO), nas crianças com 12 anos de idade deverá ser inferior a 3. E para o ano 2007, 70% das crianças com 12 anos de idade, deverão ter os dentes livres de cáries.

saúde infantil

1999; 21/2: 43-52

Material e métodos

O rastreio de cárie dentária foi efectuado em 430 alunos de ambos os sexos, com idade compreendida entre os 6-19 anos.

Foi realizado em três escolas do ensino básico, uma escola C + S, e uma escola secundária da área abrangente do Centro de Saúde de Celas, em Coimbra.

Foram utilizados os critérios definidos pela Direcção Geral de Cuidados de Saúde Primários — Programa de Saúde Oral em crianças em idade escolar, que resumidamente se apresentam na figura 2. De acordo com as normas da OMS, utilizaram-se os índices cpo e CPO, que são indicadores da situação da saúde dentária num grupo de indivíduos e que permite fazer o diagnóstico desta afecção na comunidade. É possível classificar os níveis de cárie dentária numa população, a partir da determinação do valor de índice CPO para o grupo etário dos 12 anos. Esta classificação é apresentada na figura 3.

Esta avaliação esteve inserida, no âmbito de alguns programas, nomeadamente, "Escolas Promotoras de Saúde e PEPT 2000".

A equipa era constituída por uma assistente de Clínica Geral/médica dentista, uma interna de Pediatria e uma enfermeira. A equipa foi submetida a um ensaio prévio.

Todos os dentes foram examinados com ajuda de um foco luminoso (geralmente utilizado para observação da orofaringe), um espelho e pinça individual, que posteriormente eram esterilizados.

Dente são — dente que não apresenta evidência clínica de cárie dentária, tratada ou não.

Dente cariado — dente que apresenta perda nítida de substância, uma cavidade com amolecimento do fundo ou da parede amolecida. Consideram-se igualmente dentes cariados, os que apresentem obliteração provisória e os que, apesar de restaurados, apresentem uma superfície cariada ou recidiva da carie.

Dente perdido — ausência do dente por extração devido á cárie.

Dente obturado — dente com um ou vários restauros permanentes e sem recidiva de cárie dentária.

$$\text{Índice C P O} = \frac{C + P + O}{N}$$

$$\text{Índice c p o} = \frac{c + p + o}{N_1}$$

O índice CPO corresponde aos dentes definitivos e o cpo à dentição de transição.

C - dentes cariados

P - dentes perdidos

O - dentes obturados

N - n.º total de indivíduos observados

N1 - n.º de crianças com dentes temporários

Má oclusão dentária - Toda a discrepância dento-dentária, dento- maxilar ou maxilo- mandibular.

Fig. 2 — Definição de conceitos.

Nível de doença	Índice CPO aos 12 anos
Muito baixo	0.0 - 1.1
Baixo	1.2 - 2.6
Moderado	2.7 - 4.4
Alto	4.5 - 6.5
Muito alto	≥ 6.6

Fig. 3 — Classificação do índice CPO para os 12 anos de idade.

Resultados

Os quadros e as figuras seguintes sintetizam os resultados obtidos.

Dos 430 alunos observados, 201 (47%) pertenciam ao sexo masculino e 229 (53%) ao sexo feminino. Apresentavam idades compreendidas entre os 6-19 anos (quadro 1).

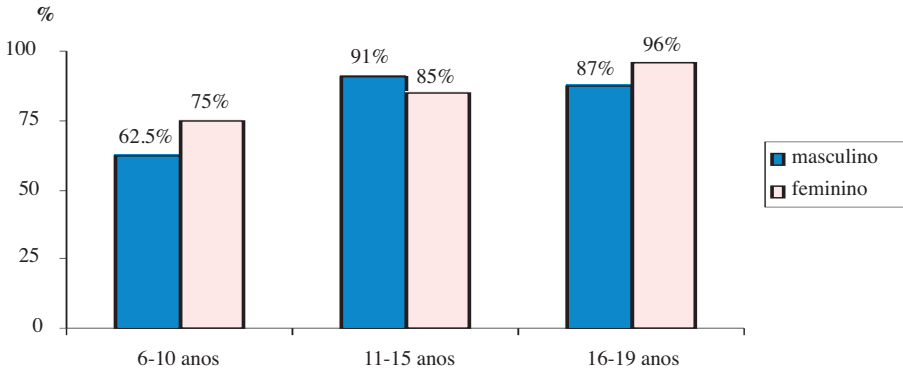
saúde infantil

1999; 21/2: 43-52

Grupo etário	Nº de crianças
6-10 anos	114
11-15 anos	215
16-19 anos	101
Total	430

Quadro 1 – Distribuição das crianças por faixa etária.

Observou-se um aumento da incidência da cárie com a idade. Verificando-se uma maior prevalência da cárie no sexo feminino, embora na faixa etária dos 11-15 anos, a prevalência da cárie fosse superior no sexo masculino (figura 4).



saúde infantil

1999; 21/2: 43-52

Fig. 4 – Distribuição da percentagem de crianças com cárie por idade e sexo.

Constatou-se também um aumento significativo da média de dentes cariados, com a idade, como se pode observar na figura 5.

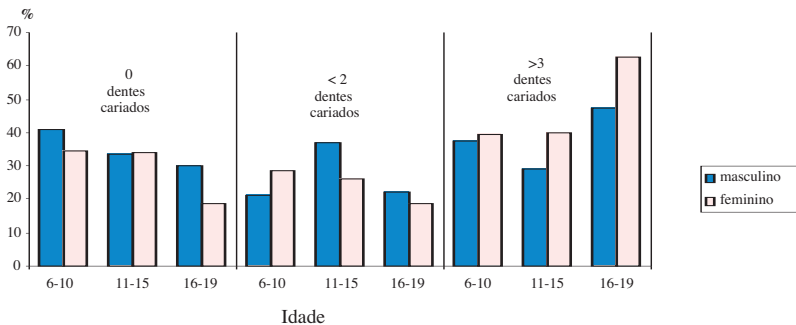


Fig. 5 – Número de dentes cariados, perdidos e obturados em função da idade e do sexo.

O índice CPO total foi de 3,97 (quadro 2). Em relação ao sexo, os valores CPO foram sempre superiores, no sexo feminino.

Grupo etário	Índice CPO		
	m	f	total
6-10 anos	0,91	1,87	1,39
11-15 anos	3,89	4,47	4,22
16-19 anos	5	7,7	6,34
Total	3,36	4,5	3,97

Quadro 2 – Índice CPO para dentes definitivos.

Verificou-se um aumento progressivo deste índice com a idade. Este valor variou entre, 1,39 na faixa etária 6-10 anos, e 6,34 na dos 16-19 anos (figura 7).

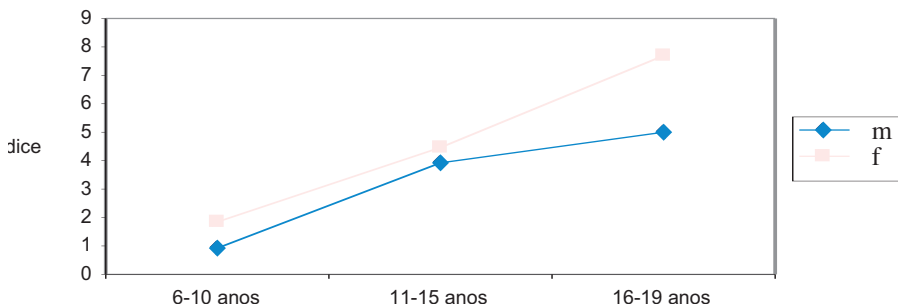


Fig.7 – Evolução do índice CPO com a idade.

Em relação ao índice cpo verificámos o contrário. Assim, o valor variou entre 2,3, aos 6 anos, e 0,1 aos 13 anos (figura 8).

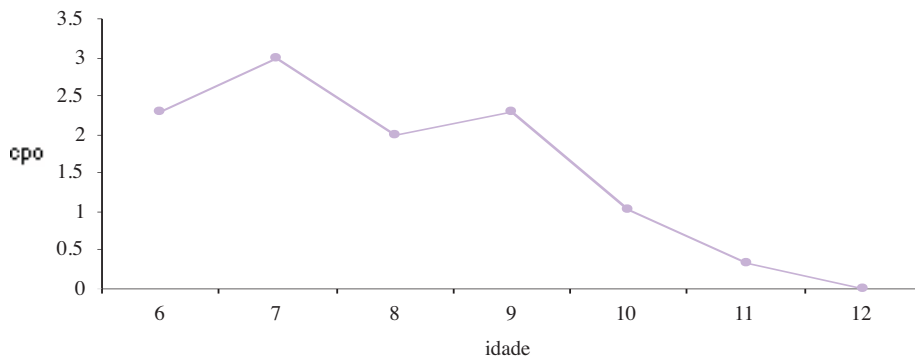


Fig. 8 – Índice cpo, por idade.

saúde infantil
1999; 21/2: 43-52

Analisando a composição percentual do índice CPO total: 55,6% de dentes cariados (C); 7,8% dentes perdidos (P); 36,4% de dentes obturados (O). A fração C (dentes cariados) apresentou os valores mais altos, contudo a fração O (dentes obturados) teve também um valor expressivo (figura 9).

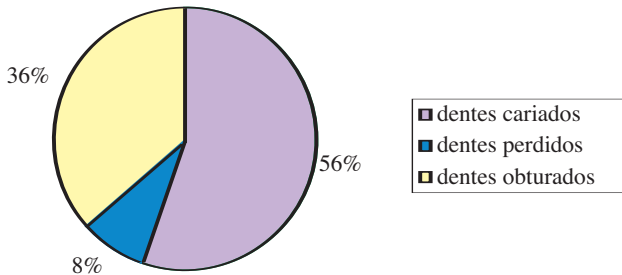


Fig. 9 — Distribuição do número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados.

Cento e trinta e duas (30 %) crianças/jovens apresentavam má oclusão (quadro 3).

Má oclusão	132
Tártaro/pigmento /placa	36
Lesões mucosas	4
Amelogenese imperfeita	7

Quadro 3 — Patologia da cavidade oral.

saúde infantil

1999; 21/2: 43-52

Dos 430 jovens observados, apenas 16% não apresentavam sinais de cárie dentária.

Em relação aos diferentes grupos etários, verificou-se uma diminuição de percentagem de isentos de cárie, com a idade, passando dos 29,8% (grupo etário dos 6-10 anos) para os 8,9% no grupo etário dos 16-19 anos (figura 10).

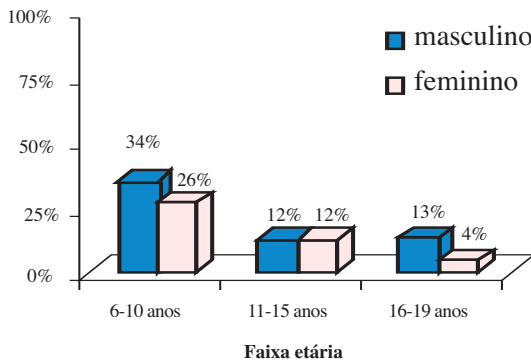


Fig. 10 — Percentagem de alunos isentos de cárie por faixa etária.

De salientar que a percentagem de isentos de cárie dentária é superior nos rapazes (18% contra 14% das raparigas).

Verificou-se que nos maxilares superiores 390 (45%) primeiros molares permanentes estão cariados/obturados para 401 (47%) do maxilar inferior.

Em relação ao sexo, 162 (42%) rapazes apresentavam os primeiros molares permanentes cariados, e o sexo feminino apresentava 225 (58%). De referir que 98 destes dentes já foram extraídos, 63% do maxilar inferior e 37% do superior. As raparigas apresentam um maior número de dentes extraídos (60%).

O maxilar inferior apresenta um total de 465 primeiros molares permanentes cariados, perdidos e obturados, para 428 do maxilar superior (figura 11).

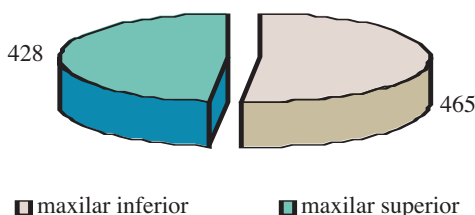


Fig. 11 — Distribuição dos primeiros molares permanentes cariados, perdidos e obturados por maxilar.

saúde infantil

1999; 21/2: 43-52

Discussão

Constatou-se um aumento da incidência de cárie dentária e um aumento significativo da média de dentes cariados com a idade, assim por exemplo na faixa etária 6-10 anos 38,5% das crianças tem um número de dentes cariados ≥ 3 , enquanto que na faixa etária dos 16-19 anos esta percentagem sobe para 54%. Estes dados estão de acordo com o carácter progressivo da doença, pois as lesões da cárie são irreversíveis a partir da altura em que a sua evolução atingiu a fase de cavidade e são também explicados pela cronologia da erupção (um número maior de dentes expostos aos factores cariogénicos) (2,3,5).

Verificou-se uma maior incidência de cárie, do índice CPO, assim como um maior número de dentes cariados, no sexo feminino, o que já tem sido verificado em outros estudos, e que se explica por uma erupção mais precoce nas crianças do sexo feminino e consequente exposição mais prolongada aos factores cariogénicos (2,3).

O índice CPO, que como já referido, traduz a média do número de dentes definitivos cariados, perdidos por cárie e obturados em cada indivíduo, foi de 4, o que revela um índice de doença moderado, segundo os parâmetros de prevalência definidos pela OMS.

Verificou-se um aumento progressivo deste índice com a idade; este valor triplica da faixa etária dos 6 - 10 anos (CPO - 1,4), para os 11-15 anos (CPO - 4,22).

Em relação ao índice cpo acontece o contrário, o que se deve ao processo normal de exfoliação dos dentes temporários.

Os dentes mais atingidos pela cárie dentária, foram os primeiros molares definitivos, este facto já foi constatado em outros trabalhos (2,3,5), pois são dentes que erupcionam cedo, ± aos 6- 7 anos de idade e que, devido à profundidade das suas fissuras, facilitam o aprisionamento mecânico dos factores cariogénicos, que podem assim contribuir para o desenvolvimento da cárie dentária sem sofrerem os mecanismos de defesa do hospedeiro. Esta verificação é importante e justifica a necessidade duma observação periódica dos primeiros molares com o objectivo de diagnóstico precoce das lesões e seu tratamento imediato, o ideal seria mesmo um programa de prevenção que inclui - se a utilização sistemática de selantes de fissuras, pois a colocação de resinas acrílicas, isola o fundo das fissuras do ambiente oral.

De salientar que a percentagem de dentes obturados foi de 34%, do índice CPO total, este facto deve-se que o rastreio foi efectuado, num centro urbano, onde há uma relativa acessibilidade á assistência buco - dentária e nível sócio económico destas crianças é, pela apreciação subjectiva das características urbanísticas da zona da cidade habitada e no conhecimento da profissão dos pais, média-alta.

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 43-52

Conclusão

Dos resultados obtidos recolhemos as seguintes conclusões:

1. Na nossa amostra de 430 alunos, existia uma elevada prevalência da cárie, 84 % dos alunos observados apresentam cárie dentária.
2. Do total de 430 crianças/jovens observados, 40% têm três ou mais dentes cariados.
3. No grupo etário dos 12 anos identificou-se um índice de 4,4, o que expressa um nível moderado segundo os parâmetros de prevalência definidos pela OMS.
4. A análise do índice CPO desdobrado nas suas componentes, revela que existe uma percentagem razoável de dentes obturados (36 %), o que denota uma utilização dos serviços de tratamento.
5. Trinta por cento apresentavam anomalias dento-maxilares.

As metas fixadas para a saúde oral no ano 2000, pretendem um CPO < 3 para crianças de 12 anos de idade, no nosso estudo o índice CPO na idade dos 12 anos foi de 4,4, superior ao pretendido, propomos para que este valor seja alcançado, que haja o estabelecimento de medidas elementares de higiene e de prevenção.

As medidas preventivas devem incluir:

1. Acções de promoção para a saúde em crianças em idade escolar procurando motivá-las para uma mudança de hábitos alimentares (diminuição da ingestão dos hidratos de carbono, sobretudo doces no intervalo das refeições) e higiénicos (escovagem dentária com dentífricos fluoretados, e a partir dos 9-10 anos o uso de fio dentário, pelo menos de manhã após o pequeno almoço e ao deitar).
2. Introdução de flúor em crianças de poucos meses de idade até aos 13 anos (esta medida tem-se revelado altamente eficaz e sem riscos, indicada sobretudo em áreas em que as águas de consumo sejam pobres em flúor).
3. Educação em conceitos de saúde oral dos professores, clínicos gerais e de outros profissionais de saúde.
4. Incentivar a colocação de selantes de fissuras.
5. Consulta regular ao médico dentista/estomatologista.

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 43-52

BIBLIOGRAFIA

1. Pereira A. Prevalência da cárie dentária na população escolar do ensino básico do distrito do Porto. Crianças isentas de cárie aos 6, 9 e 12 anos. Rev. Port. de Est. e Cir. Maxilofac. 1992; 33: 13-20.
2. Pereira A. Prevalência da cárie dentária na população escolar do ensino básico do distrito do Porto. N.º médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados. Rev. Port. de Est. e Cir. Maxilofac. 1991 ; 32 : 229 - 241.
3. Matos P. P., Sistelo C., Fernandes A., Vale L., Moreira J., Mendonça D., Cárie dentária - estudo da prevalência, factores predisponentes e prevenção numa população infantil. Saúde Infantil 1988; 10 : 245-253.
4. Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários — Dentição, doenças orais e medidas de prevenção. 1991.
5. Reis E. Levantamento epidemiológico da cárie dentária nas crianças que frequentam o ensino básico do concelho de Condeixa-a-Nova no ano lectivo de 1986 /87. Rev. Port. de Est. e Cir. Maxilofac. 1989 ; 30 : 55 – 69.
6. Direcção Geral de Saúde- Estratégias de Saúde 1998-2002.
7. Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários-Orientações Técnicas - Saúde oral em saúde materna e infantil. 1991.

SUSPEITA ECOGRÁFICA DE ANOMALIAS RENAIS NO FETO

Diálogo médico-pais e reacção dos pais à notícia *

Maria do Céu Soares Machado¹

RESUMO

A suspeita ecográfica de uma anomalia fetal é motivo de grande ansiedade para os pais que perguntam qual a causa e o prognóstico da situação. O objectivo deste trabalho foi avaliar o diálogo médico-pais em 183 casos de anomalias do tracto urinário de diagnóstico ecográfico pré-natal e o processo vivido pelos pais desde a notícia da anomalia até ao nascimento.

Este grupo inclui casos muito diversos nos quais é difícil estabelecer o prognóstico mas a notícia vai desencadear nos pais a reacção a um filho doente, pelo que é importante determinar quem e como se fala a estes pais.

O nascimento de um bebé com anomalias é a perda súbita do filho que se desejava. No nosso grupo, uma grande percentagem de mães referiu ter sentido choque, desorientação, culpa, angústia, pavor, pânico e perturbações do sono ou alimentares. O facto de o diagnóstico ser ecográfico ainda aumenta a angústia. Quarenta e duas grávidas do nosso estudo contam que viveram os últimos meses da gravidez como um pesadelo, a imaginarem uma criança com anomalias múltiplas.

Se a situação é considerada tão grave que vai ser proposta a interrupção da gravidez ou, sendo o diagnóstico mais tardio houver risco de morte fetal, deve ser oferecido ao casal o apoio de uma equipa multidisciplinar.

Palavras-chave: diagnóstico pré-natal, reacção dos pais, luto.

SUMMARY

Any suggestion of foetal abnormality on the prenatal scan causes great anxiety and distress to the parents. To evaluate the dialogue between the doctor and the parents of 183 cases suspected of having these anomalies and the parental attitudes and reactions after being informed that their child had abnormal foetal development was the aim of this study.

¹ Directora do Serviço de Pediatria do Hospital Fernando Fonseca

* Trabalho elaborado na Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Concerning how to cope with parents of these children, we consider that from the beginning, doctor-parent dialog must be very cautious. Apparently severe cases evolved toward an almost normal function, and apparently less severe conditions evolved toward renal function impairment and eventually death.

In a family environment, the diagnosis of a child with an abnormal development or with a malformation, discloses a psychological response with feelings of shock, anger and disorientation similar to the responses observed in the case of a child's death.

Team counselling offers a clear definition of the problem, avoids unnecessary confusion and anxiety in the family and provides a supportive environment during this family crisis.

Keywords: prenatal diagnosis, parents psychology, grief.

Introdução

As anomalias do rim e/ou das vias urinárias (ARVU) ocorrem em 1 para 600 a 800 gestações e são uma causa importante de mortalidade perinatal.

O diagnóstico de uma anomalia fetal é muitas vezes devastadora para uma família, frustrando a expectativa habitual de que após uma gravidez e parto normais, nasça uma criança saudável. Davidson descreve a reacção dos pais ao nascimento de um filho com anomalias como "a morte do filho desejado" (1).

Alguns pais queixaram-se do modo como lhes foi dito que havia suspeita ecográfica de anomalia fetal e não se sentiram bem informados quanto à situação, ao prognóstico e ao risco de uma futura gestação.

O objectivo deste trabalho foi avaliar o diálogo médico-pais e a reacção dos pais à notícia de anomalias renais no feto.

Material e métodos

A população estudada provém de 26265 nascimentos consecutivos, registados na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, de Janeiro de 1990 a Dezembro de 1992, e que incluem 130 interrupções da gravidez e 263 nados-mortos. O grupo de estudo é constituído pelos 183 casos de anomalia do rim e/ou vias urinárias de diagnóstico ecográfico pré-natal, detectados nesse período.

Pediu-se aos pais que respondessem às seguintes perguntas:

1. Quem deu a notícia de que havia suspeita ecográfica de uma anomalia?
2. O ecografista teve alguma atitude durante o exame que fizesse suspeitar de que este não era normal?
3. O que disse o médico? Como foi dada a notícia?
4. A grávida estava sozinha, acompanhada pelo marido ou por outro familiar?

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 53-64

5. Como reagiram? O que sentiram?
6. Com quem conversaram? Ficaram mais descansados?
7. Agora que se confirmou a anomalia, consideram que foram informados correctamente?

A entrevista foi conduzida de maneira a deixar os pais completamente à vontade nas respostas e o entrevistador ia anotando as frases pronunciadas.

Resultados

Dos 183 casos de suspeita de anomalia do rim ou das vias urinárias, 118 (64.4%) pais responderam ao inquérito. Cinco só tiveram conhecimento do problema no dia do parto e os restantes não quiseram responder. Dos 13 casos de interrupção da gravidez e dos 26 de morte perinatal, colaboraram respectivamente 5 e 7 pais. Em 9 casos tinha havido anteriormente uma consulta pré-natal de genética e estes pais consideravam-se bem informados e não acharam importante colaborar neste estudo.

1. Quem deu a notícia de que havia suspeita ecográfica de anomalia?

O ecografista informou a grávida no decurso do exame em 80.3% dos casos. Em 17 (13.7%) a notícia foi dada pelo obstetra ou pelo médico de família. Sete (5.6%) grávidas queixaram-se de que o exame tinha acabado como se estivesse tudo bem e foi a enfermeira, a empregada do consultório ou a leitura do relatório em casa que alertaram para a existência de qualquer problema.

Outra, como não lhe dissessem nada nem lhe dessem os relatórios como aconteceu com as amigas, resolveu repetir a ecografia noutra local e foi então que soube que havia anomalias (Quadro I).

Notícia dada pelo/a	n = 118 (%)
Ecografista	99 (83.8)
Obstetra	9 (7.6)
Relatório (auto-leitura)	5 (4.2)
Médico de família	3 (2.4)
Enfermeira	1 (0.9)
Empregada de consultório	1 (0.9)

Quadro I – Quem deu a notícia de que havia suspeita de anomalia na ecografia pré-natal?

2. O ecografista teve alguma atitude durante o exame que fizesse suspeitar que este não era normal?

A atitude do ecografista levou a que 30 (25.4%) grávidas desconfiassem que se passava qualquer coisa.

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 53-64

Falam os pais

... Esteve mais de uma hora com a sonda para trás e para a frente. (9 casos)

Cochicharam entre eles e não me disseram nada. (5 casos)

Chamaram uma série de médicos sem dizer uma nem duas, só conversavam entre si. (6 casos)

Falavam um para o outro, nunca para mim.

Perguntaram: Há mongolóides na família? (2 casos)

Esta máquina não presta. Vá repetir à Maternidade. Vi logo que havia coisa ... (8 casos)

3. O que disse o médico? Como foi dada a notícia?

Dois terços das grávidas (74.8%) consideram que o médico foi cuidadoso na notícia e nas explicações e procurou esclarecer as dúvidas imediatas. As restantes referem que a notícia foi dada de chofre e que as explicações foram nulas, insuficientes ou mesmo impacientes.

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 53-64

O que disse o médico	n = 118 (%)
Tem uma dilatação no rim	28 (23.8)
Desaparece após o nascimento	15 (12.8)
Se for rapaz, é mais grave; se for rapariga, passa	14 (11.8)
Tem um problema nos rins	12 (10.2)
Está tudo bem mas fale com o seu Obstetra	10 (8.5)
Tem um problema grave; não se salva	9 (7.6)
Só tem um rim	7 (5.9)
Tem quistos no rim	7 (5.9)
Um rim é maior do que o outro	4 (3.4)
Não responderam	12 (10.2)

Quadro II — O que disse o médico ? Como foi dada a notícia?

Falam os médicos

...Tem um rim dilatado, mas tudo se opera.

Hoje em dia vive-se só com um rim.

Há possibilidade de vir a ser deficiente. Talvez mongolóide

O pior que pode acontecer é ter de fazer diálise e transplante.

Vai fazer amniocentese. Porque pode ser mongolóide.

Mais vale hidronefrose do que hidrocefalia.

Vou-lhe dizer porque é enfermeira mas tenha calma.

Tem uns quistos. Se é menina são os ovários a crescer, se é rapaz são mesmo quistos.

Só tem um rim. Pode estar relacionado com o problema da mãe.

Vai nascer bem mas não vai durar mais de 3 dias.

A grávida-Perguntei muitas coisas. Se o rim é grande, tem de ser operado? Tem de fazer transplante? O rim funciona? Resposta impaciente do médico: se tiver o nariz mais comprido também não deixa de respirar. Depois o médico da Maternidade explica tudo. Deram tantas explicações que nunca mais fiquei descansada. Podiam ter dado mais explicações ..."

4. A grávida estava sozinha, acompanhada pelo marido ou por outro familiar?

Em 83 (70.3%) casos, a grávida tinha ido fazer a ecografia sem qualquer companhia. Vinte e nove (24.5%) estavam acompanhadas pelo marido, 3 (1.6%) por um familiar e, apenas em 1.6% dos casos foi chamado outro profissional de saúde, nomeadamente o pediatra.

5. Como reagiram à notícia ? O que sentiram?

Apenas 12 grávidas das 118 referiram não ter tido qualquer reacção imediata e 10 referem ter ficado completamente descansadas após falar com o marido, com o obstetra ou com os pais/sogros. Três foram imediatamente repetir o exame noutro especialista. Mais de um terço passaram o resto da gravidez a imaginar um bebé cheio de anomalias (Quadro III).

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 53-64

Reacções	n = 118 (%)
Grande angústia	47 (39.8)
Visão de um bebé com outras anomalias	42 (35.5)
Choque/desorientação/culpa	27 (22.8)
Pavor/pânico	14 (11.8)
Alterações do sono e/ou do apetite	14 (11.8)
Choro	14 (11.8)
Reacção do pai mais intensa do que da mãe	13 (11.0)
Sensação de que é engano	12 (10.1)
Indiferença do pai	5 (4.2)

Quadro III – Reacção e adaptabilidade da mãe e/ou do pai.

Falam os pais

... Não me explicaram nada. Eu chorava dia e noite.

O meu marido sofria mas não dava bandeira.

O obstetra disse que o ecografista se tinha enganado; o obstetra é que nunca mais me mereceu confiança.

O médico não explicou nada.

Senti culpabilidade porque tinha feito um RX.

Pensei: é porque tenho um irmão deficiente. (3 casos)

Tinha a certeza que era por eu ser toxicodependente.

O defeito está em nós. Já tivemos um filho com problemas. (5 casos)

Mais valia não ter filho nenhum para ser assim.

O marido disse: se calhar os rins grandes até é melhor, funcionam mais.

Perguntei se não era melhor interromper a gravidez porque não tinha dinheiro para andar pelos médicos.

Já esperava qualquer coisa porque o bebé mexia pouco; andei numa religião do Maná e disseram-me que era normal. Tive uma desilusão quando nasceu.

Desci a escada, não sabia se ia pelo ar ou pelo chão.

Não sabia se queria que ele nascesse ou morresse. Quando acordei da anestesia, perguntei: o meu bebé já morreu?

Foi das piores coisas da minha vida. Telefonaram a dizer que o cariotipo era anormal, para ir a Londres que aqui em Lisboa já não se fazia a interrupção.

Pensei que morria à nascença.

Não liguei muito porque o meu irmão e o meu pai também têm os rins dilatados.

Disseram-me que era pélvica; chorei porque não sabia o que era e pensei que estava relacionado com os rins.

Tivemos um acidente de automóvel quando saímos do médico.

Tive pesadelos toda a gravidez: só via bebés malformados ...

6. Com quem conversaram? Ficaram mais descansados?

Todas as grávidas falaram com o marido, imediatamente a seguir ao exame. Em metade dos casos, o casal não contou a mais ninguém. Quarenta e duas (35.5%) procuraram ajuda junto dos pais ou sogros. Nove (8.4%) falaram com médicos conhecidos e apenas 8 (6.5%) procuraram, por sua própria iniciativa, esclarecimento junto de um pediatra ou de um geneticista.

Disseram os avós

... Como são gémeos, um é sempre mais débil. (4 casos)

Devem ser gases. (3 casos)

Deve ser engano. Os médicos enganam-se tantas vezes...

Disseram médicos amigos

... Os quistos picam-se e volta tudo ao normal.

Ou melhora ou vai fora (cirurgião)...

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 53-64

Falam os pais

...Não contei ao meu pai porque ele ia logo contar para o café.

Aos meus amigos? Deus me livre! Tinha de ouvir conselhos todo o dia.

Fiquei estragadinha de todo. Acalmou-me a minha irmã que é psicóloga e o meu marido que é alentejano ...

7. Agora que se confirmou (ou não) a anomalia, consideram que foram informados correctamente?

Em 45 (38.1%) casos, as mães consideraram que afinal esperavam pior e tudo o que lhes tinha sido dito era exagerado em relação ao verdadeiro problema. Trinta e duas (27.1%) acham que foram bem esclarecidas e que isso as ajudou e ao marido a aceitar a morte da criança ou a quantidade de exames e sofrimento após o nascimento. Vinte e seis (22.0%) consideraram que a situação por que estão a passar é pior do que esperavam (Quadro IV). Setenta e nove (66.9%) casais referiram um grande receio quanto ao risco numa próxima gravidez.

Situação clínica pós-natal segundo os pais	n = 118 (%)
Menos grave do que a prevista	45 (38.1)
De acordo com a suspeita	32 (27.1)
Mais grave do que a prevista	26 (22.0)
Não responderam	15 (12.7)

Quadro IV – Expectativa e realidade

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 53-64

Falam os pais

... Descansei quando vi o bebé perfeito ao nascer. (56 casos)

Só descansei na segunda ecografia. (3 casos)

Ainda não estou descansada. (13 casos)

Teve o período ao nascer; pensei logo que era do rim.

Quando nasceu até lhe contei os dedos.

Ainda agora quando tem qualquer coisa penso que é dos rins.

Muito assustada com a conversa do cirurgião: o quisto pode rebentar; se o bebé chorar muito venha para Lisboa de helicóptero (residente em Castelo Branco).

Tantos exames para um bebé tão pequeno.

Disseram-me que não ia sobreviver e afinal está vivo e bem: se você foi uma das médicas que falou comigo durante a gravidez já lhe digo que roguei uma praga — os seus filhos ou os seus netos vão ter problemas de rins...

Discussão

A relação dos pais com o filho começa desde que este é gerado ou mesmo antes: os pais imaginam a criança, se é rapaz ou rapariga, escolhem o nome, preparam o enxoval e fazem projectos quanto ao seu futuro (2).

A relação mais forte, que se estabelecia após o nascimento, inicia-se hoje com as primeiras imagens ecográficas. Os pais vêem o que imaginam, o coração a bater, os movimentos dos braços e das pernas, o formato do nariz e até o feto a chuchar no dedo. Levam para casa a gravação em vídeo que mostram à família e que passam repetidamente.

A grávida sabe que a ecografia é um método inócuo e fonte de enorme informação: o número de fetos, o sexo, o tempo da gestação, a identificação de eventuais anomalias e principalmente a garantia de que "tudo está bem". Até mesmo nos casos em que o exame é efectuado por risco ou suspeita de doença, a expectativa da futura mãe é que o médico lhe diga: o seu bebé é normal!

No grupo de estudo, no decurso do exame ecográfico, foi dada à grávida ou ao casal, a notícia de que o feto tinha uma anomalia. Este grupo inclui casos muito diversos: anomalias renais bilaterais graves, isoladas ou em contexto polimalformativo, que foram propostas para interrupção da gravidez ou faleceram no período perinatal, casos menos graves mas que requereram exames complementares e tratamento pós-natal médico ou cirúrgico, e ainda outros em que a suspeita pré-natal não foi confirmada.

Na maioria destes casos, é difícil estabelecer precocemente o prognóstico mas a notícia vai por si só desencadear nos pais a reacção a um filho doente - choque, recusa da situação, raiva, dor.

Encontram-se na literatura muitos estudos sobre o luto, a dor e as reacções emocionais dos pais a quem foi proposta a interrupção da gravidez por anomalia do feto (3, 4, 5, 6, 7) ou a quem morreu um filho no período perinatal (2, 8, 9). Noutros trabalhos é discutida a maneira mais adequada de apoiar estes pais (1, 10).

No nosso estudo, procurámos ter a percepção de todo o processo experimentado pelos pais desde a notícia da anomalia até ao final da gravidez. Em 80% dos casos foi o ecografista que ainda durante o exame alertou para a existência de anomalia. Quem deve ser o primeiro a esclarecer a grávida? O ecografista durante o exame? O médico-assistente, seja o obstetra, seja o médico de família?

O obstetra ou o médico de família é o médico escolhido pela família com quem a grávida estabeleceu uma relação de confiança, com quem é mais fácil conversar, perguntar, confiar os medos sem reservas e portanto parece ser o profissional mais adequado.

No entanto, o ecografista deve dizer imediatamente se o exame é normal ou não. Para uma grávida é traumatizante sair sem receios e ser informada da anomalia do seu bebé pela empregada de consultório ou pela leitura do relatório como aconteceu em 5 destes casos. Para além disso, 25% das grávidas contam que ficaram desconfiadas com a atitude do médico durante o exame.

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 53-64

Frases como "Esta máquina não presta; tem de repetir a ecografia na Maternidade", "Há mongolóides na família?" ou atitudes como prolongar o exame sem palavras, foram consideradas sugestivas.

Mesmo com as máquinas mais sofisticadas é difícil afirmar que algum órgão ou estrutura não é normal e entendem-se as atitudes de quem faz a ecografia: chamar outro médico, discutir com o colega ou ter o cuidado de demorar o exame procurando captar melhor as imagens suspeitas. Deve, porém, haver o cuidado de ter imediatamente uma palavra para a grávida.

O ecografista tem de ser cauteloso na informação pois este grupo das anomalias do rim ou das vias urinárias inclui situações tão diferentes e variáveis que podem parecer graves e não o ser, ou parecer sem gravidade e ser causa de grande morbidade pós-natal, não havendo critérios seguros quanto ao prognóstico.

Na generalidade, os pais preferem uma informação inicial optimista a um mau prognóstico que não se confirma (2). O modo como fala e as frases que o médico emprega também são muito importantes. Muitas vezes as grávidas que não estão preparadas para serem mães, sentem-se ainda mais incapazes com a complexidade dos termos técnicos utilizados (11).

Em cerca de um quarto (26.4%) dos casos a informação foi tão vaga como "tem uma dilatação no rim ", e em cerca de outro quarto (27.3%) tão incorrecta como "se for rapaz é grave, se for rapariga a dilatação desaparece". A afirmação é talvez baseada no diagnóstico de válvulas da uretra posterior no sexo masculino, situação sempre de prognóstico reservado. No entanto, um refluxo vesico-ureteral estabelecido precocemente num feto do sexo feminino, também pode ser acompanhado de lesão renal irreversível.

Se a situação é considerada tão grave que vai ser proposta a interrupção da gravidez ou sendo o diagnóstico mais tardio, houver o risco de morte fetal, deve ser oferecido ao casal o apoio de uma equipa multidisciplinar (1). A reunião em grupo evitará à família a percepção das diferenças de opinião dos vários profissionais, cada um dando uma informação diferente ou até a mesma informação por palavras diferentes, o que é sempre factor de confusão.

Quanto aos casos em que seja difícil distinguir entre hidronefrose fisiológica ou dilatação discreta ou que oferecem dúvidas quanto à normalidade, alguns autores acham que nada deve ser dito aos pais porque será provocar uma ansiedade desnecessária. No entanto, como já foi referido é difícil estabelecer estes limites pelo que os pais devem ser informados sem dramatizar a situação e o pediatra que tem a experiência da evolução pós-natal e o médico-assistente da grávida devem estar sempre presentes nesta discussão.

Neste grupo, o pediatra raramente foi chamado durante o primeiro exame. Foi mais frequente o pedido para estar presente mais tarde. É importante salientar que os pais que tinham tido uma consulta de Genética se consideravam bem esclarecidos. Os casos de interrupção da gravidez envolveram sempre o geneticista e a Comissão de Ética da Maternidade.

O nascimento de um bebé com anomalias é a perda súbita do filho que se desejava ou esperava. Irvin descreveu os estadios que os pais vão experimentar sucessivamente, como cho-

*saude
infantil*

1999; 21/2: 53-64

que, recusa da realidade, tristeza, raiva, equilíbrio e reorganização (1, 12). A resposta psicológica ao achado ecográfico de uma anomalia fetal é semelhante nalguns aspectos ao nascimento de um recém-nascido com anomalia, com todos os elementos descritos por Irvin.

Neste estudo, uma grande percentagem de mães referiu ter sentido choque, desorientação, culpa, angústia, pânico e perturbações do sono ou alimentares.

O facto de o diagnóstico ser ecográfico, aumenta a angústia. Após o nascimento, a mãe vê com os seus próprios olhos se a criança é normal ou não, mas na ecografia como não o vê, imagina o pior (11). Quarenta e duas grávidas do nosso estudo contam que viveram o resto da gravidez como um pesadelo sempre a imaginarem uma criança cheia de anomalias.

Numa primeira fase surgem sentimentos de choque e recusa da realidade Os pais interrogam-se incessantemente: Como é que isto nos aconteceu? Como é que pode acontecer com o nosso filho? (11).

A morte de um filho ou o diagnóstico de anomalia congénita vai pôr em causa as suas capacidades de gerarem filhos sãos. Alguns pais sentem culpabilidade (...Já estava à espera porque sou toxicodpendente... ou ...fui submetida a Rx...) enquanto outros projectam a culpa sobre outras pessoas, falando em contágios, medicamentos que lhe teriam sido dados ou revoltando-se contra a qualidade da assistência (2).

A maneira como é vivida a perda ou o nascimento de uma criança com problemas graves vai condicionar toda a reacção psicológica a uma gravidez futura e à maneira de tratar outro filho. À angústia da perda junta-se a incerteza quanto à causa da perda (8).

A dor de uma grávida que sabe que tem dentro de si um feto vivo com anomalias pode ser tão intensa como a de uma morte de um filho. O tempo que medeia entre o diagnóstico e a interrupção da gravidez ou o parto aumenta a incerteza, agravada pela falta de oportunidade de estabelecer a ligação com uma criança visível.

Para além da desorientação, de nada perceberem e tudo parecer grave, sentem-se tratadas como espécimens raros. Ecografias e fotografias repetidas sem qualquer explicação ou a consulta de outros técnicos, ignorando-se a grávida que está em observação.

Todos os profissionais envolvidos dão opinião acerca do diagnóstico, atitude e prognóstico sem estarem de acordo e até fazendo caretas às opiniões dos outros. A grávida sente necessidade de tudo contar e de ouvir o marido, a restante família ou médicos amigos. Todos opinam. E isto aumenta a confusão e a ansiedade.

O diagnóstico de uma anomalia ecográfica num feto vai desencadear uma sequência de atitudes médicas: após a primeira ecografia, a grávida tem uma consulta com o obstetra, repete o exame, é enviada para um centro materno-fetal diferenciado onde faz testes e várias ecografias, o parto é num hospital diferenciado muitas vezes fora do seu meio ambiente, o filho é internado após o nascimento, sujeito a análises, ecografias e finalmente ouve a opinião do pediatra, do nefrologista e do urologista pediatra.

Este tipo de conduta não é o mais correcto nem o melhor. Deve ser proporcionado a cada família, um plano coordenado, orientador e claro quanto ao diagnóstico e prognóstico da anomalia fetal.

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 53-64

Lorenz propõe que a equipa multidisciplinar constituída pelo obstetra, ecografista, geneticista, pediatra, cirurgião-pediatra, psicólogo e assistente social, reúna 24 a 48 horas após o diagnóstico e discuta o caso entre si e com o médico-assistente. Depois de os profissionais estarem esclarecidos e terem chegado a consenso, há uma reunião destes com o casal e a família, e é sempre elaborado um relatório escrito. O casal pode pôr questões a qualquer dos presentes e a reunião deve ser o mais precoce possível, em local privado e sem pressas (1).

O processo do luto é melhor suportado pela presença de outros membros da família (extended family) e pela equipa multidisciplinar (1).

Nos casos de interrupção da gravidez, o luto é mais difícil do que nos casos de morte perinatal. A experiência da grávida é descrita por Bryard: "One day you're pregnant and one day you're not" (7) Não existe um bebé identificado como objecto do desgosto, há maior sensação de culpabilidade por abandono do feto, e menor suporte emocional dos amigos e família (3, 10). A aceitação é mais fácil nos casais em que a gravidez surge após tratamento duma infertilidade, como se já estivessem à espera de que nada corresse bem (8).

É engraçado salientar que os avós tentaram sempre minimizar a situação (...Como são gémeos, um é sempre mais débil... Deve ser engano. Os médicos enganam-se tantas vezes...).

Quando o casal consegue fazer o luto do bebé, à desorientação segue-se uma reorganização e é capaz de ter outro filho. Sentem, então, necessidade de informação acerca da etiologia da anomalia, dos riscos de uma futura gravidez e da possibilidade de diagnóstico pré-natal (3, 4, 13).

Neste grupo, 79 (67.0%) mães confessaram ter receio quanto a uma próxima gravidez, embora sentissem que poderia ser uma compensação para a actual. Em 52 (44.0%) esta era a primeira gestação.

Num estudo holandês, Hunfeld comparou as reacções experimentadas por 55 grávidas logo após a notícia do diagnóstico ecográfico de uma anomalia fetal grave e 3 meses depois do nascimento. A sensação de culpabilidade, a dor, as alterações do sono e alimentares tinham melhorado mas mantinha-se a angústia quanto a uma próxima gravidez (8).

Globalmente, os casais acharam que seria essencial uma informação mais completa, melhor esclarecimento e nos casos de interrupção da gravidez o menor intervalo possível entre o diagnóstico e a actuação médica.

Alguns mostravam, ainda, a agressividade de quem não sentiu ajuda na sua dor: ... Disseram-me que o meu bebé não ia sobreviver e afinal está vivo e bem: se você foi uma das médicas que falou comigo durante a gravidez já lhe digo que lhe roguei uma praga — os seus filhos vão ter problemas de rins! E se já teve filhos, serão os netos!

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 53-64

BIBLIOGRAFIA

1. Lorenz RP, Kuhn MH. Multidisciplinary team counseling for fetal anomalies. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161(2): 263-6.
2. Ramos de Almeida JM, Dias Cordeiro JC. A morte de 100 filhos recém-nascidos. Abordagem psicológica. *Arq MAC* 1979;7: 67-74.
3. Dallaire L, Lortie G, Des Rochers M, Clermont R, Vachon C. Parental reaction and adaptability to the prenatal diagnosis of fetal defect or genetic disease leading to pregnancy interruption. *Prenat Diagn* 1995; 15: 249-59.
4. Drungan A, Greb A, Johnson MP, Kirvchenia EL, Uhlmann WE, Moghissi KS, Evans MI. Determinants of parental decisions to abort for chromosome abnormalities *Prenat Diagn* 1990; 10: 484-90.
5. Kenyon SL, Hackett GA, Campbell S. Termination of pregnancy following diagnosis of fetal malformation: the need for improved follow-up services. *Clin Obstet Gynecol* 1984; 31: 97-100.
6. White-Van Mourik MC, Connor JM, Ferguson-Smith MA. The psychosocial sequelae of a second-trimester termination of pregnancy for fetal abnormality. *Prenat Diagn* 1992; 12: 89-104.
7. Bryard SH. One day you're pregnant and one day you're not: pregnancy interruption for fetal anomalies. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1997; 26(5): 559-66.
8. Hunfeld J, Wladimiroff J, Passchier J, Van Uden M, Frets P, Verhage F. Emotional reactions in women in late pregnancy following the ultrasound diagnosis of a severe or lethal fetal malformation. *Prenat diagn* 1993; 13: 603-1.
9. Seller M, Barnes C, Ross S, Barby T, Cowmeadow P. Grief and mid-trimester fetal loss. *Prenat Diagn* 1993; 13: 341-9.
10. Lilford RJ, Stratton P, Godsil S, Prasad A. A randomised trial of routine versus selective counselling in perinatal bereavement from congenital disease. *Br J Obstet Gynecol* 1994; 101: 291-6.
11. Botelho TM, Machado MC. Reações dos pais a um recém-nascido doente. *Saúde Infantil* 1995; 18: 61-5.
12. Irvin NA, Kennell JH, Klaus MH. Caring for the parents of an infant with congenital malformation. In: Klaus MH and Kennell JH *Parent-infant bonding*. 2nd ed. St Louis: CV Mosby, 1982.
13. Black RB. Prenatal diagnosis and fetal loss: psychosocial consequences and professional responsibilities. *Am J Med Genet* 1990; 35: 586-7.

Correspondência: Maria do Céu Machado
Departamento de Pediatria
Hospital Fernando Fonseca
IC 19 2700 Amadora

*saúde
infantil*
1999; 21/2: 53-64



Quistos Renais Simples na Criança

Incidência: Os quistos renais simples (QRS) são muito frequentes em adultos, podendo afectar até 50% dos indivíduos com idade superior a 50 anos. Na criança são muito menos comuns, com uma incidência calculada de 1 em cada 450 crianças.

Idade de diagnóstico: podem observar-se em qualquer idade, mesmo no período neonatal.

Número de quistos: na maioria dos casos trata-se de um quisto único, mas poderão ser mais do que um.

Localização: em qualquer zona do rim; mais frequentes no polo superior do rim direito; uni ou bilaterais.

Dimensões: os maiores diâmetros são muito variáveis, desde alguns milímetros a muitos centímetros; só excepcionalmente são suficientemente volumosos para serem palpáveis; as dimensões não têm relação com a idade.

Patogenia: admite-se que são quistos de retenção (por obstrução de túbulos renais por isquémia ou inflamação focal - por exemplo, após pielonefrite) ou divertículos caliciais que perderam a comunicação com o sistema colector. A hipertensão arterial (HTA) por vezes observada, poderá resultar duma isquémia localizada, com consequente aumento de produção de renina.

Clínica: geralmente são assintomáticos, sendo descobertos acidentalmente por ecografia pedida por outro motivo; ocasionalmente poderão provocar dor abdominal ou dor no flanco, hematúria, HTA, efeito massa (se quistos de grande volume) e poderão complicar-se com infecção, hemorragia ou rotura espontânea.

Diagnóstico: assenta em **critérios ecográficos:**

- quistos uniloculares
- forma esférica ou ovóide
- definição nítida — contorno bem definido (regular ou ligeiramente irregular)
- paredes finas (podem tornar-se espessas se infecção)
- não continuidade com o sistema colector (por vezes difícil de avaliar)
- ausência de ecos internos (anecogénico) — o conteúdo é homogéneo
- restante parênquima renal normal

A presença de septos intra-quísticos, de contornos irregulares ou espessados ou com calcificações, de conteúdo não homogêneo ou ecos intra-quísticos, dum parênquima renal circundante alterado, são característicos dos quistos **complexos ou complicados**.

Diagnóstico diferencial: só muito raramente poderão existir dúvidas com qualquer uma das seguintes situações: divertículo calicial, displasia renal multiquística, hidronefrose, abscesso renal, hematoma renal, tumor quístico (T. Wilms, neuroblastoma ou carcinoma renal).

Evolução/prognóstico: menos de 10% aumentarão de dimensões.

Tratamento: após ser assegurado o diagnóstico de QRS, nos casos assintomáticos está recomendado uma atitude conservadora (mais de 95% dos casos). Nos casos sintomáticos (HTA, massa palpável, abscesso, etc.) a atitude será em função da mesma. Só excepcionalmente estará indicado a drenagem e/ou a excisão (5%).

Vigilância: controle regular da tensão arterial e despiste de hematuria com tiras reagentes (por exemplo duas vezes por ano); controle das dimensões do(s) quisto(s) (por exemplo, ecografia renal bianual no primeiro ano, e depois ir espaçando), tendo sempre em conta que os quistos aumentam de dimensões em menos de 10% dos casos.

saúde
infantil

1999; 21/2: 65-68

Doença Poliquística Renal Dominante (tipo adulto)

Incidência: calcula-se que afecte 1 em cada 500 a 1.000 adultos.

Hereditariedade: é uma doença *autossómica dominante* em que já estão identificados três genes; não é raro diagnosticar-se primeiro numa criança ou num adolescente e, só depois, nos familiares (formas ligeiras, que passaram despercebidas); em 5% dos casos tratam-se de novas mutações e, daí, não existir história familiar (prévia).

Risco de doença numa criança se um dos pais tiver Doença Poliquística Renal Dominante (DPRD): 50%.

Localização/Dimensões: é uma doença quística difusa, em regra bilateral, com envolvimento do córtex e da medula, com quistos de dimensões variáveis, desde poucos milímetros a alguns centímetros de diâmetro.

São frequentes as **manifestações extra-renais**, especialmente em adultos:

- *quistos hepáticos, esplênicos, pancreáticos, do ovário e pulmonares* — mais de um terço dos casos, com uma distribuição focal ou irregular;
- *aneurismas cerebrais* — exemplos aneurismas do polígono de Willis — em 10 a 40% dos adultos; raro nas crianças; têm maior prevalência nalgumas famílias;
- maior probabilidade de *valvulopatias, de enfarte do miocárdio, de divertículos do cólon e hérnias*.

Início da doença: até há uns anos atrás, na maioria dos casos de DPRD, os quistos eram diagnosticados na 4ª ou 5ª décadas da vida; com a generalização da ecografia, os novos

diagnósticos são cada vez mais precoces, muitos já em idades pediátricas e, nalguns casos, pode ser mesmo pré-natal.

Clínica: embora os sinais e sintomas possam surgir em qualquer idade, em regra só surtem na vida adulta (entre os 30 e os 50 anos de idade):

- dor abdominal ou no flanco, rins palpáveis, hipertensão arterial (HTA) — a HTA é uma das manifestações mais precoces, ocorrendo em cerca de 30% das crianças afectadas;
- hematúria, litíase, infecção urinária (pielonefrite), insuficiência renal crónica (IRC), anemia, doenças crónicas;
- sinais precoces eventuais: isostenúria (densidades urinárias entre 1.010 a 1.012) por incapacidade de concentrar a urina, hematúria e/ou proteínúria ligeiras.
- quanto mais precoce for a clínica, tanto mais severa será a doença; no período neonatal poderá cursar com HTA, rins palpáveis, etc., não se distinguindo da Doença Poliquística Renal Recessiva (DPRR).

Diagnóstico: a ecografia renal é o exame complementar por excelência: rins aumentados de volume, quistos de dimensões variáveis e de distribuição difusa, perda da diferenciação córtico-medular.

Enquanto não se generalizarem os estudos de genética molecular, já disponíveis, a **história familiar** é fundamental para a caracterização do tipo de doença poliquística renal.

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 65-68

Diagnóstico diferencial:

1. *Doença Poliquística Renal Recessiva (DPRR) (infantil)* — mais rara (incidência entre 1 para 10.000 a 1 para 40.000); em regra o diagnóstico é mais precoce, a maioria no primeiro ano de vida (rins palpáveis, presença de HTA (>60%), pielonefrite intercorrente, atraso de crescimento, hepatomegália, esplenomegália); na ecografia observam-se rins aumentados de volume com quistos difusos e com má diferenciação córtico-medular; o prognóstico é mais grave, com evolução frequente e precoce para IRC; a **fibrose hepática**, com ou sem hepatomegália, é um achado constante (com ou sem hipertensão portal); nos casos diagnosticados para além do primeiro ano de vida, a fibrose hepática e suas complicações poderão ser responsáveis pelas manifestações clínicas mais exuberantes; para o diagnóstico de DPRR é obrigatório que nenhum dos pais esteja afectado.
2. *Nefronotise Juvenil* — muito rara (incidência 1/50.000); doença autossómica recessiva; clínica com início na idade escolar: poliúria, polidipsia, anemia, atraso de crescimento; evolução para IRC já na 2ª década da vida; na ecografia os rins tendem a ter dimensões mais pequenas que o normal, os quistos têm localização sobretudo córtico-medular e verifica-se a perda da diferenciação córtico-medular.
3. *Doença Quística Medular Dominante* — doença autossómica dominante, ainda mais rara (incidência 1/100.000); os rins tendem a ser mais pequenos e os quistos a terem localização córtico-medular; é frequente a hiperuricémia e a artrite gotosa; evolução para IRC com início da 2ª à 6ª décadas da vida;

4. *Esclerose Tuberosa* — doença autossômica dominante, de penetração variável, caracterizada por atraso de desenvolvimento psicomotor, epilepsia, manchas cutâneas acrómicas, e adenomas sebáceos; 20% dos casos têm também doença poliquística renal.
5. *Doença de Von Hippel-Lindau* — doença neuro-cutânea autossômica dominante, cujas principais manifestações são: hemangioblastoma do cerebelo, angiomas da retina (20%), quistos — renais (76%), do pâncreas (50%), epidídimo — feocromocitoma (7%) e risco muito aumentado de tumores (renais ou outros) a partir da 4ª década da vida.
6. *Síndrome de Laurence-Moon-Bardet-Biedl* — doença autossômica recessiva, caracterizada por obesidade, polidactilia, atraso mental, retinite pigmentar; histologicamente simula a *Nefronotise*.
7. *Displasia Renal Multiquistica*: tipicamente unilateral; caracteriza-se por múltiplos quistos não comunicantes, de tamanho variável, que substituem completamente o parênquima renal; o rim afectado não tem qualquer função.

Plano / Vigilância:

1. da tensão arterial (TA) (1 a 2 vezes por ano) e esporadicamente da função renal (ureia, creatinina e sumária tipo II); o diagnóstico precoce da HTA e o seu controle são fundamentais na prevenção da deterioração da função renal.
2. controle das dimensões dos quistos renais e de eventual envolvimento de outros órgãos (realizando, por exemplo, ecografia abdominal de 2 em 2 anos);
3. procurar eventuais complicações: infecção urinária, HTA, litíase renal, IRC;
4. procurar manifestações extra-renais, sempre em função da clínica e da história familiar;
5. investigar os familiares não estudados (três gerações).

Tratamento: o das complicações — pielonefrite, HTA, insuficiência renal crónica (IRC), etc.

Prognóstico: é muito variável — de família para família, em função da idade e do envolvimento renal; é uma doença grave nos casos de diagnóstico neonatal; para além desta idade, quando a doença é detectada por ecografia de rotina, mais de 80% das crianças manterão uma função renal normal durante a infância; a DPRD representa 6% do total das IRC, mas é a 3ª causa de IRC iniciada na vida adulta; em regra a IRC manifesta-se nas 5ª e 6ª décadas da vida.

Manuel Salgado, Clara Gomes
Consulta Externa de Medicina

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 65-68

BICHOS CARPINTEIROS NORMALIZADOS

As potencialidades da criança desabrocham normalmente condicionadas por vários tipos de baias; destaco duas: físicas e morais.

O ambiente físico tem vindo a ser drasticamente limitado – urbanização concentrada, ruas sem passeios, bairros sem largos nem jardins, casas sem pátios, habitações com poucas e acanhadas divisões.

A criança tem necessidade de "espaço vital" para ensaiar os primeiros passos, para avaliar as potencialidades, para tentar os limites. Com espaço coarctado, todas sofrem; sofrem mais as mais traquinas (10%?), as que nunca estão quietas – as que têm "bichos carpinteiros".

As normas de comportamento de há uns anos eram sólidas; era claro e consensual o que era (ou não era) permitido. Todos os adultos, pais, professores e mesmo os avós, se regiam pelo mesmo quadro de valores (se bem que os avós as interpretassem dum modo mais tolerante). As crianças tinham referências seguras: aprendiam, por experiência própria, que não valia a pena tentar atravessar a parede – havia que utilizar a porta; que a birra não resultava, tinha mesmo riscos de "efeitos colaterais" desagradáveis.

Actualmente, enquanto o espaço físico da criança se constrange, o quadro moral relaxa-se; a criança sente que, contraditoriamente, tudo lhe é permitido num espaço físico cada vez mais limitado. Aumentou a permissividade mas diminuiu a tolerância. Os pais não têm tempo, os professores sapiência, os avós paciência; as escolas não têm recreio, as casas não têm horizonte. À noite não se vêem as estrelas. As histórias, que sempre lhe despertaram a imaginação, mantinham-se no limite do fantástico – Era uma vez... Agora o fantástico é possível, passa na TV.

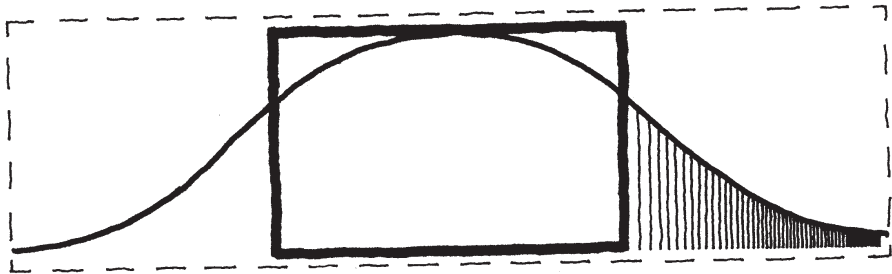
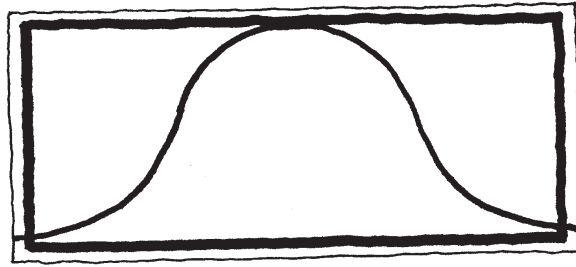
As (5 a 10%) crianças com "bichos carpinteiros" foram rotulados pela Academia Americana de Psiquiatria como "sofrendo" de "defeitos de atenção e hiperactividade".

Cinco por cento é o extremo-limite da distribuição normal de valores biológicos; por arbítrio, consideramo-los "anormais", o que leva à tentação de "normalizar", como os parafusos ou a fruta.

Quando não for rendível produzir sapatos grandes propor-se-á cortar o dedo grande? "Ritalina" para os pés ou "Prozac" para os sapatos?

Torce-se o pepino, enquanto é pequenino, em vez de "o levar ao céu..."

H. Carmona da Mota



*saúde
infantil*

1999; 21/2: 69-70

Figura de Carlos Alberto Ferrão

Figura: Baías físicas a traço grosso; baías morais a traço fino, actualmente tracejado. O passado acima; o presente em baixo.

A distribuição da actividade física (e da atenção) é descrita pela curva Gaussiana, actualmente muito distendida. Tanto mais se desadaptam as baías físicas das morais, tanto mais preocupantes os "defeitos de atenção e hiperactividade" das crianças.

"Eu ando na 1ª classe... estamos 20 rapazes. O Gonçalo é de todos o mais travesso. Não há maneira de o conter em sossego. Raras vezes está atento... O senhor professor sofre-lhe tudo com grande paciência. Às vezes sente-se arreliado com as suas exageradas traquinices, mas não o castiga; diz que o Gonçalo é um... anormal!"

Domingos Cerqueira. Cartilha Escolar, Porto, Lello e Irmão, 1926.



INFECÇÃO POR VIRUS EPSTEIN-BARR E QUADRO DE OCLUSÃO INTESTINAL ...

Luísa Macieira¹, Graça Rocha³, Manuel Ramos², Luís Lemos⁴

RESUMO

Os autores descrevem um caso clínico de uma criança do sexo masculino, 23 meses de idade com *situs inversus* completo que se apresenta com um quadro de adenopatias cervicais e retro-auriculares exuberantes com evolução de 10 dias e febre com início há 5 dias. Não apresentava esplenomegalia e a orofaringe era normal. A investigação laboratorial mostrou leucocitose de 58.000/ml com 80% de linfócitos e as serologias mostraram uma infecção recente por Epstein Barr. Durante a evolução surge um quadro de oclusão intestinal cuja etiologia foi esclarecida pela laparotomia exploradora, tratando-se de uma hérnia diafragmática à direita contendo epiplon, ceco e baço. A evolução foi favorável tendo alta clínica ao 6^o mês, clinicamente assintomático apresentando parâmetros hematológicos normais.

Palavras-chave: adenopatias, vírus Epstein Barr, oclusão intestinal, hérnia diafragmática.

SUMMARY

The authors present the case of a 23 month old boy with complete *situs inversus* who presented with a 10 day old history of cervical and preauricular adenopathy as well as 5 days of fever. There was no splenomegaly or recent history of Upper Respiratory Tract infections. Analytically he had a leucocytosis (58000/ml) with a predominance of lymphocytes (80%). EBV serology was compatible with recent EB infection. In the course of the disease he presented with signs suggestive of intestinal obstruction. Laparotomy showed a right diaphragmatic hernia composed of mesentery, caecum and spleen.

Follow up showed normalisation of the haematological parameters. He was considered clinically cured by 6 months.

Keywords: adenopathy, Epstein Barr virus, intestinal obstruction, diaphragmatic hernia.

1 Interna de Pediatria 2 Assistente de Cirurgia Pediátrica 3 Assistente Graduada de Pediatria
4 Director do Serviço de Urgência — Serviços de Urgência e Cirurgia do Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução

A infecção por EB ocorre na maioria dos casos até à adolescência, (70 a 80% apresentam seropositividade para este vírus nesta altura). A transmissão do vírus é na maioria dos casos feita através dos contactos interpessoais, nomeadamente pelas gotas de saliva. O vírus Epstein Barr é um vírus pertencente ao grupo dos Herpes vírus, cujo único portador é o homem. A clínica da infecção por EB pode variar desde uma forma assintomática a uma forma grave. A forma mais frequente de apresentação é de uma mononucleose infecciosa. Esta manifesta-se habitualmente por febre, exudato faríngeo, linfadenopatias, hepatoesplenomegalia e linfocitose atípica.^{1,2,3}

Discute-se o papel como agente etiológico do Epstein Barr em duas importantes patologias: o linfoma de Burkitt (maior incidência na África Central) e o carcinoma na orofaringe (observado no Sudoeste Asiático).³

Existem casos descritos de encefalite, meningite e quadros de Guillain Barré pós infecção por EB.^{1,2,4,5}

Os testes serológicos específicos para o EB dão-nos o diagnóstico de infecção recente através da presença de anticorpos (IGM) elaborados contra os antígenos da cápside. Estes deixam de ser detectados no sangue passadas poucas semanas, aparecendo anticorpos do tipo IgG (VCA IgG) que permanecem no organismo toda a vida. Os anticorpos antinucleares aparecem tardiamente (EBNA IgG), não sendo marcadores de infecção recente.^{1,2,3,4,5}

Apresentamos um caso em que a serologia teve um papel fundamental no diagnóstico da infecção por EB, cuja evolução foi favorável, mas arrastada. No seu decurso foi feito o diagnóstico de um quadro oclusivo intestinal, cuja etiologia foi uma hérnia diafragmática direita não diagnosticada até esse momento.

Caso Clínico

L.H.M- 23 meses, sexo masculino com *situs inversus* completo, caucasiano recorre á urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra (HPC), com um quadro de febre com 5 dias de evolução e adenopatias exuberantes retroauriculares e cervicais desde há 10 dias.

Antecedentes Pessoais: IG,IP. Boa adaptação ao meio extra uterino. *Situs inversus* completo.

Antecedentes familiares: Ausência de doença.

Ao exame objectivo, crescimento e desenvolvimento adequados. Um pouco choroso, sem febre e com razoável estado geral. Era evidente um conglomerado de adenopatias retroauriculares e cervicais anteriores, duras móveis e dolorosas. Dimensões 3cm por 4,5 cm de diâmetro. Orofaringe sem alterações.

Fígado palpavel 2,5 cm arc esq. Consistência dura. Sem esplenomegalia, restante exame sem alterações.

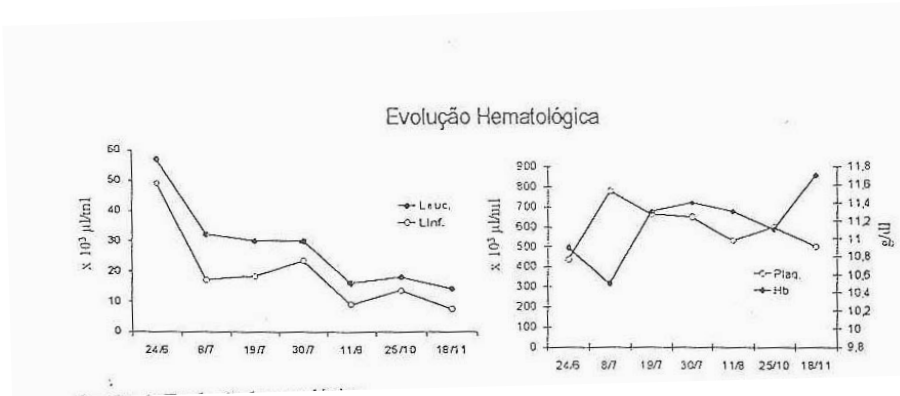
Colocadas as hipóteses de 1-infecção viral, 2-adenite bacteriana, foram realizados os seguintes exames: hemograma: Hb 10,5 gr/dl; Leucócitos 58.000/ul sendo 80% linfócitos;

saúde
infantil

1999; 21/2: 71-75

450.000/ul plaquetas. esfregaço de sangue periférico com linfócitos activados e mononucleares atípicos. Proteína C reactiva-negativa; hemocultura negativa. Serologias para o CMV(citomegalovírus), Toxoplasma e EBV.

Avaliações repetidas no HPC mostravam persistência das adenopatias e linfocitose na ausência de hepatoesplenomegalia,(quadro 1) o que nos levou a efectuar o estudo das populações linfocitárias para exclusão de eventual síndrome linfoproliferativo. A determinação do fenótipo imunológico mostrou proliferação policlonal de linfócitos B, sugestivo de linfocitose reactiva. A serologia para EBV revelou infecção recente – quadro 2.



Quadro 1– Evolução hematológica.

Dias de Doença	D 10	D 24	D 35	D 46	D57	D 132	D 156
	24/6	18/7	19/7	30/7	11/8	25/10	18/11
IgM (AU/ml)	Neg.	Neg.	49.8	65	81.5	41	46
VCA IgG (AU/ml)	Neg.	100	174.7	216	198	261	304
EBNAIgG (AU/ml)	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.	33.1	41

Quadro 2– Serologias do virus Epstein Barr.

No quinto mês de doença ainda com o quadro de adenopatias cervicais exuberantes surge com vômitos biliosos agravamento do estado geral, dores abdominais com trânsito intestinal mantido. É internado. Foi realizada radiografia abdominal que não revelou níveis hidro-aéreos. Em dois dias assistiu-se a agravamento clínico, com persistência do quadro abdominal. Tendo tido uma pequena dejeção após estimulação, mantinha-se apirético e

saúde infantil

1999; 21/2: 71-75

sem tosse, havendo noção de diminuição do murmúrio vesicular à direita. A radiografia do tórax mostrou imagem sugestiva de condensação à direita (Fig.1) e a eco abdominal mostrou ausência de adenopatias abdominais e lâmina de derrame à direita (Fig.2), pelo que se colocou hipótese de pneumonia. Assistiu-se a rápido agravamento do estado geral da criança e distensão abdominal, pelo que repetiu Rx abdominal sendo visíveis então níveis hidro-aéreos e ausência de ar nos quadrantes inferiores. Realizou trânsito intestinal baixo, sugestivo de oclusão intestinal do ileon terminal. Fez laparotomia exploradora que evidenciou hérnia diafragmática à direita contendo epiplon, ileon terminal ceco e baço. O pós-operatório decorreu sem intercorrências tendo alta cirúrgica cinco dias após a intervenção. Cerca de um mês depois (6º mês de doença), estava clinicamente bem, com regressão total das adenopatias e com presença de anticorpos VCA IgG e EBNA IgG.

saúde infantil

1999; 21/2: 71-75

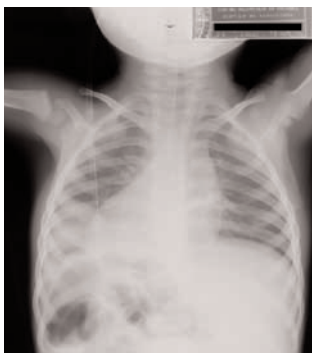


Figura 1 — Imagem sugestiva de condensação à direita.

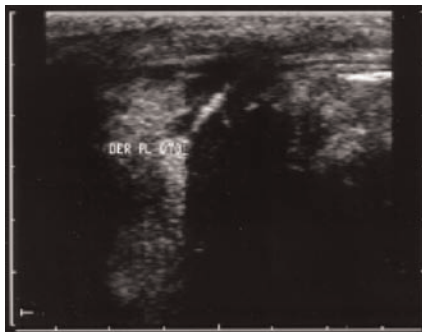


Figura 2 — Ausência de adenopatias abdominais. Lâmina de derrame pleural à direita.

Discussão

A maioria dos casos de infecção por EB abaixo dos dois anos de idade é assintomática. No caso que apresentamos surge de forma sintomática, embora não apresentando a clínica respiratória de alteração da orofaringe, e esplenomegalia a qual está presente em 50% das infecções por EB.1,3,6 No nosso caso também nunca houve exantema. As adenopatias cervicais e retro-auriculares são frequentes, embora não tão exuberantes nem persistindo por período tão longo, como no descrito no qual persistiram cerca de 6 meses. A hepatomegalia manteve-se só durante 1 mês .

A leucocitose acima de 40 000 /ul não é frequente. Na nossa criança era quase de 60 000/ul leucócitos com predomínio de linfócitos - 80%. O esfregaço de sangue periférico (ESP) mostrou linfócitos activados e mononucleares atípicos, compatível com síndrome mononucleosico.

A possibilidade de estudo do fenótipo imunológico neste caso mostrou proliferação policlonal de linfócitos B sugerindo linfocitose reactiva tendo contribuído para fazer diagnóstico diferencial com síndrome linfoproliferativa.

As serologias evidenciaram infecção recente por EB ao serem identificados anticorpos específicos para os antígenos da capsíde viral do tipo IGM. Estes permanecem pouco tempo no organismo (2-3 meses), aparecendo anticorpos do tipo IgG contra esses mesmos antígenos (VCA IgG) que persistem para sempre no organismo. Numa fase tardia da infecção podem ainda ser identificados, tal como no nosso caso, anticorpos específicos contra antígenos nucleares do Epstein-Barr sendo estes anticorpos os últimos a aparecerem reflectindo infecção prévia .1,2,3,4,7

Não havendo tratamento específico para a infecção pelo vírus Epstein-Barr recorre-se a tratamento meramente sintomático. Na literatura existem pequenas séries onde foram efectuados tratamentos de curta duração (10-14 dias) com corticóide nos casos que apresentavam edema faringoamigdalino ou na hepatite, ausente neste caso. O aciclovir é por vezes também usado embora só em casos seleccionados.1,2,3,7 No caso apresentado o tratamento consistiu na vigilância clínica e laboratorial e no tratamento de uma intercorrência, quadro de oclusão intestinal devido a hérnia diafragmática á direita.. Esta entidade é diagnosticada na maioria dos casos precocemente, grande número no período neonatal e raramente após os 12 meses.

A evolução foi favorável, o último controlo foi realizado seis meses após o início dos sintomas.

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 71-75

BIBLIOGRAFIA

- 1 Behrman, RE – Nelson Textbook of Pediatrics. WB Saunders Company, 14th edition. Philadelphia, 1992.
- 2 Pita Gros Dias – Temas de Infecciologia Pediátrica. Glaxo Farmacêutica, Lda. 2ª edição. Lisboa pg: 173-189.
- 3 Comité de Enfermedades Infecciosas, Academia Americana de Pediatría –Livro rojo de 1994: informe del comité de enfermedades infecciosas. American Academy of Pediatrics. 23 edition. Barcelona, pg: 329-331
- 4 Durbin, WA; Sulliva, JL – Epstein –Barr virus infection. Pediatrics in Review, 1994, 15(2): 63-68.
- 5 Alpert, G; Fleisher, GR-Complications of infection with Epstein Barr virus during childhood: a study of children admitted to the hospital. Pediatr Infect Dis, 1984; 3: 304-310
- 6 Conceição Quintas e Col.- Infecção por Epstein Barr apresentação atípica caso clínico. Revista Portuguesa de Doenças Infecciosas, 1997; 3: 191-193
- 7 G. Verger Garau – Enfermedades Infeccisas, Ediciones Doyma 1989; 43: 329-333



O NOVO HOSPITAL PEDIATRICO

— CARTA AO LEITOR PODEROSO

Charles Silberman, um médico da Agência para os Cuidados de Saúde e Investigação de Rocville, escrevia há pouco que existe um enorme fosso entre o modo como os médicos pensam sobre a doença e o modo como a vivem — um fosso que só é descoberto quando ficam, eles mesmos, gravemente doentes. Rosenbaum, um reumatologista autor do livro *The doctor*, escreveu: "Foi só nessa altura que aprendi que o médico e o doente não estão no mesmo filme. O ponto de vista é inteiramente diferente quando se está à cabeceira da cama do que quando se está deitado nela". "Pratiquei medicina 50 anos antes de me ter tornado um doente", disse Rosenbaum.

Sem ter ainda tido o tempo suficiente para o exercício da medicina ou para uma doença suficientemente grave (que me desse o ponto de vista do doente) vou tentar apesar de tudo explicar que tipo de hospital julgamos adequado para as nossas crianças.

Os estados gastam cada vez mais dinheiro com a saúde, a evolução dos meios de diagnóstico e de tratamento são notáveis e apesar disso a insatisfação dos utentes não deixa de se manifestar. Esta insatisfação relativamente às necessidades e expectativas persiste, mesmo quando aspectos tão importantes como a carência de recursos, a má administração e a incompetência são ultrapassados.

Uma das causas é que as necessidades dos doentes são definidas pelos médicos sem ter em linha de conta os valores e preferências dos doentes. Para o médico, a doença é um processo patológico; para o doente, um processo que modifica e aterroriza a existência. O médico mede a qualidade da sua intervenção por processos fisiológicos, o doente pelo impacto na sua qualidade de vida. O médico confia em factores de prognósti-



Crianças vadias nos calabouços do Governo Civil de Lisboa (1900-1910) in Joaquim Vieira, Portugal Séc. XX, Circulo de Leitores.

co intermediários como a pressão arterial, as glicemias, a proteinemia, as dimensões do tumor; o doente vive num mundo onde a alegria, a capacidade para amar, o medo, o pânico, a dor — resumindo, as qualidades distintivas do ser humano — fazem muito mais sentido.

Na medicina actual a compreensão do verdadeiro problema do doente e a informação relativamente às opções terapêuticas são uma exigência. Esta exigência implica uma forma de comunicação entre os doentes e os prestadores de cuidados que permita ao doente exprimir-se abertamente e sem interrupções, aperceber-se dos tratamentos propostos, da sua eficácia relativamente aos sintomas/sinais que constituem a sua queixa individual, os efeitos adversos esperados e sua probabilidade. Prestar a devida atenção às necessidades e sentimentos do doente, no dizer de Oliver Sacks, ou ser atento e empático não como um adorno de alma ou virtude moral mas como pré-requisito ao trabalho científico (Engel).

Esta ênfase na comunicação encontra maior justificação no caso da criança — quando o mediador são os pais — e no adolescente, pelas naturais dificuldades deste período da vida.

Em Pediatria, a filosofia do que chamamos *empowerment* revelou-se há muito uma necessidade absoluta e impregnou a Pediatria do Desenvolvimento, a Pediatria Social, a Pediatria Comunitária. Através dela se realiza a noção fundamental de que os pais são portadores de estratégias espontâneas relativamente aos problemas dos seus filhos, capazes de serem descobertas em ambiente próprio e adequadas e potencializadas pelo pessoal encarregado dos cuidados. Esta aliança entre a família e os prestadores de cuidados de saúde, centrada na criança, é fulcral para o desenvolvimento, e no caso de doença ou disfunção, para o restabelecimento.

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 77-82

Ao longo destes anos tornou-se evidente que a hospitalização deve ser o último recurso na abordagem terapêutica, só e apenas quando não há garantias de se conseguirem os mesmos resultados no domicílio. Esse princípio realiza-se através de um ambulatório activo (inexistente), de uma *interface* Hospital/Centro de Saúde/Recursos da comunidade (embrionária). A resposta hospitalar a esta questão faz-se pela UICD (Unidade de Internamento de Curta Duração), de que o HP foi pioneiro e existe, hoje, em todos os serviços de Pediatria do país.

Por outro lado uma nova morbilidade surgiu: as crianças sobreviventes nascidas com muito baixo peso, as crianças com patologia oncológica, doenças genéticas e malformativas, com doenças neuromusculares, as crianças com problemas graves do desenvolvimento, as crianças vítimas de maus tratos, as sobreviventes de TCE grave. Estas crianças, actualmente em larga maioria nas enfermarias dos hospitais e serviços pediátricos, colocam um imenso desafio à sociedade. Ao contrário da criança saudável, que adoecia com um problema infeccioso e ia ao hospital para um breve recobro, estas crianças necessitam de internamentos repetidos e prolongados, de avaliação e tratamento por uma multiplicidade de prestadores de cuidados diferenciados.

Como possibilitar longos internamentos sem interromper a escolaridade, as aprendizagens, a ligação aos pais e à família? Sem agravar a fractura que a doença instalou na personalidade, no desenvolvimento, no crescimento, na auto-imagem? Como estabelecer planos de

cuidados envolvendo de modo coerente vários técnicos? Como fornecer informação adequada? Como apoiar a família?

Estas longas trajectórias de doença vieram ajudar à construção de um novo paradigma de cuidados hospitalares:

Adequado — compreendendo as modificações na composição social, a transformação do hospital de agudos em hospital de crianças com uma trajectória complexa de doença; intersectorial e multidisciplinar.

Científico — integrando a Medicina Baseada na Evidência, isto é, uma abordagem do processo de decisões em que se utiliza a melhor evidência disponível para decidir que opção é a mais adequada para o doente (incluindo os seguintes cálculos que devem ser fornecidos à família para possibilitar a escolha informada: a probabilidade de que o doente dela beneficie; a amplitude do benefício; a probabilidade de que o doente sofra efeitos adversos do tratamento; a amplitude dos efeitos adversos).

Rigoroso — avaliando permanentemente a qualidade.

Aberto ao exterior e aos outros níveis de cuidados, ao voluntariado, às associações de pais e de amigos, à comunidade, às autarquias.

Democrático — informando e permitindo a participação dos prestadores de cuidados, das famílias e dos utentes.

Entusiasta — envolvendo todos, participando no ensino e na investigação.

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 77-82

O Departamento de Formação Contínua e as escolas fizeram uma exposição sobre os Hospitais. Que concluímos dos desenhos das crianças?

As crianças representam o Hospital como um enorme edifício, de vários andares, dominando completamente a paisagem — em alguns casos inexistente. Um edifício monstruoso, penitenciário, monocromático. Se alguma coisa é visível do interior são camas, muitas camas, empilhadas ou juntas, deixando pouco espaço entre elas. Uma delas preocupou-se em desenhar uma porta lateral com a legenda "Saída de Emergência", como se se tratasse de um pesadelo ao qual haveria de assegurar um final feliz.



O Hospital-presídio num desenho infantil.

Exposição «As Crianças e o Hospital», org. Departamento Formação Contínua do Hospital Pediátrico, Coimbra 1999.

É um verdadeiro festival de seringas. Seringas em braços estendidos, inquietantes seringas voadoras, vindas de todas as direcções.

As crianças têm do Hospital a mesma visão dos grandes construtores de elefantes brancos, que por todo o mundo construíram esses templos, cada vez mais altos, labirínticos e ingovernáveis, onde o cidadão prostrado entrega a roupa (o espólio), o nome e se entrega ao poder e à boa vontade dos doutores.

O HP que nós queremos é diferente. Queremos deste conservar as árvores, o lago com os peixes, o aspecto de casa comum, habitável. Que tenha espaço para receber as crianças e as famílias. Espaço para conversar.

É preciso regressar à utopia desse francês do século XIX que escreveu *O Elogio da Preguiça*, Lafargue de seu nome. O novo HP vai ter espaço para o tempo. Tempo para ouvir. Mais vagar. Devagar. Tempo para a atenção — um sítio onde se virá verdadeiramente para ver a atenção. Para ouvir e ver e tocar como fazem as crianças, as mães e os que se amam. Espaço para dar notícias. Espaço para brincar. Para aprender. Para estudar. Para comer. Para descansar.

Para chorar — a inconsolável dor da morte de um filho.

Para investigar. Para pensar.

Um lugar sem dor (o hospital sem picas que as equipas da dor perseguem, nas suas múltiplas abordagens, farmacológicas ou não).

(Esta utopia é, no entanto, indissociável da reivindicação dos direitos da criança hospitalizada que todos aparentemente aceitam e celebram. Como defender o direito das mães acompanharem os filhos no internamento sem lhes assegurar instalações condignas?)

Encontram-se por cumprir o Relatório Platt 1954 (45 anos de trabalho que não deram para entender), a Carta Europeia da Criança Hospitalizada, resolução aprovada pelo Parlamento Europeu em 1984 (15 anos de trabalho que não deram para entender), a Convenção dos Direitos da Criança a que o Estado Português aderiu em 1989 com os compromissos inerentes (10 anos de trabalho que não deram para entender).

As ideias-chave sobre a saúde infantil são:

1. Fornecer cuidados de saúde integrados, a todos os indivíduos até aos 18 anos.
2. Reconhecer a competência da Pediatria Comunitária e treinar imediatamente pediatras comunitários para 180 lugares a criar em todo o país.
3. Levar à prática o princípio de que todas as crianças e adolescentes devem beneficiar de um ambiente pediátrico (espaço, instalações, mobiliário, pessoal com treino apropriado). Organizar a carta hospitalar nacional, de forma a que os serviços e departamentos forneçam os cuidados adequados às crianças e adolescentes.
4. Treinar profissionais em Pediatria da Adolescência e organizar serviços para este grupo etário no hospital e na comunidade.
5. Legalizar e estruturar as subespecialidades pediátricas.

saúde
infantil

1999; 21/2: 77-82

6. Integrar e assegurar a continuidade de cuidados a crianças e adolescentes com doenças crónicas, prolongadas, através da implementação de Centros de Desenvolvimento a nível regional e distrital.
7. Promover a interacção entre os diferentes níveis de cuidados e entre a saúde e outros serviços.
8. Desenvolver um Programa Nacional para a Prevenção dos Acidentes.
9. Organizar os cuidados de Enfermagem Pediátrica no hospital e na comunidade.

Estamos de acordo com estes objectivos? São, resumidas, as ideias-chave do Relatório da Comissão Nacional de Saúde da Mulher e da Criança aprovados pelo Secretário de Estado da Saúde em... 1993.

Nestes seis anos e meio o mundo acelerou notavelmente.

Mudou o mapa do mais velho dos continentes, a Europa (nenhum atlas de 1993 serve nos dias de hoje e se o usássemos como estudante ou turista, homem de negócios ou diplomata, as consequências poderiam ser terríveis). O Relatório de 93 continua actual.

Mudaram os intérpretes. Não há nenhum chefe de estado ou ministro da saúde de 1993 que tenha sobrevivido politicamente. O Relatório de 93 continua actual.

Mudou a linguagem: as crónicas de 1993, as análises políticas de 1993, a música dos concertos e das discotecas. O Relatório de 93 continua actual.

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 77-82

Os adolescentes continuam sem serviços e o que é mais grave, sem profissionais de referência. É urgente começar por qualquer lado. Se as camas são pequenas, alonguem-se; se não há privacidade, ponham-se cortinas; se não cabem nas portas, deitem-se as portas abaixo; se não há salas de espera, mudem-se as horas das consultas. Começemos por nós. Demos aos adolescentes o estatuto de refugiado — eles não o enjeitarão totalmente! Há sempre instalações para um refugiado, sempre um cantinho no nosso coração.

Os Centros de Desenvolvimento, prioridade do programa de governo de 1998, não foram instalados. Mas a rede criada nos últimos anos, envolvendo professores, educadores, serviço social, psicólogos, fisiatras e outros terapeutas, os Programas de Intervenção Precoce que se desenvolvem no terreno, não pararam.

A colaboração com a Pedopsiquiatria deu passos recentes importantes. Há dias vi sair uma família de uma "cela" de 4 m², calafetada, sem janelas. O psiquiatra tomava as suas últimas anotações no processo e a família sorria com o ar de quem tinha guiado um Ferrari numa pista de *karts*.

Leitor poderoso, considera o HP. Médicos, 90% em dedicação exclusiva ou melhor, em permanente disponibilidade, sem horários (tendes aqui a separação que a Reforma Debré fez há 30 anos e entre nós tarda, entre o público e o privado), de todas as subespecialidades da Pediatria portuguesa; enfermeiros (40% de especialistas em Pediatria, com um Departamento de Formação Contínua actuante como deve haver poucos e uma filosofia



David Seymour, cerca de 1947. Children of Europe in Fotografia Séc.XX, Museu Ludwig de Colónia, Taschen.

holística, no sentido de preservar a individualidade da criança e do adolescente), administradores, técnicos superiores de saúde e técnicos de diagnóstico e terapêutica, serviço social, fisiatras, fisioterapeutas, técnicos de reabilitação, educadores, secretários, professores, psicólogos, pedopsiquiatras, pessoal de instalação e equipamento, pessoal auxiliar... Esta gente construiu nas suas cabeças um novo Hospital Pediátrico, que já existe, sem paredes, uma espécie de Jerusalém celestial. O Hospital de António Torrado da Silva, de Henrique Carmona da Mota. O Hospital das crianças, que será um pouco também o teu hospital, o nosso hospital, porque todas as crianças doentes nos pertencem.

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 77-82

Luís Januário

Um caso inesquecível



Exantema e febre no primeiro dia de doença...

Estávamos em Julho (terceiro Julho do meu internato de especialidade)... Deveria ser já a terceira urgência da semana... Um de nós acabara de comentar a ausência do habitual monte de fichas de inscrição. Adivinhava-se um dia calmo...

Ao meio da manhã entrou uma menina de 11 meses, trazida pela mãe. Tinha febre (39° C) que se iniciara por volta das 5 horas dessa madrugada. "Que chatice ...vêm logo ao médico !!! Ainda agora começou a febre... Não esperam nada..." comentou alguém.

"Não, não tinha mais sintomas"; "sim estava bem disposta"; "sim bebeu o leite, mas deixou um resto", foi referindo a mãe à sucessão de perguntas.

Como seria de esperara para doença de tão curta duração, o exame objectivo mostrou uma sucessão de "nãos" — não estava prostrada; não tinha qualquer sinal de dificuldade respiratória; não tinha sinais meníngeos; não tinha qualquer sinal de doença das vias aéreas; não tinha otite; não tinha escara; não tinha qualquer adenomegália, etc., etc. — e apenas um sim: apresentava um discreto exantema róseo, de pequenas máculo-pápulas, algumas dispersas pelo tronco, mas mais notório nos membros, e envolvendo as palmas e plantas. Nalguns desses elementos era bem nítido tratarem-se de pápulas, com óbvio relevo da pele. "Ainda não tinha reparado nas pintinhas" comentou a mãe.

"É uma febre escaro-nodular" referi inicialmente. Mas não encontrei nem escara nem a adenopatia dolorosa típicas. E era estranho um exantema da febre escaro-nodular iniciar-se logo nas primeiras horas de doença.

Fiquei perplexo, mesmo embaraçado. Lembrei-me de que o meu orientador de internato repetia frequentemente *deve-se desconfiar de um exantema que surge no início dum quadro febril*.

Pedi opinião a um mais velho: "Deve ser uma virose; manda-a embora". Este tem mais experiência do que eu. Deve estar certo. Acatei e decididamente orientei a mãe: "a senhora veio cedo de mais à urgência; não encontro nada de importante na sua menina; por enquanto não vamos dar nada para além dos medicamentos para controlar a temperatura; volte daqui a dois dias se continuar ainda com febre".

O bom estado geral da criança deixava-me descansado. Mas martelava-me na cabeça a expressão decidida, peremptória, feita com olhos arregalados, do meu orientador quando falava de exantemas. Isto deixou-me inseguro. Não me senti satisfeito com a orientação acabada de dar. Recuei. Ainda encontrei a mãe na porta da saída: "volte à tarde, por volta das 17 horas... quero rever a sua filha".

Como se previra, a tarde desenrolou-se pouco laboriosa e quase me esqueci da menina do exantema, que não apareceu à hora combinada.

Fui jantar e, quando voltei, a criança acabara de chegar. Desde que saíra do Serviço de Urgência tinha recusado qualquer tipo de alimento, e tivera um vómito. Agora o estado geral era preocupante: grande prostração, gemido constante. O exantema não tinha evoluído.

Pediram-se colheitas. Os resultados do hemograma e da proteína C reactiva apontaram claramente para uma causa bacteriana da febre. A punção lombar deu saída a um líquido (LCR) tenso e francamente turvo. A análise cito-química do LCR confirmaram uma meningite bacteriana.

Cerca de 48 horas após o início do tratamento ficou apirética. Nas culturas (sangue e LCR) isolou-se *Neisseria meningitidis*.

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 83-84

Comentário

Quando surge um exantema numa criança, a primeira reacção é relacioná-lo com uma doença viral. Contudo este caso veio lembrar que nem sempre será este o raciocínio mais correcto... e o mais prudente! Afinal o meu orientador tinha razão. "Mas porquê?" perguntei-lhe. O sua explicação foi esclarecedora:

"Atendendo à sua fisiopatologia, os exantemas poderão ser desencadeados de duas formas: por imunocomplexos e por toxinas".

"Os exantemas **imunocomplexos** necessitam de alguns dias para se revelarem. Na maioria das vezes estão em causa doenças virais. São exemplos o exantema súbito, o sarampo, etc".

"Os exantemas desencadeados **por toxinas** surgem precocemente. Dado que apenas as bactérias poderão produzir toxinas, será mais provável tratar-se duma bactéria se o exantema surgir no primeiro dia duma doença febril. E em regra trata-se duma bactéria agressiva: Meningococo, Estreptococo beta-hemolítico do grupo A, Estafilococo aureus. São exemplos o exantema do meningococo e as escarlatinas estreptocócica ou estafilocócica, o síndrome de choque tóxico."

"O exantema do Meningococo poderá inicialmente não ser petequial mas apenas macular ou máculo-papular".

E mais um comentário: afinal esta mãe não veio "cedo de mais" ao serviço urgência, mas sim num momento bem oportuno... O que faltou (inicialmente) foi uma interpretação correcta do único achado do exame físico... Aliás bastante relevante e orientador.

Joaquim Tiago

Carta ao Editor

LISTAS DE ESPERA NOS SERVIÇOS DE CIRURGIA PEDIÁTRICA

Vem publicado no último número da "Saúde Infantil" um artigo sobre listas de espera de Cirurgia Pediátrica.

A propósito da situação actual no Serviço de Cirurgia Pediátrica do H.P., informamos:

1. Na nossa lista de espera não existe nenhuma anquiloglossia; os hidrocelos só são operados a partir dos 3 anos e as fimoses a partir dos 5 anos com muito raras excepções. Os testículos mal descidos (criptorquidia) pela importância que têm para nós não são incluídos nesta lista de espera.
2. Das duas salas de operações de que o Hospital Pediátrico dispõe – para todas as especialidades cirúrgicas – apenas uma está a funcionar. O Serviço de Cirurgia tem vindo a utilizar uma sala no Hospital Militar uma vez por semana e outra nos Hospitais da Universidade de Coimbra também uma vez por semana, numa tentativa de reduzir a sua lista de espera; apesar deste esforço acrescido estas duas salas têm sido insuficientes para conseguirmos aquele objectivo.
3. Em conclusão quero deixar bem claro que as críticas feitas no artigo em causa, que aliás são razoáveis, nada têm a ver com o Serviço de Cirurgia do H.P.

Com os melhores cumprimentos,

O Director do Serviço de Cirurgia

Dr. Oliveira Simões

O POUCO QUE FICOU POR DIZER NO JANTAR DO DR. NICOLAU DA FONSECA

Neste mundo desumanizado seguimos o nosso rame-rame, tantas vezes cegos, surdos e mudos para quem nos rodeia.

De vez em quando sabemos que uma das figuras que marcou a Pediatria se reforma e perguntamos – vão fazer uma homenagem? Um jantar?

Alguns são semi-clandestinos ou semi-privados, "só para os amigos" ou "ele/ela não querem que se organize nada"... Será timidez? Pudor, medo de que, feita publicidade, apareçam poucos convivas, deixando mal festejado e organizadores? Valha-me Deus!

Hesitei nos dois últimos em Lisboa porque me disseram "... só para os do próprio hospital." Fiquei na dúvida: já ter sido desse hospital será válido? E será que sou considerada no rol de amigos? Não fui mas jurei que não faltava ao próximo desde que fosse alguém que me merecesse admiração e respeito como o Dr. Nicolau da Fonseca.

Pois ontem, sexta-feira, depois de uma semana infernal com uma ida a Coimbra, outra ao Porto, outra a Évora e outra a Almada, tudo em prol da Pediatria e das crianças portuguesas (pelo menos é a justificação para tanto cansaço) rumámos a Leiria (o Gonçalo Cordeiro Ferreira, o Manuel Cunha e eu).

O local escolhido nem por isso é o mais agradável. Demasiado grande, demasiado barulho e gente, comida e lípidos em demasia (ou demasiado snobismo sulista?).

Na estrada nacional nº 1 não era preciso perguntar nada. Bastava seguir os carros com caras conhecidas e eram às dezenas. A região Centro em peso. Quase duzentos médicos e enfermeiras. De Coimbra, de Abrantes, das Caldas, de Castelo Branco, de Viseu, de Leiria.

Desportivos, à vontade, risos, cumprimentos. Não vimos representantes de ministros ou de ARSs ou quaisquer daqueles habituados a fretes. Felizmente! Os que estavam, era mesmo por amizade. E o melão com presunto nada mau.

Cumprimentámos o Dr. Nicolau da Fonseca que, tal como o Prof. Carmona da Mota, ficou sensibilizado. Vieram de Lisboa, de propósito!!!... E fomos convidados a sentar na cabeceira da mesa (os 300 Km assim o exigiam).

E entre o bacalhau, o cabrito (saborosos mas em quantidade excessiva – mal do Centro) e os morangos, começaram os discursos (que felizmente não eram discursos) e as prendas. E tudo muito verdadeiro, muito sentido, muito natural.

O Prof. Mota resumiu a biografia, com aquele humor que lhe é característico, a Dr^a Chieira falou da consulta e das famosas fichas, o Xavier pelo Colégio de Pediatria, a Susana, ex-doente e ex-interna contou com imensa graça como os pais a tinham levado à consulta do Dr. Nicolau por ser magrinha e acrescentou: "nunca mais fui magrinha! Pena não se terem queixado que era baixinha." E como tinha aprendido tanto e o cuidado de todos os internos a preencher as fichas da consulta e os Boletins de Saúde dos meninos do Dr. Nicolau que iam à urgência.

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 85-87

"... são tão perfeitos, que tínhamos muito cuidado com a nossa escrita e até melhorávamos a letra." O que foi confirmado já no regresso a Lisboa pelo Manuel Cunha.

O Dr. Nicolau respondeu comovido e penso que feliz por ter tantos amigos. Contou as dificuldades do princípio de vida em Coimbra e os conselhos (!) "...se ficas aqui, não te safas!..."

Eu entretanto cheia de dúvidas. O Gonçalo à minha direita calado e eu sem saber se devia falar. E é por isso que escrevo agora o pouco que ficou por dizer.

Conheci o Dr. Nicolau no meu exame para especialista em Pediatria pela Ordem dos Médicos, em 1980. Quando soube o júri, fui-me informar. Quem é, como é, interessa-se por que assuntos, o que pergunta?...

Quem me respondeu, disse "...é uma cabeça, sabe tudo, sensato, humano, organizadíssimo, não gosta de aldrabices, respostas directas e concretas."

Pensei que o "é uma cabeça" se referia a inteligência, argúcia. Mas explicaram-me que não era em sentido figurado. Era mesmo em sentido físico. "Não estás a ver aqueles homens imponentes, de cabeça volumosa que culmina um tronco, naturalmente direita, naturalmente erguida, de quem é resoluto, duro?..."

E contaram-me também que o Dr. Nicolau tem uma ficha de cada examinando (quantas terá ao fim de tantos anos?) onde regista alguns dados do currículo e as perguntas que fez (e as respostas também?) e de que se serve se volta a fazer parte de um júri do mesmo candidato.

Guardo uma boa recordação do meu exame à Ordem, lá vão 19 anos. E se calhar o Dr. Nicolau também porque à despedida disse: "Lembra-se de quando lhe fiz exame? Respondeu tão bem à pergunta sobre artrite reumatóide!..."

Maria do Céu Soares Machado
Pediatria

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 85-87

Revisões Bibliográficas



A utilização de antibióticos na população pediátrica dinamarquesa: um belo exemplo!

Foram analisadas as prescrições de antibióticos, durante o ano de 1997, numa população pediátrica de cerca de 95000 crianças e jovens dos 0-15 anos.

Cinquenta por cento das crianças durante o primeiro e segundo anos de vida, receberam pelo menos uma prescrição de antibióticos, sendo este grupo etário aquele em que estes fármacos foram mais receitados.

No conjunto, 88% das prescrições foram de penicilinas de largo espectro (ampicilina, amoxicilina e amoxicilina + ác. clavulânico) e penicilina V e 10% de macrólidos.

Nas crianças com idade igual ou inferior a 3 anos, 57% das prescrições foram de penicilina de largo espectro e acima dos 6 anos de idade a penicilina V foi a mais prescrita.

As cefalosporinas não são subsidiadas pelo Serviço Nacional de Saúde, sendo a sua utilização residual no conjunto da população.

A Dinamarca está entre os países com mais baixo consumo de antibióticos na Europa e no mundo.

Estas crianças dinamarquesas receberam, em 1997, metade dos antibióticos sistémicos prescritos a crianças suecas, dos 0-14 anos, em 1993.

As recomendações do Serviço Nacional de Saúde dinamarquês indicam a penicilina V (não existe em Portugal!!) como fármaco de primeira linha para as infecções respiratórias, em todos os grupos etários.

A Dinamarca apresenta um baixo nível de resistências de *Streptococcus pneumoniae* à penicilina (1-2%) e do *Hemophilus influenzae* à ampicilina (4-21%).

Os autores concluem que provavelmente foram ainda prescritas demasiadas penicilinas de largo espectro, pelo que as recomendações em vigor no S.N.S. devem ser reforçadas.

Não, não estamos a sonhar! Nada acontece por acaso!

Thirane N, Steffensen F H, Mortensen J T et al. *Pediatr Infect Dis J*.

Reflexões imperiosas sobre otite média aguda

O uso e abuso de antibióticos — alguns ou muitos inapropriados utilizados para esta situação clínica tão frequente — está a ser cada vez mais questionado por razões clínicas, microbiológicas (aumento de resistências bacterianas) e económicas.

Nesta síntese de posições muito actual, defende-se um diagnóstico mais rigoroso e o abandono da utilização de antibioterapia em situações de otite média serosa e na prevenção da otite média aguda.

A antibioterapia (em administração de curta duração) deverá ficar reservada para os casos que não evoluem favoravelmente nos dias seguintes ao diagnóstico.

As dificuldades na acessibilidade regular ao médico assistente, bem conhecidas entre nós, perturbam certamente a opção da vigilância sem antibioterapia inicial sistemática. Mas é importante conhecer as tendências...

**Hirschmann J V. Methods for decreasing antibiotic use otitis media.
Lancet 1998, 352:692.**

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 89-92

Antibióticos para otite média aguda... na Sicília.

Será um artigo para esquecer?! Talvez sim — talvez não.

Em 1995 e 1996 foram analisados os padrões de prescrição de antibióticos de 26 médicos não pediatras nem O.R.L., em situações de otite média aguda.

Foram utilizados 30 (trinta) diferentes antibióticos dos quais 13 cefalosporinas, 5 macrólidos, 4 penicilinas de largo espectro, 3 quinolonas,...

Temos consciência de que quando se fala de terapêutica antibiótica na Europa do Sul há quem, nos países nórdicos, torça o nariz...

Alguém sabe o que se passará entre nós, nesta situação clínica, no ambulatório não hospitalar?! E hospitalar?!

Mazzaglia G, Arcoraci V, Nicoletti G et al. Pharmacological Research 1998; 37: 422-426.

O lactente que estrebucha* após a refeição

Um lactente com regurgitações ou problemas respiratórios frequentes deve evocar o diagnóstico de refluxo gastro-esofágico (RGE). A pHmetria tem sido considerada o método-padrão para diagnosticar RGE patológicos; no entanto, dado que o pH gástrico pode ficar neutralizado durante uma a duas horas após um biberão e é neste período que a frequência de episódios de RGE é maior, é de temer que a pHmetria fique cega justamente nesses períodos de maior incidência.

A passagem do bolo alimentar ocasiona uma diminuição do valor da impedância eléctrica (IMP) que é independente do pH. A avaliação da impedância eléctrica intraesofágica, a vários níveis permite distinguir o fluxo descendente (normal) ou ascendente (RGE) do bolo alimentar.

Vinte e dois lactentes (idade média de 2M) com regurgitações ou pneumopatias recorrentes fizeram simultaneamente pHmetria, IMP esofágica a vários níveis e poligrafia.

Verificaram 8.3 episódios de RGE após cada biberão; só 11.4% tinham $\text{pH} < 4\%$ (!) e nenhum destes escapou à IMP.

85.7% dos RGE foram acompanhados de anomalias respiratórias de que só 12% foram identificados por pH. A maioria (87%) dos episódios ou dos incidentes de RGE associados a anomalias respiratórias ocorreram nas 2 horas pós-prandiais.

Dos 95.4% episódios que eram acompanhados de movimentos da criança estavam também associados a irregularidades respiratórias ($p < 0.0001$).

Wenzl TG, Silny J, Schenke S et al. GER and respiratory phenomena in infants: status of the intraluminal impedance technique. JPGN 1999; 28:423-8.

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 89-92

Comentário

Quando se suspeitar de um RGE patológico num lactente (regurgitações frequentes e rebeldes ou fenómenos respiratórios recidivantes), não vale a pena a pHmetria, pois só

* Estrebuchar – agitar a cabeça, os braços e as pernas convulsivamente; debater-se. (De es+tre por trans+bucho+ar). J. Almeida Costa, A Sampaio e Melo. Dicionário Editora da Língua Portuguesa, 6ª edição. Porto Editora 1991.

identificará uma minoria (11.45). Se não houver IMP à mão, mantenham esse lactente sob observação atenta, 2 horas após uma refeição, vigiando os movimentos corporais, a frequência cardíaca e, se possível, a SatO₂ transcutânea.

Toda a irregularidade respiratória que se acompanhe de:

1. movimentos excessivos,
2. uma alteração da frequência cardíaca e
3. uma diminuição da SatO₂

poderá ser, com grande probabilidade, atribuída a um RGE patológico.

H. Carmona da Mota

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 89-92



XVI Curso de Pediatria Ambulatória

Desde 1984, a Associação de Saúde Infantil de Coimbra (ASIC) tem organizado todos os anos um curso de Pediatria Ambulatória, dirigido pelos Drs. Luís Lemos e Nicolau da Fonseca, do Hospital Pediátrico de Coimbra (HPC), e dedicado a médicos, enfermeiros e outros profissionais que prestam cuidados de saúde a crianças e adolescentes em regime ambulatório, que na área extra-hospitalar (centros de saúde, consultórios, etc), quer nas consultas externas de Pediatria dos hospitais.

O XVI Curso de Pediatria Ambulatória, que decorreu no Auditório da Reitoria da Universidade de Coimbra em 18 e 19 de Junho de 1999, teve o seguinte programa:

Cefaleias — Dr. Nicolau da Fonseca; *Assistência de Saúde ao Recém-Nascido* — Enf^a Teresa Campos Silva; *Fórmulas Lácteas: ARI HA2 — Uma equação com várias incógnitas* — Prof. Henrique Carmona da Mota; *Experiência de Promoção da Saúde com Crianças e Adolescentes* — Dr. Cardoso Ferreira e Enf. Pedro Miguel Silva; *Piodermites* — Dr^a Ana Moreno; *As Fobias na Infância* — Dr^a Beatriz Pena; *Casos Clínicos da Consulta Externa de Medicina do HPC* — Dras. Paula Maciel Raquel Henriques e Sónia Lemos; *Rinite Alérgica* — Dr. José António Pinheiro; *Descentralização da Pediatria Ambulatória* — Dr^a Maria João Lomelino; *Plano Nacional de Vacinações — Perspectivas* — Dr^a Graça Rocha; *Terapêuticas Antibióticas Curtas* — Dr. Luis Lemos.

Na sua maioria, os prelectores eram do HPC, excepto a Enf.^a Teresa M^a Campos Silva, da Maternidade Dr. Daniel de Matos; o Dr. Cardoso Ferreira e o Enf. Pedro Miguel Silva, do Centro de Saúde de Gouveia; a Dr.^a Ana Moreno, dos Hospitais da Universidade de Coimbra e a Dr.^a M^a João Lomelino, do Hospital Distrital de Anadia.

Foram recebidas inscrições de todo o país: de Vila Real a Faro e também dos Açores (Angra do Heroísmo e Horta). Cerca de metade das inscrições era provenientes da Zona Centro.

Dos 175 participantes inscritos, 131 eram médicos (incluindo 40 pediatras, 35 clínicos gerais e 29 internos de Pediatria), 38 enfermeiros, 2 estudantes de Medicina, 1 professora da Universidade do Minho — Instituto de Estudos da Criança, 1 educadora de infância, 1 assistente social e 1 nutricionista.

Ao habitual inquérito a solicitar opiniões, críticas e sugestões, responderam 86 participantes (49%): 66 médicos, 18 enfermeiros, 1 educadora de infância e 1 estudante de Medicina.

No que se refere à opinião geral sobre o curso, os resultados foram muito animadores. Todos responderam que o curso tinha conseguido os seus objectivos: "integralmente" (43%), "bem" (55%) ou apenas "razoavelmente" (2%).

Pedia-se também que fossem sublinhados os títulos das comunicações que mais tivessem agradado. As mais vezes sublinhadas foram *Rinite Alérgica* (73%); *Plano Nacional de Vacinações — Perspectivas* (58%); *Terapêuticas Antibióticas Curtas* (58%); *Piodermítes* (52%) e *Descentralização da Pediatria Ambulatória* (52%).

Comparando as opiniões dos médicos com as dos enfermeiros, verificaram-se algumas diferenças:

Os médicos preferiram: *Rinite Alérgica* (73%); *Terapêuticas Antibióticas Curtas* (62%); *Plano Nacional de Vacinações — Perspectivas* (61%); *Fórmulas Lácteas: ARI HA2 — uma Equação com Várias Incógnitas* (53%) e *Piodermítes* (53%).

As comunicações que agradaram mais aos enfermeiros foram: *Rinite Alérgica* (78%); *Assistência de Saúde ao Recém-Nascido* (67%) e *Descentralização da Pediatria Ambulatória* (56%).

Vários participantes fizeram comentários muito favoráveis. Por exemplo:

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 93-96

- Clínicos Gerais: "Temas muito importantes para a prática do clínico geral. Excelente qualidade das apresentações e bons comunicadores". "Gostei de todas as comunicações. Algumas foram mais importantes para a minha actualização, mas todas tiveram o seu interesse. É interessante haver ligação com outros profissionais de outras áreas, com experiências e vivências diferentes." "É com agrado que venho a estes cursos de Pediatria Ambulatória. Curso globalmente bom, desde o teor científico ao pedagógico. Parabéns!" "Todos os temas foram pertinentes, com exposições adequadas, curtas e sucintas, mantendo sempre o auditório atento".
- Pediatras: "Força! Continuem porque estão no bom caminho." "Cumprimento de horários (pouco habitual) e interacção fácil entre organizadores, palestrantes e assistentes." "Reunião muito importante para o dia-a-dia do pediatra geral". "Todos os temas foram de grande qualidade e actualis em relação à realidade do Ambulatório de Pediatria." "Óptimo curso. Assuntos bem seleccionados. Óptimos prelectores."
- Internos de Pediatria: "Curso bem organizado, com temas de interesse." "Curso francamente didáctico. Temas apresentados de uma forma prática e facilmente acessível." "Casos clínicos bem escolhidos. Bravo!".
- Enfermeiros: "Excelente organização. Temas muito pertinentes, tratados com clareza, fluência e rigor científico. Pontualidade conseguida." "Todas as comunicações foram bem sucedidas e é de realçar a dinâmica das discussões, onde a troca de opiniões é sempre positiva. Também de louvar a informalidade de todo o curso, colocando os participantes mais à vontade."

Críticas desfavoráveis

A pasta distribuída aos participantes não continha resumo (ou texto de apoio) de duas das comunicações. O tempo destinado à discussão foi insuficiente para certos temas, como *As fobias na infância* e *Rinite alérgica*. Apresentação deficiente (material) de dois dos casos clínicos. Não foram apresentados casos clínicos de outras instituições. Os diapositivos deveriam estar todos em português. É cada vez mais difícil o estacionamento próximo do local em que se realiza o curso. O almoço, servido na cantina universitária, não funcionou como momento de convívio.

Foi preocupação dos organizadores o cumprimento do horário previsto, o que, de um modo geral, foi conseguido, de modo a que se pudesse dispor de 20 minutos para a discussão de cada tema.

A grande dificuldade de estacionamento de viaturas na Alta é um facto, pelo que se recomenda, em próximos cursos, que se estacione o carro num dos parques periféricos servidos pelos mini-autocarros “Ecovia”, que transportarão os participantes pronta, económica e comodamente à Cidade Universitária, desde que avisem o condutor do destino pretendido.

O facto de o almoço ter sido servido numa cantina universitária, sem condições para o efeito, não foi da responsabilidade da Organização. Resultou de uma falha inadmissível dos Serviços Sociais da Universidade de Coimbra, que não forneceram o almoço que tinha sido encomendado com a devida antecedência e que seria servido noutra local. Como medida de emergência, para que os participantes não ficassem sem o almoço a que tinham direito, recorreu-se à cantina. A Organização lamenta o sucedido e apela para a sua compreensão por não terem sido servidos com a comodidade e a qualidade a que estavam habituados em cursos anteriores.

Temas mais solicitados para próximos cursos (indicando-se entre parênteses o número de participantes que os sugeriu): alimentação do lactente (8); a criança hiperactiva (8); atrasos do crescimento (7); atrasos do desenvolvimento (7); enurese (7); adolescência (7); dores abdominais (6); asma (5); convulsões/epilepsia (4); depressão (3); parasitoses intestinais (3); tuberculose (3); atopia cutânea (3) e variantes do normal (3).

Agradecimento à Nestlé pelo seu importante apoio na divulgação e na realização deste curso.

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 93-96

Congressos ASIC 1999/2000

18 e 19 Nov/1999	• 2º Congresso Sociedade Portuguesa de Endocrinologia e Diabetologia	Hotel Meliá (Coimbra)
02 e 03 Dez/1999	• VII Seminário de Desenvolvimento — Dificuldades Específicas de Aprendizagem (dislexia, discalculia e síndrome de DAMP)	Auditório da Reitoria da Universidade de Coimbra
03 e 04 Fev/ 2000	• 9º Encontro de Pediatria do Hospital Pediátrico Novos conhecimentos, atitudes e práticas	Auditório do Hospital — dos Covões
23, 24 e 25 Mar/2000	• 1º Congresso Internacional de Reabilitação Pediátrica em Doenças Neuromusculares	Auditório da Reitoria da Universidade de Coimbra
11, 12 e 13 Mai/2000	• IX Weekend of Paediatric Anaesthesia	Auditório da Reitoria da Universidade de Coimbra
16 e 17 Jun/2000	• XVII Curso de Pediatria Ambulatória	Auditório da Reitoria da Universidade de Coimbra

*saúde
infantil*

1999; 21/2: 93-96