

DIRECTOR
Luís Lemos

EDITOR
Luís Januário

REDACÇÃO
Manuel Salgado, Boavida Fernandes

CONSELHO DE LEITURA
Os profissionais do quadro técnico
do Hospital Pediátrico

Neonatologia
Conceição Ramos, Gabriela Mimoso,
Mário Branco

António Marques - enf., Cristina Caldeira - enf.

Clinica 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 Coimbra
Fax: 484464 - Telefone 480335 ou 484464

Assinaturas 1997
ANUAL 2 750\$00
Sócios da ASIC 2 200\$00
Estrangeiro 3 500\$00
PALOPs 3 000\$00
NÚMERO AVULSO 1 300\$00

Tiragem: 1300 exemplares

Concepção Gráfica e Paginação Electrónica:
RPM, Ideias e Comunicação, Lda
Rua Afrânio Peixoto, nº 70, r/c — 3030 COIMBRA
Telef./Fax: (039) 70 33 32

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

Depósito Legal nº 242/82



Impresso em papel reciclado

neste
número

*saúde
infantil*

| | |
|---|----|
| ANTÓNIO TORRADO DA SILVA..... | 3 |
| Luís Lemos | |
| QUERO LEMBRAR O TEU INDESTRUTÍVEL OPTIMISMO | 5 |
| Luís Januário | |
| TORRADO NA DESPEDIDA DE COIMBRA | 6 |
| H. Carmona da Mota | |
| ATRASO DA LINGUAGEM NOS PRIMEIROS ANOS DE VIDA — COMO ESTÃO ALGUNS ANOS DEPOIS? | 9 |
| Agostinho Fernandes, Conceição Nunes, Eugénia Capela, Boavida Fernandes, Guiomar Oliveira | |
| MICROCEFALIA..... | 19 |
| Helena Ferreira, Célia Barbosa | |
| VIAJAR COM CRIANÇAS EM ÁFRICA | 29 |
| Luís Varandas | |
| O BOLETIM DE SAÚDE DA GRÁVIDA — PARA QUANDO A SUA COMPLETA UTILIZAÇÃO?..... | 34 |
| Paula Cristina A. Remoaldo, António José da S. Pimenta Marinho | |
| A CIÊNCIA MÉDICA HÁ CEM ANOS..... | 51 |
| DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA: SINAIS E SINTOMAS MAIS TÍPICOS | 53 |
| Luísa Morais, Luísa Confraria | |
| A MÃE, O PAI, OS AVÓS, OS PADRINHOS E O BEBÉ DELES — À VOLTA DA PRIMEIRA CONSULTA DO RECÉM-NASCIDO | 63 |
| Luís Januário | |
| UM CASO INESQUECÍVEL | 75 |
| «Obstipação» num pequeno lactente | 76 |
| Um caso de febre prolongada | 77 |
| PROTOCOLO | |
| CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM QUEIMADURA MODERADA OU GRAVE E SUA FAMÍLIA, NAS PRIMEIRAS 48 HORAS DE INTERNAMENTO NO SERVIÇO DE QUEIMADOS.... | 79 |
| TEXTOS DE APOIO DA CONSULTA DE PEDIATRIA GERAL | |
| BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA | 83 |
| REVISÕES BIBLIOGRÁFICAS | 85 |
| INFORMAÇÕES | 89 |

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 correções 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 supérfluas 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 microorganisms. In: Sodeman WA, ed. *Pathologic physiology: mechanisms of disease*. Philadelphia: WB Saunders, 1974: 457-72.
- livro* - Klaus M, Fanaroff A. *Care of the high-risk neonate*. Philadelphia: WB Saunders, 1973.
- G. 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.

António Torrado da Silva

Profissional de excelente craveira marcou pelas suas qualidades humanas e pelo saber — adquirido primeiro em França e depois na Suíça e nos EUA — os serviços onde trabalhou.

Ao saltar da Suíça para Portugal, logo após o 25 de Abril, (re)entrou noutra mundo: no que tocava ao nível da assistência pediátrica hospitalar e às lusitanas e complexas teias da Saúde.

Em Lisboa, onde tinha terminado o curso, não se lhe abriram as portas e alguém o magoou. Tomou a estrada para o Norte.

Em Coimbra, onde quase tudo estava por fazer, encontrou um projecto com pés para andar e um jovem colega que, percebendo a sua excepcional formação, se dispôs (caso raro) a partilhar o topo hierárquico da sua especialidade.

Na Universidade revoltou-se contra a rotineirice do ensino médico em geral. Como era de prever veio o refluxo...

Ele, que por onde trabalhara sempre conhecera a intensa e colectiva actividade hospitalar em dedicação exclusiva, veio constatar, com perplexidade, que em Portugal, com excepção da Urgência, os Hospitais funcionavam apenas de manhã. Bateu-se pública e repetidamente contra essa situação.

Ao Hospital Pediátrico dedicou-se de corpo e alma e também a ele se deve muito do espírito que ainda hoje marca positivamente a instituição.

Mas a sua actividade ultrapassou em muito as paredes do Hospital.

Foram também os bons anos da intensa e descentralizada actividade formativa, promovida pela Dr^a Celsa de Carvalho, da Direcção Geral de Saúde e que o Torrado sempre apoiou.

No Pediátrico deu um impulso decisivo na Neonatologia, na Nefrologia e em Cuidados Intensivos, contribuindo para o pioneirismo da nossa unidade hospitalar não só na área assistencial mas também nas actividades formativas e na humanização dos cuidados.

O primeiro número da revista *Saúde Infantil* saído em Junho de 1979, ostentava o seu nome como Director.

Muitos obstáculos estruturais e o cansaço físico das idas e vindas semanais para e de Lisboa, durante mais de uma dezena de anos, cansaram-no.

Abalou então mais para Sul e ganhou alma nova ao reconstituir família.

Começou, finalmente, a gozar de mais tranquilos fins-de-semana, em paisagens reconfortantes.

Contribuiu para o êxito de inúmeras iniciativas da Sociedade Portuguesa de Pediatria e de outras Sociedades científicas.

Na Comissão nacional para a melhoria dos cuidados em Saúde Materna e Neonatal deu um valioso contributo para a melhoria da assistência à grávida e ao recém-nascido.

Em 1993 foi nomeado Presidente da Comissão Nacional de Saúde Infantil. O respectivo Relatório, publicado nesse ano, constitui um marco importante na análise da situação da assistência à criança e aos jovens em Portugal e na definição de princípios e prioridades da intervenção junto deste grupo etário. Nos anos seguintes, nesta Comissão, nem tudo correu bem.

Actualizava-se permanentemente e continuou a frequentar, com regularidade, excelentes Serviços de Pediatria por esse mundo fora, para onde era solicitado com frequência.

Como director do Serviço de Pediatria do Hospital Garcia de Orta, rodeado por uma jovem e dinâmica equipa, voltou aos momentos de grande realização. Infelizmente por pouco tempo.

Depois, com efeito, acumularam-se os azares.

A outra solicitação do poder político — para a Direcção Clínica do Hospital Garcia de Orta — ainda disse que sim.

Mas já não podia.

No tristíssimo tempo em que nos deixou recordo sobretudo os bons momentos em que as nossas vidas se cruzaram.

E saúdo afectuosamente a Karin, a Sofia, a Catarina e a Inês.

Luís Lemos

Quero lembrar o teu indestrutível optimismo

Era uma noite de tempestade
no regresso de uma sessão científica.
Não tínhamos jantado
e um após o outro
os fartos e quentes restaurantes da Beira
recusavam-nos alimento e abrigo.

Eu provocava-te, assim às vezes gostava de o fazer.
Como aceitar um mundo tão frio
onde nenhuma porta se abria?
Era de facto impossível não haver recompensa
para os apóstolos
que com o mais genuíno desinteresse
davam a sua noite
ao progresso da saúde infantil.
Não podia chover assim,
as pessoas terem sido tão desinteressadas!
E invectivava o teu incorrigível optimismo:
Onde está a boa parte disto?
Qual o lado positivo?

E tu respondias com a infundada crença
na bondade do género humano,
respondias com uma voz que te dava razão
embora chovesse, fizesse frio,
nenhuma luz brilhasse
e um a um os restaurantes encerrassem
na estrada da Beira
nessa noite.

A coisa boa
— e essa era a verdade atrás da tua improvável razão,
era tu existires
e estares ali connosco.

L.J.

Torrado na despedida de Coimbra

Em 1968, em Lyon ouvi falar pela primeira vez do "Torrado" um português que ali estagiava uns anos antes e que deixara uma muito boa recordação ao Prof. François.

Em 1970 numa reunião em Coimbra, o Prof. Proudhome deu-me muito boas notícias do já então Chefe de Serviço de Pediatria de Lausanne Torrado da Silva. Curiosamente o Dr. Bessa tê-lo-ia desafiado a regressar a Portugal — convite que recusou dado que se mantinham as razões que o tinham levado a emigrar.

Em 1974, poucos meses depois da Revolução de Abril, no Congresso Mundial de Pediatria em Buenos Aires, pelo Prof. François soube que o Torrado tinha regressado a Portugal. Convidei-o a vir a Coimbra; recebi uma carta manuscrita com aquela caligrafia impecável propondo-me uma data.

Recordo-me bem do constrangimento com que, naquela época, mostrava o Serviço à estranhos; imagine-se o que acontecia com alguém que vinha da Suíça... Passados minutos estava a discutir connosco um doente que nos preocupava indiferente à pobreza de meios e pronto para ali mesmo colher sangue arterial para uma gazimetria — um exame excepcional para a época. "Temos homem..." e ali mesmo aceitou o convite para vir trabalhar connosco nas previstas instalações transitórias da Clínica de Stª Teresa que nesse mesmo dia visitou, já a imaginar como seria depois.

Com o Nicolau, o Cunha, o Biscaia, o Rocha Lima e eu, o Torrado — e meses depois o Lemos que ele aliciou — constituiu-se o núcleo que com o apoio do magnífico grupo de internos que se agregou, desenvolveu a Pediatria em Coimbra e foi inaugurar o Hospital Pediátrico (HP) cuja Comissão Instaladora dinamizou e de que mais tarde foi Director Clínico. Entretanto o Luís Borges, o G. Tamagnini e o Sá e Melo regressaram de Londres e engrossaram o núcleo com o apoio da Helena Azevedo.

Em 1980, resolvidos os problemas fundamentais do HP, inaugurou a Unidade de Cuidados Intensivos do HP, a primeira unidade polivalente deste tipo em Portugal.

Em 1981 chefiou um grupo de médicos, enfermeiras e sociólogos que em colaboração com a Faculdade de Economia de Coimbra e com o apoio da OMS analisou a prevalência e as condicionantes do aleitamento materno no distrito de Coimbra.

Entretanto estabeleceram-se relações com diversos Serviços de Pediatria europeus, com destaque para o de Lausanne. O Papa veio a Coimbra em 1985; antes tinham vindo a Coimbra muitos dos Papas da Pediatria europeia, a maioria a convite do Torrado.

Por sua vez Coimbra ia à Europa com estágio e participação em Congressos.

Em 1989 dinamizou a criação do Centro de Estudos Perinatais da região Centro com o apoio da Fundação Bissaya Barreto e cujo trabalho tem sido relevante na articulação das tarefas dos obstetras com as dos pediatras; no mesmo ano foi designado membro da Comissão Nacional de Saúde Materno-Infantil cujas conclusões, ratificadas pelo

*saúde
infantil*

1997; 19/3: 3-7

Ministério da Saúde, lançaram as bases para a organização do actual sistema de cuidados aos recém-nascidos portugueses.

Foi Presidente da Sociedade Portuguesa de Pediatria e da Sociedade Europeia de Nefrologia Pediátrica.

O Torrado trouxe à Pediatria de Coimbra e nacional uma dimensão europeia e uma projecção internacional. Transmitiu também uma perspectiva integral e culta isenta de miopia paroquial e de arrogância palaciana.

Tudo isto incomodou a corte.

Civilizado, aceitava a diferença com curiosidade; diplomata, conseguia que os outros mudassem de opinião sem perderem a face, com uma elegância exemplar.

O único defeito era não saber dizer que não.

Agora é a hora de despedida — uma constante de Coimbra. Esta grécia portuguesa, terra de emigração como a Galiza ou Cabo-Verde, estreitas de mais para a sua gente — quase sempre os melhores.

"Hora di bai,bô é triste. É a hora da dispidida" diz a morna.

Mas esta não é uma despedida; é apenas o fim dum ciclo que é sempre o início de um outro. "Che" Torrado a caminho da Bolívia quando Cuba já tinha pés para andar. S. Francisco Xavier a caminho da China quando Goa já estava convertida.

Al-mada terra mourisca do outro lado do mar, quase África que era necessário "colonizar". Almada do lado oposto a Lisboa — a margem esquerda.

Com a sua capacidade de atrair os melhores, constituiu um grupo jovem de excelentes pediatras oriundos de diversos Serviços do País, numa verdadeira cruzada pelas crianças.

Vais mas deixas o lugar cativo, como acontecia aos que lutavam pelos lugares santos.

E terás de vir de vez em quando às reuniões da tarde. Quem há-de preencher os silêncios quando não há mais para dizer? E aliás tu não vais; em Almada estás apenas destacado, em destaque, "honoris causa" se a Universidade não for de(s)Almada.

*saúde
infantil*

1997; 19/3; 3-7

Coimbra, Dezembro de 1997



H. Carmona da Mota

ATRASO DA LINGUAGEM NOS PRIMEIROS ANOS DE VIDA — COMO ESTÃO ALGUNS ANOS DEPOIS ?

Agostinho Fernandes¹, Conceição Nunes², Eugénia Capela¹,
Boavida Fernandes³ Guiomar Oliveira⁴

RESUMO

A 51 crianças com atraso da linguagem diagnosticada no período pré-escolar, foi avaliada a evolução da linguagem, aprendizagem e comportamento, após um seguimento mínimo de 4 anos e comparando-a com a dum grupo controlo.

A maioria das crianças apresentava atraso específico da linguagem (63%), encontrando-se atraso da linguagem expressiva em 2/3 das crianças. Em 27% dos casos havia atraso global do desenvolvimento (ADPM), 8% apresentavam surdez e 2% autismo.

Verificou-se que, mais tarde, 69% das crianças mantinham atraso da linguagem e em mais de metade havia dificuldades escolares e problemas de comportamento.

Quando comparadas com o grupo controlo ou com o grupo de crianças com atraso puramente expressivo, a evolução foi mais desfavorável nas crianças que tinham ADPM ou atraso misto da linguagem.

Palavras-chave: atraso de linguagem, aprendizagem, comportamento

SUMMARY

The authors evaluated the evolution of language, learning and behaviour in 51 children with language delay diagnosed in the preschool period, after being followed for 4 years.

Most of the children presented specific delay of the language (63%), prevailing the expressive delay (45%). In 27% of the cases there was global delay of psychomotor development, 8% had hearing loss and 2% had autistic disorder.

Later we confirmed that 69% of the children maintained delay of language and more of half there were school difficulties and behaviour problems.

The evolution was worse in children that had delay of development or mixed delay of the language, when compared with the control group or with the children with purely expressive language delay.

Keywords: language delay, learning, behaviour.

1. Interno de Pediatria

2. Assistente Eventual de Pediatria

3. Consultor de Pediatria

4. Assistente de Pediatria

Hospital Pediátrico de Coimbra

Introdução

A linguagem verbal, sendo a forma preferencial de comunicação e de relacionamento da criança, desempenha um papel fundamental na génese e elaboração dos processos mentais mais complexos, sendo mesmo o principal indicador do desenvolvimento cognitivo da criança (1,2)

O atraso de linguagem é um distúrbio frequente de desenvolvimento da criança e que exige um diagnóstico e atenção precoces, de forma a identificar as suas causas e atenuar os problemas daí decorrentes. Estima-se que 3 a 5% das crianças em idade escolar tenham atraso de linguagem, predominando os distúrbios da linguagem expressiva (1). O atraso na aquisição da linguagem é a mais frequente forma de apresentação de deficiência mental na idade pré-escolar (2,3)

O atraso da linguagem é um indicador precoce das futuras capacidades académicas das crianças, sendo considerado um factor de risco, nomeadamente de problemas na escrita, leitura, matemática e mesmo de perturbações do comportamento (2-6).

A aquisição da linguagem está relacionada com múltiplos factores, nomeadamente a capacidade intelectual, o nível sócio-económico e com o grau de estimulação que é proporcionado à criança, nomeadamente pela educação materna. Múltiplos estudos têm sido efectuados no sentido de estabelecer uma correlação directa entre o atraso de linguagem na idade pré-escolar e as dificuldades de aprendizagem na idade escolar. Vários autores concluíram que as crianças com défice de linguagem misto (o qual envolve a compreensão) têm um risco acrescido de dificuldades escolares, relativamente àquelas que apresentam apenas um défice da linguagem expressiva (2-6).

Dadas a multiplicidade de variáveis e a complexidade do seu inter-relacionamento, torna-se difícil a responsabilização exclusiva do atraso de linguagem pelas dificuldades escolares, quando este é considerado isoladamente (3,4,5).

Neste trabalho pretende-se definir os factores causais associados ao atraso de linguagem num grupo seleccionado na idade pré-escolar e avaliar a evolução destas crianças em termos de linguagem, aprendizagem e comportamento na idade escolar.

Material e métodos

Os autores analisaram os processos de 71 crianças enviadas a uma primeira consulta externa de Medicina do Hospital Pediátrico de Coimbra (HP) por atraso de linguagem, no período de 1989 a 1992, com idades compreendidas entre 2 e os 5 anos. Considerou-se atraso de linguagem expressiva as crianças que, aos 2 anos, utilizavam menos de 8 palavras com significado, aos 3 anos não contruíam frases de 4 sílabas ou de 6 sílabas aos 4 anos (7)

Dos 71 processos analisados, 20 foram excluídos por não apresentarem os critérios previamente definidos de atraso de linguagem e/ou não existirem dados clínicos suficientes para caracterizar a sua evolução.

*saúde
infantil*

1997; 19/3; 9-17

Decorridos no mínimo 4 anos após a primeira consulta, avaliou-se a evolução destas crianças em termos de linguagem, aprendizagem e comportamento. Em 70% dos casos, esta avaliação foi efectuada através da informação recolhida do envio de um questionário-tipo (em anexo) aos professores dessas crianças. Nos casos em que não obtivemos informação dos professores, a resposta ao questionário baseou-se na informação recebida pelo contacto telefónico com os seus pais ou outros familiares (8%) e/ou da colheita de dados actualizados dos processos clínicos (22%). Neste questionário, o professor era inquirido acerca da aprendizagem, linguagem e comportamento da criança em estudo, tendo como referência o desempenho médio da classe em que essa criança estava inserida. As respostas eram expressas em termos de «abaixo da média», «média» e «acima da média» em relação a cada variável em estudo. Relativamente à aprendizagem, foi ainda especificado o desempenho das crianças nas áreas da leitura, escrita e matemática.

De acordo com os factores associados ao atraso de linguagem, as 51 crianças foram divididas em dois grupos: atraso específico da linguagem (primeiro grupo) e das crianças com patologia subjacente, nomeadamente atraso global do desenvolvimento, surdez ou distúrbio invasivo do desenvolvimento (autismo) (segundo grupo). Considerámos atraso específico da linguagem quando foram excluídos outros factores associados a atraso de aquisição da linguagem: atraso global do desenvolvimento psicomotor, défice auditivo, autismo ou causas relacionadas com anomalias do aparelho fonológico.

O primeiro grupo foi subdividido em dois subgrupos, um correspondente às crianças com atraso misto da linguagem, envolvendo a compreensão e a expressão (disfasia mista) e outro referente às crianças com atraso puramente expressivo de linguagem (envolvendo apenas a expressão). Considerou-se atraso de compreensão da linguagem, quando numa escala formal de desenvolvimento da linguagem (teste de Reynell), apresentava um valor igual ou inferior a dois desvios padrão para a idade cronológica. Considerou-se atraso global do desenvolvimento quando o quociente de desenvolvimento era igual ou inferior a 80 no teste de Schedule of Growing Skills (8). Foram considerados para esta análise apenas os casos em que esta avaliação foi efectuada em qualquer fase do seguimento da criança.

Obtivemos um terceiro grupo de 36 crianças (grupo controlo), cujas informações foram obtidas através do mesmo questionário-tipo enviado aos professores das crianças alvo. A criança controlo era a que se seguia por ordem alfabética, tendo o mesmo sexo e idade da criança alvo e pertencendo à mesma classe.

Resultados

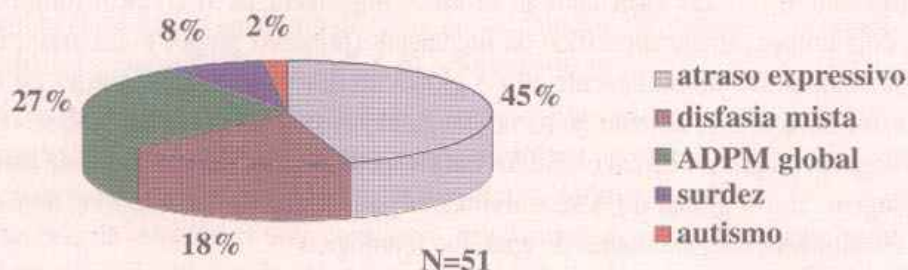
Das 51 crianças enviadas à consulta externa de Medicina, 78% eram do sexo masculino. A idade média de envio à consulta foi de 4 anos. O atraso de linguagem foi detectado pelos familiares em 53% dos casos. Actualmente, as crianças apresentam uma idade média de 8,5 anos tendo idades compreendidas entre os 6 e os 13 anos. A avaliação actual foi realizada em média 5,5 anos após a primeira consulta com um mínimo de 4 e um máximo de 8 anos.

*saúde
infantil*

1997; 19/3; 9-17

Na primeira consulta externa de Medicina foram colocadas as seguintes hipóteses de diagnóstico: atraso específico da linguagem em 70% dos casos, suspeita de déficit auditivo em 18% e atraso global do desenvolvimento criança em 12%. O atraso de linguagem por déficit de estimulação, foi a hipótese de diagnóstico colocada em cerca de 1/3 dos casos. Sessenta por cento das crianças foram orientadas para uma consulta de terapia da fala e em 50% dos casos efectuou-se despiste de déficit auditivo.

No acompanhamento posterior destas crianças, concluiu-se que a maioria apresentava um atraso específico da linguagem com predomínio do atraso de linguagem expressivo, estando os restantes atrasos de linguagem associados a patologia específica do desenvolvimento, nomeadamente, atraso global do desenvolvimento, déficit auditivo e distúrbio invasivo do desenvolvimento (autismo) — gráfico 1.



saúde infantil

1997; 19/3: 9-17

Gráfico 1 — Diagnóstico final das crianças com atraso da linguagem

Do total das 51 crianças, o problema de linguagem foi ultrapassado apenas em 1/3 dos casos, mantendo-se nas restantes o atraso de linguagem, predominantemente do tipo misto. Em mais de metade das crianças encontraram-se dificuldades de aprendizagem e problemas do comportamento, nomeadamente, déficit de atenção e/ou hiperactividade e impulsividade. Relativamente ao grupo com informação dos professores (n=36) os resultados foram sobreponíveis aos encontrados na amostra total — gráfico 2.

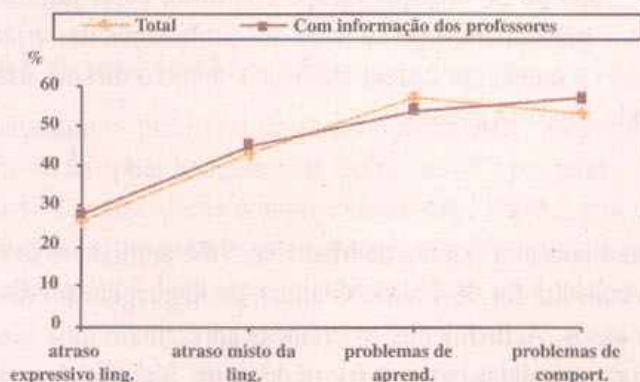


Gráfico 2 — Evolução da linguagem, aprendizagem e comportamento, comparando os resultados do grupo com informação dos professores em relação à amostra total

A avaliação da evolução do grupo com atraso global de desenvolvimento psicomotor (n=14), mostrou que todas as crianças permaneciam com problemas de linguagem e todas apresentavam insucesso escolar. Mais de metade tinham problemas de comportamento — gráfico 3.

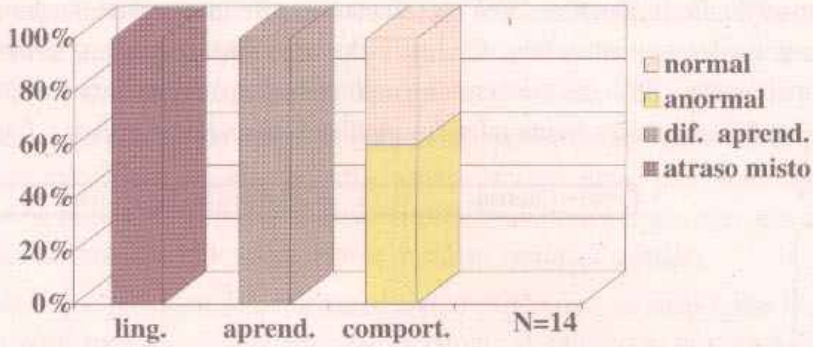


Gráfico 3 — Evolução das crianças com atraso global do desenvolvimento psicomotor

Relativamente ao grupo de crianças com atraso específico da linguagem (n= 32) observaram-se diferenças significativas. Assim, nas crianças com atraso misto da linguagem (n=9), todas mantinham atraso de linguagem predominantemente misto e a maioria tinha problemas de aprendizagem e de comportamento. Do subgrupo de crianças com atraso puramente expressivo (n=23), apenas em 35% das crianças persistia atraso de linguagem expressiva e a maioria não apresentava dificuldades escolares — gráficos 4 e 5.

saúde infantil

1997; 19(3): 9-17

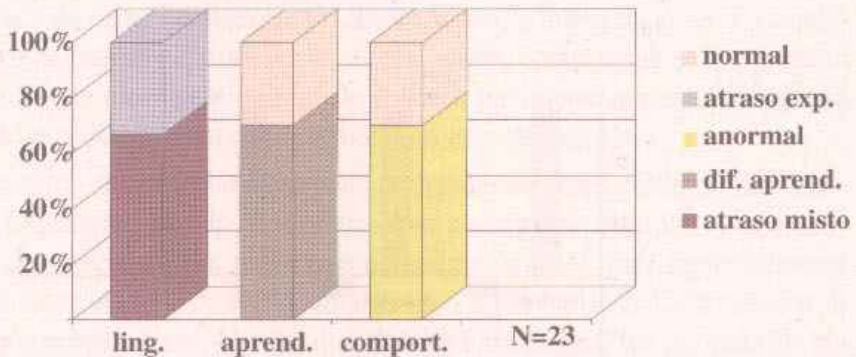


Gráfico 4 — Evolução das crianças com disfasia mista

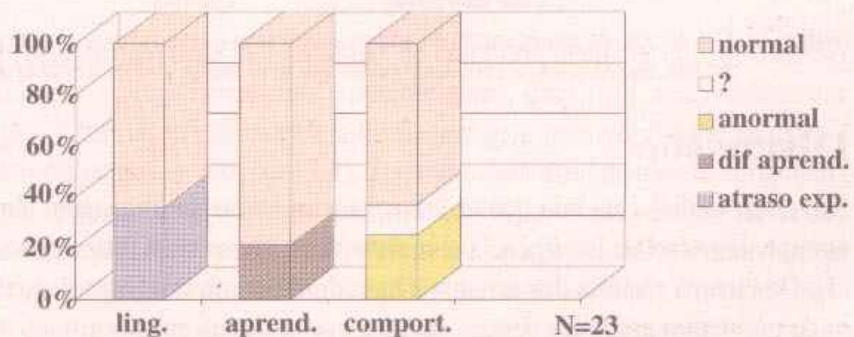


Gráfico 5 — Evolução das crianças com atraso expressivo da linguagem

Quando comparámos a aprendizagem do grupo controlo (n=36) com a do grupo das 36 crianças das quais tínhamos informação dos professores, constatámos diferenças significativas. Assim, 31 das 36 crianças pertencentes ao grupo controlo não apresentavam dificuldades escolares em nenhuma das áreas analisadas (86%), enquanto que 20 crianças do grupo com informação dos professores (56%) apresentavam pelo menos dificuldades numa das áreas de leitura, escrita ou matemática. Comparando estes dois grupos em termos de linguagem e comportamento, 88% das crianças do grupo controlo não apresentavam atraso de linguagem e só em 12% dos casos foram referidos problemas de comportamento – figuras 6 e 7.

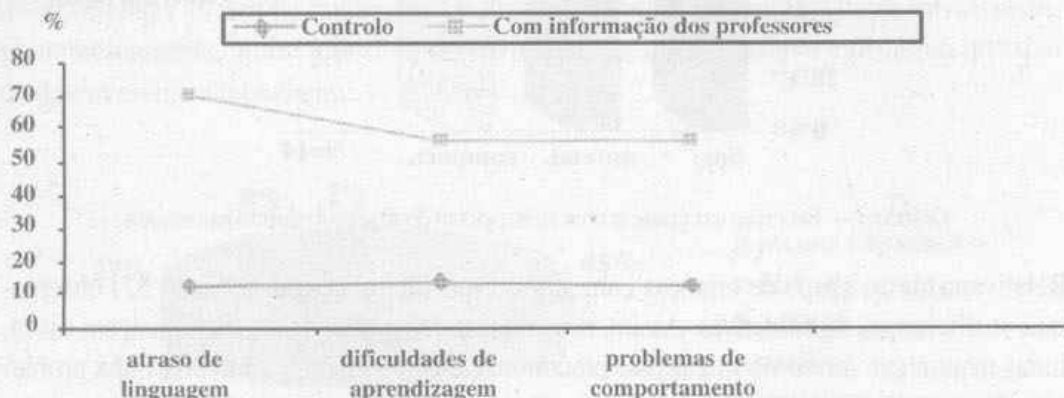


Gráfico 6 — Comparação entre o grupo controlo e o grupo com informação dos professores em termos de linguagem, aprendizagem e comportamento.

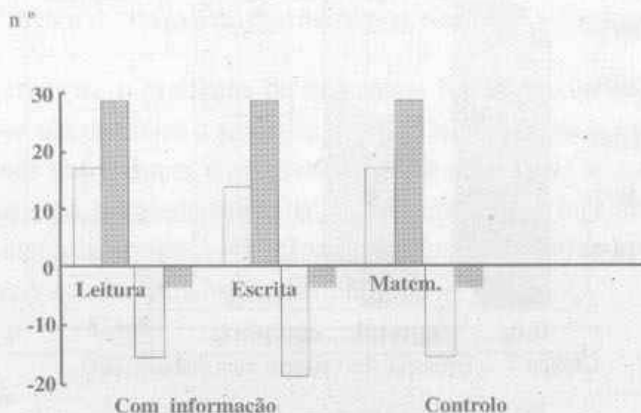


Gráfico 7 — Comparação da aprendizagem do grupo controlo com o grupo alvo do qual tínhamos informação dos professores. Às crianças com desempenho abaixo da média foi-lhes atribuído um valor negativo.

Discussão

Steverson (1984) concluiu que as crianças com atraso da linguagem têm um alto risco de terem baixo nível de inteligência e, mais tarde, apresentarem dificuldades de aprendizagem (3). De facto, a maioria dos estudos longitudinais confirmam a presença dum maior número de problemas escolares nestas crianças, que se manifestam por fraco rendimento escolar e posterior baixo grau académico, quando comparadas com a população em geral (6,10).

Estas observações explicam-se, por um lado, pela dificuldade que a criança com atraso da linguagem tem em perceber o que verbalmente lhe é ensinado na escola, especialmente se o défice de linguagem envolver a compreensão. Por outro lado, as dificuldades de comunicação podem levar à tendência ao isolamento da criança, à baixa auto-estima (comprometendo ainda mais a aprendizagem) e a problemas de comportamento (2,3). Os défices do desenvolvimento fonológico vão implicar o atraso na aquisição da leitura e escrita, com todas as consequências que daí advêm para o rendimento escolar (2,3).

Verificou-se neste estudo que, o que à partida parece ser apenas um problema de linguagem, pode ter subjacente outro tipo de patologia, nomeadamente atraso global do desenvolvimento, surdez ou mesmo autismo. O rastreio de défice auditivo é imperativo em toda a criança com atraso de linguagem, principalmente se existir qualquer suspeita.

O atraso isolado da linguagem e principalmente o atraso expressivo de linguagem foram predominantes, à semelhança do que é referido na literatura (3). Quanto às hipóteses diagnósticas iniciais, refira-se que apesar do défice de estimulação ser um factor importante na etiologia do atraso de linguagem, ele é muitas vezes sobrevalorizado numa primeira consulta (note-se que foi a hipótese de diagnóstico colocada em 1/3 dos casos).

Como seria de esperar, todas as crianças com atraso global do desenvolvimento mantiveram dificuldades de aprendizagem e atraso de linguagem. Na maioria das crianças com atraso misto da linguagem (67%) persistiram problemas de linguagem e de aprendizagem. No entanto, Sheridan e Peckham (1978), concluíram que não era a persistência, mais tarde, de problemas da fala a causa das dificuldades escolares, mas antes, o atraso da fala seria um marcador precoce de baixa inteligência (3). Desta forma, a inteligência seria o principal factor predictivo de futuras dificuldades escolares. Assim, compreende-se que o atraso de linguagem envolvendo a compreensão (e não o atraso puramente expressivo) seja um factor limitativo da aprendizagem, tal como verificámos no nosso estudo.

Nesta amostra, encontrou-se um maior número de problemas de comportamento nas crianças com atraso da linguagem, quando comparadas com as do grupo controlo. A hiperactividade e o défice de atenção são os problemas do comportamento mais frequentemente associados. Beitchman et al (1993) constatarem esta associação em 30% das crianças com atraso de linguagem e apenas em 4% das que tinham uma linguagem normal.(3). No entanto, esta associação tem sido referida diferentemente de autor para autor, desde 5% até 90% dos casos (3).

Várias hipóteses procuram justificar os problemas de comportamento: primeiro, o atraso de linguagem perturbaria as relações sociais e interpessoais, quer pela incapacidade em compreender as regras e limites impostos pelo adulto, quer pela impossibilidade na exteriorização verbal dos sentimentos e emoções (2,3). Segundo, essa dificuldade em compreender e em se exprimir levariam ao sentimento de frustração e baixa auto-estima. Terceiro, estando o atraso da linguagem associado a mau rendimento escolar, as dificuldades escolares seriam, elas próprias, geradoras de conflito. Por último, outras variáveis frequentemente relacionadas com o atraso de linguagem (por ex: baixo nível socio-económico e ambiente familiar disfuncional), estariam igualmente na génese desses comportamentos (2).

*saúde
infantil*

1997; 19/3: 9-17

Alguns autores relacionam os problemas de comportamento com o tipo de atraso de linguagem. Cook et al (1993) constataram uma maior correlação entre a hiperactividade/distractibilidade com o atraso misto de linguagem, do que com o atraso puramente expressivo. Também nestas crianças, os níveis de agressividade eram mais elevados (2, 3). Neste estudo e, à semelhança do que é descrito na literatura, este tipo de comportamento predominou no grupo com atraso global do desenvolvimento e atraso misto da linguagem. No entanto, Tramontana (1988) e Hinshaw (1992) concluíram que os problemas de comportamento tinham pouca importância no rendimento escolar e grau académico, quando comparados com os défices cognitivos (2).

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Fourth Edition, Washington DC, American Psychiatric Association 1994.
2. Shachter D. Academic performance in children with speech and language impairment: a review of follow-up research. In Language, learning, and behavior disorders. 1º Ed, 1996; 515-29
3. Beitchman J, Wilson B. Linguistic impairment and psychiatric disorders: pathways to outcome. In Language, learning, and behavior disorders. 1º Ed, 1996; 493-514
4. McRae KM, Vickar E. Simple developmental speech delay: a follow-up study. Dev Med Child Neurol 1991; 33:968-74
5. Silva PA, Williams S, Mcgee Rob. A longitudinal study of children with developmental language delay at age three. Later intelligence, reading and behaviour problems. Dev Med Child Neurol 1987, 29: 630-40
6. Coplan J, Gleason JR. Unclear speech: recognition and significance of unintelligible speech in pre-school children. Pediatrics 1988; 82: 447-52
7. Reynell J K, Huntlay Michael. Reynell developmental language scales manual. Second revision. Windsor : NFER-NELSON, 1987.
8. Sharon L. Early speech and language indicators for later learning problems: Recognizing a language organization disorder. Inf Young Chil 1994; 7: 43-52
9. Klackenberg G. What happens to children with retarded speech at 3? Acta Paediatr Scan 1980; 60: 681-5
10. Fundudis T, Garside RF, Kolvin I. A follow-up study: predictive importance-cognitive, language and educational development. In: Speech retarded and deaf children. Their psychological development. 1ª ed. Academic Press, London, 1979: 51-65.

Correspondência: Agostinho Silva Fernandes
Hospital Pediátrico de Coimbra
3000 Coimbra

*saúde
infantil*

1997; 19/3: 9-17

QUESTIONÁRIO *

O menino(a) _____

foi seguido no nosso Hospital desde os anos, por atraso de linguagem.

Idade de entrada na escola

Ano escolar em que se encontra número de reprovações

Apoio do ensino especial: sim ☐ não ☐

Linguagem (em relação à idade cronológica)

| | atraso | sem atraso |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| Global | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vocabulário | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Articulação | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Estruturas da frase | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Conteúdo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

saúde infantil

1997; 19/3: 9-17

Aprendizagem (em relação à idade cronológica)

| | Acima da média | médio | abaixo da média | muito abaixo da média | |
|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| Leitura | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | não lê <input type="checkbox"/> |
| Escrita | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | não escreve <input type="checkbox"/> |
| Matemática | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Comportamento (em relação à idade cronológica)

| | normal | anormal |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Atenção/concentração | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Impulsividade/irreflexão | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lentidão | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Agressividade | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hiperactividade/irrequietude | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Relação com colegas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Relação com o professor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

* Questionários-tipo enviados aos professores das crianças em estudo.

MICROCEFALIA

Helena Ferreira¹, Célia Barbosa²

RESUMO

Os autores propõem-se fazer uma revisão teórica sobre microcefalia na idade pediátrica. Revêem-se os conceitos actuais, sendo essencialmente discutida a abordagem clínica e os diagnósticos diferenciais.

Palavras-chave: microcefalia, microencefalia, microcefalia primária, microcefalia secundária, microcefalia genética e microcefalia não-genética.

SUMMARY

A revision about microcephaly in childhood is made. Present concepts are revised, and the clinical approach and the discussion of the differential diagnosis are particularly focused.

Keywords: microcephaly, microencephaly, primary microcephaly, secondary microcephaly, genetic microcephaly, non-genetic microcephaly.

1 Interna Complementar de Pediatria

2 Assistente Hospitalar Graduada de Pediatria e Neuropediatria
Hospital de Crianças Maria Pia

Introdução

Microcefalia é definida, para a maioria dos autores como um perímetro craniano (PC) abaixo do percentil três ou dois ou mais desvios padrão abaixo da média (percentil 50), quando essa medição é avaliada em tabelas de percentis adequadas à idade cronológica, idade gestacional, sexo, e para alguns autores, também raça (1,2,3).

Uma definição tão ampla obviamente inclui alguns indivíduos normais (1). O tamanho da cabeça é altamente variável quer individual quer familiarmente (4,5).

A avaliação rotineira do tamanho da cabeça pela medição do PC é imprecisa e depende da forma do crânio, e portanto é apenas imperfeitamente correlacionável com o volume do cérebro. É proposto por alguns autores, e apenas quando se justifique, uma avaliação mais rigorosa por métodos radiológicos (1), por exemplo quando há suspeita de craniossinostose. No entanto, a medição seriada do PC na avaliação do crescimento do cérebro é ainda o método mais importante.

A microcefalia parece dever-se predominantemente a um distúrbio de proliferação celular que ocorre mais activamente na primeira metade da gravidez e que se prolonga até ao primeiro ano de vida. Além da proliferação celular deficiente, são ainda possíveis outros mecanismos, como a morte excessiva de células embrionárias ou destruição tardia por causas exógenas. A migração celular é também secundariamente afectada, uma vez que esta e a proliferação celular são processos altamente correlacionáveis, condicionando heterotopias da substância cinzenta e desarranjos da arquitectura neuronal: agiria, polimicrogria, macrogria, lisencefalia (1,2,6).

Classificação

As microcefalias podem ser classificadas como primárias (se presentes ao sétimo mês de vida intra-uterina, podendo incluir situações genéticas e não genéticas), e secundárias (se ocorrem após o sétimo mês de gestação) (1). As microcefalias primárias englobam situações em que o cérebro é pequeno porque nunca se formou apropriadamente; as microcefalias secundárias englobam situações em que, embora o cérebro se tenha formado normalmente, este foi gravemente lesado por um processo patológico que comprometeu o seu crescimento futuro (3).

É a favor de microcefalia primária *versus* secundária: inteligência subnormal em parentes em primeiro grau, abortamentos anteriores, gravidez, parto e período neonatal sem incidentes, existência de consanguinidade, microcefalia aparente ao nascimento, e ausência de sinais neurológicos ou grandes problemas no desenvolvimento (7).

Uma outra classificação em microcefalias genéticas e não-genéticas (Quadro I), isto é, que faz a distinção entre as formas familiares e as esporádicas, é mais útil, pois permitirá o aconselhamento genético. No entanto, muitos dos casos de microcefalia são de difícil classificação, mesmo após investigação exaustiva das causas e mecanismos possíveis.

Microcefalias genéticas

Microcefalia Vera

Microcefalias genéticas distintas da Vera:

Microcefalia com transmissão autossômica dominante

Microcefalia *plus***Microcefalias em anomalias cromossômicas e síndromas dismórficos transmitidos ou não geneticamente**

- Síndrome de Bloom
- Síndrome COFS ou Síndrome cérebro-óculo-facial-esquelético
- Síndrome de Cockayne
- Síndrome de Coffin-Siris
- Síndrome de Cornélia de Lange
- Síndrome de Dubowitz
- Síndrome de Langer-Giedion ou Síndrome trico-rino-falângico tipo II
- Síndrome de Meckel
- Síndrome de Rubinstein-Taybi
- Síndrome de Seckel
- Síndrome de Smith-Lemli-Opitz
- Síndrome de Williams
- Síndrome de Nijmegen
- Lisencefalia tipo I com ou sem anomalias do cromossoma 17 no locus 17p13.3 (síndrome de Miller-Dieker)

saúde
infantil

1997; 19/3: 19-27

Microcefalias não-genéticas

Distúrbios intra-uterinos

Infecção intra-uterina

Drogas e outros químicos

Vascular

Metabólicas (hiperfenilalaninemia materna)

Radiação X

Lesão cerebral perinatal

Encefalopatia hipóxico-isquêmica

Hemorragia intracraniana

Meningite e encefalite

Quadro I — Classificação das microcefalias**Microcefalias genéticas** — destas microcefalias destacamos a Microcefalia Vera.

Microcefalia Vera — a sua incidência é cerca de 1:25000-50000 nados-vivos (8). É uma entidade caracterizada por microcefalia marcada (pelo menos 5-6 desvios-padrão abaixo da média), fronte recuada e estreitada, vértex pontiagudo, achatamento dos ossos occipitais e temporais, com pavilhões auriculares e face de tamanho normal (dando a sensação de grande), conferindo ao indivíduo um fâcies peculiar (*bird-like face*). A hereditariedade é

quase sempre autossômica recessiva mas poderá ser também autossômica dominante (geralmente microcefalias menos marcadas, com expressão *minor* num dos progenitores que pode ter inteligência *border-line*) (9,10) ou, mais raramente, ser ligada ao X (1). Habitualmente não exibem sinais neurológicos grosseiros, embora sejam comuns discretos distúrbios de coordenação motora fina, comprometimento visual, e espasticidade subtil a ligeira (2). É frequente a referência a um comportamento hipercinético, e o atraso mental é constante, embora de gravidade variável. Um terço dos casos tem convulsões. Do ponto de vista neuropatológico estão descritas deficiências no padrão de giração e laminação cortical, bem como heterotopias (1,6,12,13,14), e histologicamente está descrita pobreza neuronal nas camadas II e III (1).

Microcefalias genéticas com quadros distintos da microcefalia vera (grupo muito heterogêneo) destacam-se:

- A microcefalia com transmissão autossômica dominante com desempenho intelectual normal (cl clinicamente silenciosa), mesmo com PC dois a quatro desvios padrão abaixo da média (1,15,16).
- A microcefalia *plus*, isto é, microcefalia associada a anomalias retinianas (síndrome de pseudotoxoplasmose com transmissão dominante ou recessiva) (1,17-19); baixa estatura (transmissão dominante) (1); síndrome nefrótico congénito (1); intestino curto (1); agenesia do corpo caloso (1); distúrbios graves da migração celular (1); cardiomiopatia (18); micromelia (18); defeitos quimiotáticos e hipogamaglobulinemia transitória (18); anomalias da fusão da coluna cervical (18).

Microcefalias em anomalias cromossômicas e síndromas dismórficos transmitidos ou não geneticamente, das quais destaca:

- Síndrome de Bloom (baixa estatura, eritema telangiectásico facial, hipoplasia malar e imunodeficiência humoral) (19).
- Síndrome COFS ou Síndrome cérebro-óculo-facial-esquelético (microftalmia, cataratas, blefarofimose, hipoplasia mandibular, e contracturas em flexão dos cotovelos e joelhos) (19).
- Síndrome de Cokayne (fácies peculiar, progeria, degenerescência retiniana, surdez neurossensorial, foto-sensibilidade) (19).
- Síndrome de Coffin-Siris (fácies grosseiro, hipoplasia ou ausência de quinto dedo e hipoplasia das unhas dos háluxes) (19).
- Síndrome de Cornélia de Lange (atraso mental e de crescimento, sinofris, filtro longo, lábio superior fino, narinas antevertidas, implantação baixa do cabelo, anomalias esqueléticas) (19).
- Síndrome de Dubowitz (baixo peso ao nascer, nanismo e eczema) (19).
 - Síndrome de Langer-Giedion ou Síndrome trico-rino-falângico tipo II (nariz bulboso, cabelo escasso, pavilhões auriculares grandes e pouco

saúde
infantil

1997; 19/3: 19-27

lobulados, exostoses múltiplas e epífises cuneiformes dos ossos das mãos; estão descritas deleções no cromossoma 8) (19).

- Síndrome de Meckel (encefalocelo, microftalmia, polidactilia, rim poliquístico, fenda/lábio leporino) (19).
- Síndrome de Rubinstein-Taybi (atraso mental, polegares e háluxes grandes, orientação antimongolóide das fendas palpebrais, maxilar pequeno) (19).
- Síndrome de Seckel (baixa estatura franca, *bird-like face*) (19).
- Síndrome de Smith-Lemli-Opitz (narinas antevertidas e/ou ptose palpebral, sindactilia dos segundos e terceiros dedos dos pés, hipospádia e criptorquidia) (19).
- Síndrome de Williams (estenose aórtica supravalvular, hipercalcemia transitória, lábios proeminentes, pregas de epicanto, narinas antevertidas e filtro longo) (19).
- Síndrome de Nijmegen (instabilidade cromossômica, inteligência normal, imunodeficiência e risco acrescido de neoplasias malignas linforeticulares; provavelmente autossômico recessivo) (16,18).
- Lisencefalia tipo I com ou sem anomalias do cromossoma 17 no locus 17p13.3 (Síndrome de Miller-Dieker com fácies característico e epilepsia grave) (11, 20).

Microcefalias não-genéticas

Secundárias a distúrbios intra-uterinos, havendo nestes casos uma microcefalia ao nascer:

- Infecções intra-uterinas a citomegalovírus (microgria e calcificações cerebrais), toxoplasmose (calcificações cerebrais), rubéola (áreas necróticas perivasculares, polimicrogria, heterotopias e cavitações subependimárias), herpes simplex, coxackie B (2).
- Drogas e outros químicos: álcool (2) (heterotopia neuroglial e desorganização neuronal), intoxicação materna por CO (2) (microcefalia, microgria, atraso mental, convulsões), cortisona, inibidores das enzimas com grupo sulfidrílo, aminoptéina, trietilenomelanina, mustarda nitrogenada (21).
- Vascular: insuficiência placentária (2), hipertensão arterial (2), aplasia dos vasos cerebrais *major* (3), (causa desconhecida; ao nascimento a tomografia axial computadorizada revela cavidades císticas calcificadas distintas das infecções intra-uterinas porque têm distribuição vascular).
- Metabólica: hiperfenilalaninemia materna (2,6,22,23) (níveis séricos elevados de fenilalanina na mãe, não diagnosticada e não tratada podem produzir lesão cerebral marcada num lactente não-fenilcetonúrico; suspeitar perante mãe com deficiência mental, mesmo que leve, fenótipo característico e eventual epilepsia), *diabetes mellitus* materna (2).
- Radiação X (1,2,18,21): a exposição precoce (4-20 semanas) a radiações ionizantes pode condicionar microcefalia; no entanto a irradiação diagnóstica de 1 rad ou menos parece ter pequeno ou nenhum risco.

saúde
infantil

1997; 19/3: 19-27

II — Secundárias a lesão cerebral perinatal, situações em que o perímetro craniano é normal ao nascimento:

Encefalopatia hipóxico-isquémica.

Hemorragia intracraniana.

Meningite e encefalite: inclui a infecção HIV (microcefalia associada a encefalopatia e calcificações dos gânglios da base) (2).

Avaliação e investigação

Perante uma microcefalia é importante a realização de uma anamnese cuidadosa, não esquecendo de averiguar os seguintes pontos:

Nos antecedentes pessoais é importante investigar a exposição perinatal a teratogénos, patologia materna (doença exantemática, diabetes mellitus, hipertensão arterial), e serologias maternas efectuadas durante a gravidez. As condições do parto, o índice de Apgar e a descrição de reanimação ao nascimento, permitirão avaliar a gravidade de uma eventual asfixia perinatal. A somatometria ao nascimento e a sua adequação à idade gestacional, bem como a avaliação seriada do PC no primeiro ano de vida é importante, pois a relação do PC com o peso ao nascimento pode orientar para a causa da microcefalia (5): se a relação é baixa aponta para uma causa pré-natal (desenvolvimento cerebral deficiente ou craniossinostose); se a relação é normal ao nascimento e se diminuir a partir dos 4-6 meses, poder-se-á pensar em efeitos adversos de um parto difícil; se a agressão ocorrer após os 9 meses de idade (lesão cerebral traumática ou meningite), o PC pode ser relativamente normal, uma vez que o cérebro atinge metade do seu tamanho adulto pelos 9 meses e cerca de 75% pelos 2 anos. Portanto, quanto mais precocemente ocorrer a agressão nos dois primeiros anos de vida, mais grave será a microcefalia.

Nos antecedentes familiares a história familiar deverá ser completa, com árvore genealógica, visando a pesquisa de outros casos de microcefalia ou distúrbios do sistema nervoso central. O PC dos pais e irmãos deverão ser avaliados, sempre que possível.

O exame objectivo deve dar especial atenção à pesquisa de dismorfias, ao exame neurológico, e avaliação do desenvolvimento psicomotor. É importante ter em conta que algumas microcefalias primárias isoladas e a maioria das microcefalias associadas a anomalias cromossómicas se desenvolvem no primeiro ano de vida, tendo um PC normal ao nascimento, excepto aqueles que se acompanham de prosencefalia ou de alterações da migração celular (4,7,24). As microcefalias com atraso mental por lesão cerebral perinatal são geralmente microcefalias moderadas, com défice motor associado (algum grau de paralisia cerebral), e a epilepsia é frequente; o contrário é habitualmente a favor de microcefalia com origem pré-natal (1,3). Nas microcefalias por doença sistémica pós-natal, embora todo o crescimento seja afectado, o PC é habitualmente menos atingido relativamente ao peso e à estatura (3).

A investigação complementar de uma microcefalia deverá ser orientada e programada consoante a anamnese e o exame objectivo e poderá abranger:

*saúde
infantil*

1997; 19/3: 19-27

- serologia TORCH (mãe e filho) e cultura vírica na urina do recém-nascido/lactente, para documentação da infecção intrauterina;
- cariótipo especialmente se há suspeita de síndrome cromossômica e/ou fácies anormal, baixa estatura ou outras dismorfias;
- estudo metabólico, incluindo amônia sérica e aminoácidos no sangue e urina (mãe e filho);
- electroencefalograma (EEG) - algumas lisencefalias acompanham-se de um padrão de EEG muito sugestivo (ritmos rápidos de grande amplitude) que sugerem o diagnóstico.
- técnicas de imagem: radiografia do crânio que pode mostrar calcificações intracranianas, e excluir craniossinostose; ecografia transfontanelar que pode revelar malformações cerebrais grosseiras, leucomalácia e/ou porencefalia; tomografia axial computadorizada e ressonância magnética cerebrais podem ajudar na distinção de microcefalia primária versus secundária, no primeiro caso a imagem é normal ou é reconhecido um padrão de malformação cerebral, e no segundo caso a imagem é habitualmente anormal, podendo incluir ventrículos alargados, atrofia cerebral, porencefalia; no entanto, uma imagem normal não exclui uma microcefalia secundária (1,3,25).

Diagnóstico diferencial

É essencialmente feito com a craniossinostose. Se esta é total, é facilmente detectada pela forma característica do crânio, exoftalmia, sinais de hipertensão intracraniana e pela imagem radiológica.

Na craniossinostose a radiografia do crânio revela habitualmente ao nascimento união óssea entre as suturas afectadas (21).

A distinção entre craniossinostose e crescimento cerebral deficiente é geralmente fácil, pois na primeira situação a forma do crânio é anormal e as suturas estão elevadas, enquanto na segunda situação a forma do crânio é relativamente normal, podendo haver alguma sobreposição dos ossos do crânio (3).

Orientação

Como a grande maioria das crianças com microcefalia têm uma ou mais dificuldades/deficiências (atraso mental, défices motores, epilepsia, etc), o médico deverá orientar cada caso para as estruturas disponíveis de educação e ensino, que proporcionem o máximo desenvolvimento de cada criança.

O aconselhamento genético dos pais, face à possibilidade de uma futura gravidez é de grande importância; a incidência de microcefalia primária está estimada em 1:25000/50000 nados vivos, e a incidência de microcefalia genética ronda os 20-35% de todos os casos de microcefalia (10,24). A taxa de recorrência nas microcefalias familiares sem padrão hereditário conhecido, foi calculado entre 6-19% (1,2,18,22).

O diagnóstico pré-natal feito por ecografia é extremamente difícil, especialmente na ausência de malformações associadas, pois a simples medição do diâmetro biparietal não é

*saúde
infantil*

1997; 19/3; 19-2

suficiente; este pode estar diminuído em situações de craniossinostose sagital, ou moldagem intrauterina (1,24,26,27). Também segundo alguns autores, 50% das microcefalias verdadeiras têm PC normal ao nascimento, com desaceleração progressiva do crescimento da cabeça, no período pós-natal (7).

Para minimizar o erro, o diâmetro biparietal deve ser comparada com o comprimento cranio-caudal, comprimento do fêmur, e com o perímetro abdominal, devendo ser feitas avaliações seriadas para tentar documentar um crescimento desproporcionalmente reduzido da cabeça (26). Habitualmente a avaliação só é conclusiva muito tarde na gravidez (após as 24 semanas), o que dificulta a tomada de atitudes que daí possam advir (18,22,24).

A amniocentese pode ser realizada para clarificar uma eventual base cromossômica de microcefalia identificada ecograficamente (26).

Conclusões

Perante uma criança com suspeita de microcefalia devemos primeiramente certificarmos de que é realmente uma microcefalia (não esquecendo as situações de prematuridade), e excluir situações de craniossinostose (segundo parâmetros clínicos e radiológicos), pois esta última carece de um tratamento urgente e específico.

Seguidamente, todos os esforços devem ser feitos para tentar destriçar as situações genéticas das não-genéticas, e sempre que possível classificá-las em entidades conhecidas, para melhor orientação dos pais e criança. Não será demais enfatizar o valor da história clínica e exame clínico, cuidadosos e completos.

BIBLIOGRAFIA

1. Aicardi J. Diseases of the nervous system in childhood. London. Mac Keith Press, 1992.
2. Swaiman KF. Pediatric Neurology — Principles and Practices. St. Louis. The CV Mosby, 1989.
3. Fenichel GM. Clinical Pediatric Neurology. Philadelphia: WB Saunders, 1988.
4. Illingworth RS. Common Symptoms of Disease in Children. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1987.
5. Illingworth RS. The Normal Child. London: Churchill Livingstone, 1991.
6. Nelson. Textbook of Pediatrics. London: WB Saunders, 1992.
7. Qutub H, Qazi and T. Edward Reed. A problem in diagnosis of primary versus secondary microcephaly. Clinical Genetics 1973; 4: 46-52.
8. Book Ja, Schut JW, Reed SC. A clinical and genetical study of microcephaly. Am J Ment Defic 1953; 57: 637.
9. Vasquez AB, Rebollo JC, Uoz JVB, et al. Microcefalia Vera. Heterogeneidad genética y retraso mental. An Esp Pediatr 1988; 29, 5: 397-400.

*saúde
infantil*

1997; 19/3: 19-27

10. Haslam R, Smith DW. Autosomal dominant microcephaly. *J Pediatr* 1979; 95: 701-05.
11. Oski FA, De Angelis CD, Feigin RD, Mc Millan JA, Warhaw JB. Principles and Practice of Pediatrics. J. B. Lippincott Company, 1994.
12. Robain O, Lyon G. Les micrencéphalies familiales par malformation cérébrale. *Acta Neuropath* 1972; 20: 96-109.
13. Williams RS. Golgi and routine microscopic analysis of congenital microcephaly ("Microcephaly Vera"). *Annals of Neurology* 1979; 6: 173.
14. Halperin JJ, Williams RS, Kolodny EH. Microcefalia vera, progressive motor neuron disease and migral degeneration. *Neurology* 1982; 32: 317-20.
15. Ramirez M, Rivas F, Cantú J. Silent microcephaly: a distinct autosomal dominant trait. *Clinical Genetics*, 1983; 23: 281-286.
16. Seemanova E, Passarge E, Dagmar B, Houstek J, Kasal P, Seviková M. Familial microcephaly with normal intelligence, immunodeficiency, and risk of lymphoreticular malignancies: a new autosomal recessive disorder. *Am J Med Genet*, 1985; 20: 639-648.
17. Burn J, Wickramasinghe H, Harding B, et al. A syndrome with intracranial calcification and microcephaly in two sibs, resembling intrauterine infection. *Clinical Genetics* 1986; 30: 112-16.
18. McKusick VA. Mendelian inheritance in man. Baltimore: The John Hopkins University Press, 1992: 1538-40.
19. Baraitser M. The Genetics of Neurological Disorders. Oxford: University Press, 1990.
20. Barkovich AJ. Pediatric Neuroimaging. New York: Raven Press, 1995.
21. Menkes JH. Textbook of Child Neurology. Philadelphia: LEQ. B. Febign, 1990.
22. Harper PS. Practical Genetic Counselling. Oxford: Butterworth — Heinemann Ltd, Linacre House Jordan Hill, 1993.
23. Moreira A, Rosa J, Castro MJ, Tavares I. Fenilcetonúria materna, como causa de microcefalia e atraso do desenvolvimento da descendência. *Rev. Port Pediatr* 1994; 25: 127-129.
24. Jaffe M, Tirosh E, Oren S. The dilemma in prenatal diagnosis of idiopathic microcephaly. *Devel Med Child Neurol* 1987; 29: 187-89.
25. Jaworski M, Hersch J, Donat J, et al. Computed tomography of the head in the evaluation of microcephaly. *Pediatrics* 1986; 78: 1064-69.
26. Fishman MA. Pediatric Neurology. Orlando Grune & Stretton, Inc, 1986.
27. Pescia G, Nguyen-The H, Deonna T. Prenatal Diagnosis of Genetic Microcephaly. *Prenatal Diagn*, 1983; 3: 363-365.

Correspondência: Célia Barbosa

Serviço de Neuropediatria
Hospital de Crianças Maria Pia
R. Boavista, 827
4050 Porto

*saúde
infantil*

1997; 19/3: 19-27

VIAJAR COM CRIANÇAS EM ÁFRICA

Luís Varandas¹

RESUMO

Viajar é cada vez mais fácil. Os operadores turísticos oferecem locais exóticos e apelativos. Portugal estreita os seus laços de cooperação com os países africanos que falam português. Assim, muitas famílias deslocam-se e residem por períodos mais ou menos longos em países onde doenças quase erradicadas em Portugal são comuns e outras próprias dos climas tropicais têm carácter endémico. O pediatra deve estar preparado para aconselhar os pais acerca dos cuidados a ter com os filhos em situações de alguma forma peculiares e desconhecidas para a maioria das pessoas. De uma forma breve serão explicados alguns dos cuidados gerais e médicos a ter quando se viaja com crianças para África.

Palavras-chave: viajar, crianças, África.

SUMMARY

Travelling abroad is becoming safer and easier. Portuguese travelers are particularly attracted to the Portuguese speaking African countries. In these countries there are many tropical diseases that would be considered "exotic" by the Portuguese clinicians who must be prepared to advise parents on the adequate care of their children in those countries. This paper describes the preventive measures to be taken by travellers before, during and after their trip.

Keywords: travel, children, Africa.

1 Assistente de Pediatria; Assistente Convidado de Clínica de Doenças Tropicais
Serviço de Pediatria, Hospital Fernando da Fonseca; Unidade Sistemas de Saúde,
Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Introdução

Viajar é cada vez mais fácil e seguro. Percorrem-se confortavelmente grandes distâncias num curto espaço de tempo. Viaja-se por negócios ou por prazer, para locais longínquos e exóticos e as crianças acompanham os adultos com maior frequência. A cooperação Norte-Sul de carácter mais ou menos oficial ou a simples competição empresarial faz com que muitas famílias se desloquem e residam por longos períodos nos países em vias de desenvolvimento. Aqui muitas doenças quase erradicadas dos países desenvolvidos como a poliomielite e difteria são comuns, doenças cosmopolitas como a tosse convulsa, sarampo, febre tifóide, tétano e outras próprias de países tropicais como a malária e shistosomíase tem carácter endémico.

O pediatra deve estar preparado para aconselhar os pais sobre os cuidados a ter com os seus filhos em situações de alguma forma peculiares e desconhecidas para a maioria das pessoas. As recomendações aqui descritas podem servir de orientação para a generalidade das situações, devendo no entanto, ser adaptadas a cada caso particular. Embora algumas não se apliquem directamente às crianças, mas sim aos pais, contribuirão para que tudo corra pelo melhor.

*saúde
infantil*

1997; 19/3: 29-39

Preparação da viagem

A viagem deverá ser cuidadosamente planeada com tempo e com conhecimento tão completo quanto possível do local do destino, da duração da estadia e do objectivo dessa estadia. O viajante deverá saber o mínimo sobre o país a que se dirige. Tentar obter resposta às seguintes perguntas poderá ajudar a planear a viagem de forma mais segura e realista:

- 1) onde vai, por quanto tempo, quais as condições climatéricas?
- 2) que recursos de saúde existem, onde e como pode recorrer a eles?
- 3) quais os medicamentos disponíveis?
- 4) quais as doenças que irá encontrar e que vacinas deve fazer?
- 5) que cuidados deve ter com a água e comida?
- 6) onde fica hospedado?
- 7) qualidade e disponibilidade de ensino, livros, actividades culturais e recreativas?

Os cuidados a ter serão diferentes se esta for curta e apenas nas grandes cidades ou longa em zonas rurais. Tenha em consideração que as áreas de maior risco infeccioso são as zonas rurais onde as condições higiénico sanitárias são piores e o recurso a um centro médico de qualidade mais difícil. Por outro lado, a prevalência de algumas doenças é francamente diferente de uma zona de África para outra.

Lembre-se que nos trópicos existem essencialmente duas estações climatéricas sendo a das chuvas a evitar pelo maior risco de transmissão de doenças, mais difíceis comunicações por terra e consequentemente maior risco de acidentes. É que apesar do medo das infecções e da grande probabilidade de as contrair, os viajantes morrem mais de acidentes¹.

Quando se viaja, mesmo por curtos períodos, deve-se procurar saber o máximo sobre o sistema de saúde do país de destino, a sua organização, como a ele recorrer e as suas potencialidades. As fontes de informação poderão ser, além do médico, revistas de informação geral, agências de viagens, embaixadas e consulados. Habitualmente, na capital e outras grandes cidades onde funcionam hospitais universitários, as infra-estruturas e os técnicos de saúde são de qualidade. No campo poderão existir apenas técnicos com formação básica e os padrões de qualidade dos cuidados médicos ser muito distantes dos habituais no mundo ocidental. Por vezes, a assistência médica em regiões mais remotas é prestada por missionários, que são normalmente expatriados. O desejo, por parte das autoridades locais, de salvaguardar a imagem turística do país, pode ser determinante para uma boa assistência médica ao viajante.

Cuidados gerais a ter antes de viajar

Existem algumas precauções que se devem ter na generalidade das viagens e não só para África, mas elas não devem ser esquecidas. Deve efectuar fotocópias de documentos que se considerem importantes (bilhete de identidade, passaporte, certidão de nascimento se não tiver ainda passaporte), uma cópia para levar, uma para ficar em casa e uma ou duas para pessoas em quem se possa confiar e que estejam contactáveis. Leve nomes, moradas e telefones de pessoas da sua confiança e facilmente contactáveis do exterior. Registe o número do bilhete de avião, número do voo, local onde ficam hospedados e mantenha essas informações separadas dos bilhetes pois, em caso de roubo, poderá facilitar o reembolso ou a sua substituição. Tenha sempre fotos tipo passe, podem ser necessárias e difíceis de obter com rapidez. Informe-se previamente do local da embaixada de Portugal, consulado ou seu representante, do número de telefone e do horário a que ela poderá recorrer. Tenha uma ideia dos fusos horários — "jetlag" — para programar uma boa adaptação ao novo horário e eventualmente adaptações no horário de medicações. Não se esqueça que no caso de a criança viajar apenas com um dos pais poderá necessitar de autorização escrita do outro progenitor.

Cuidados médicos

Todos os viajantes devem consultar o médico e serem sujeitos a um exame clínico mais ou menos pormenorizado. Crianças com problemas médicos particulares (asma, diabetes, insuficientes renais, doença respiratória crónica...) devem ser cuidadosamente examinadas e ter sempre consigo "informação médica pessoal". Se for considerado necessário deve ser portadora de uma cópia em Inglês ou Francês, o médico provavelmente falará uma das línguas. Os doentes crónicos devem levar consigo quantidade suficiente de medicamentos e saber a quantidade que fazem em princípio activo pois as apresentações comerciais podem ser muito diferente.

O viajante deve procurar saber se eventuais seguros médicos são válidos para o país onde se dirige e se cobrem despesas de evacuação em caso de necessidade. Saiba o grupo sanguíneo

*saúde
infantil*

1997; 19/3: 29-39

das crianças, dos pais e de possíveis dadores. O controlo da qualidade do sangue e derivados é em muitos países deficiente e o risco de contrair infecção a HIV e outras doenças existe. Consulte o dentista antes de partir pois pode ser difícil encontrar alguém qualificado. A fita dental pode ser importante em locais onde não exista água potável para lavar os dentes. É aconselhável levar óculos, lentes de contacto, aparelho de audição, aparelho dentário em duplicado e respectivas receitas. Em caso de perda ou dano pode ser difícil ou impossível consertá-los ou conseguir outros em tempo útil. As lentes de contacto sujam-se facilmente, soluções de limpeza podem ser difíceis de obter e se aparecem úlceras de córnea e/ou conjuntivites pode não haver oftalmologista ou um simples médico.

É importante, sempre que possível, manter o aleitamento materno. Leite adaptado ou de transição é difícil de encontrar e por vezes difícil de preparar em boas condições. Nunca esqueça o certificado nacional e internacional de vacinação. Se houver necessidade de recorrer a um médico deve levá-los, este último pode ser exigido para entrar em muitos países. Algumas das doenças contraídas durante a viagem podem só se manifestar depois do regresso, assim uma consulta médica após a viagem é obrigatória e nela deve explicar-se ao médico da criança os locais por onde esta passou, se ficou doente, se sofreu algum acidente e/ou eventuais tratamentos a que foi sujeita.

*saúde
infantil*

1997; 19/3: 29-39

Normas comportamentais

Estabeleça regras comportamentais firmes desde o início. A criança deverá saber que todas as forças da ordem e funcionários devem ser respeitados mesmo face a comportamentos pouco coerentes. Deve ficar sempre perto dos adultos e nunca acompanhar um desconhecido. Deve ainda saber o que fazer se se perder, incluindo o nome dos pais, morada ou nome e telefone do hotel onde está hospedado. Se necessário deve ser portadora de informação escrita. Por outro lado, as crianças nunca devem ser deixadas sozinhas como a guardar bagagem ou um lugar da fila, nem devem ser encarregadas de tarefas que as obriguem a permanecer sozinhas fora de casa. Os pais devem ter sempre consigo fotografias actualizadas dos filhos.

Se for roubado contacte imediatamente a polícia local e alguém de confiança no seu país de origem. Memorize algumas palavras e/ou frases em língua local necessárias para telefonar à polícia. Contacte a embaixada Portuguesa ou seu representante e se possível outras pessoas suas conhecidas e cancele imediatamente todos os cartões de crédito.

A troca de dinheiro deve efectuar-se logo no aeroporto, onde habitualmente existe um balcão de um banco. Posteriormente use bancos ou casas de câmbio oficiais. O recurso ao mercado negro, normalmente com um câmbio mais favorável, pode ser muito arriscado. Ladrões existem em todo o lado e observar a forma como os locais usam e protegem o dinheiro pode ajudá-lo a não ser roubado.

Devem obter-se, ainda no aeroporto se possível, moedas para telefonar. Em alguns países os telefones são difíceis de encontrar, o serviço pode ser mau e encontrar dificuldades na língua e nas ligações. As chamadas do hotel podem ser surpreendentemente mais caras.

Informe-se dos preços praticados e se é possível pagar no destinatário. Os melhores locais para se encontrarem telefones são habitualmente aeroportos, estações de comboio, hotéis e edifícios do governo. Pode ainda recorrer às estações de correios locais. Informe-se sobre o serviço Portugal Directo da Marconi que lhe permite, de alguns países e através de uma operadora em Lisboa, telefonar directamente para Portugal.

Atrair as atenções não é boa ideia. Vista-se discretamente, não use jóias ou outros objectos valiosos. Não transporte nada de estranhos. Seja cordial e diplomata, não se esqueça que é convidado em casa alheia.

Acidentes

Como já foi dito as mortes de turistas ocorrem mais por acidente que por doença. Os pais deverão ter todos os cuidados habituais, mais os decorrentes de um ambiente diferente e desconhecido. Os acidentes que mais matam são os de automóvel: más estradas, parque automóvel degradado, desrespeito pelas regras de condução, tudo contribui. Não se esqueça dos cintos de segurança — que podem não ser obrigatórios, que as crianças viajam sempre atrás e de levar cadeira de carro para o bebé.

Cuidado com os medicamentos. É por vezes necessário ter em casa uma verdadeira farmácia dada a escassez e flutuação do mercado. Muitos deles necessários por se estar num país tropical são extremamente tóxicos e todos os cuidados devem ser redobrados.

Evite o contacto com animais não só pelo risco de lesão directa do próprio animal (mordedura, picada) mas também pelo risco de contrair doenças.

Não se esqueça que estamos perto dos trópicos e que o sol queima mesmo quando encoberto. Use sempre um protector solar de factor elevado (>15) e evite a exposição ao sol nas horas de maior calor. As crianças pequenas devem beber muitos líquidos para evitar a desidratação.

Nade só em locais conhecidos. Normalmente, só as piscinas dos hotéis com água clorada são consideradas seguras. Na água doce há risco de conjuntivites, otites, diarreia, shistosomíase. A água do mar não é habitualmente responsável pela transmissão de doenças, mas podem ocorrer mordeduras e picadas de peixe ou medusas, traumatismo nos corais, conchas e queimaduras pelas anémonas do mar. Antes de mergulhar informe-se se o banho é autorizado e não há riscos.

As serpentes mordem por reflexo quando são pisadas, o que pode acontecer sobretudo à noite. Por isso as crianças devem andar sempre calçadas com sapatos fechados. De manhã os sapatos e as roupas devem ser examinadas e sacudidas pois as serpentes e escorpiões podem esconder-se nelas.

Vacinas

A cobertura vacinal das crianças na generalidade dos países africanos é muito deficiente² o que faz com que doenças evitáveis pela vacinação continuem a registar-se em elevado número.

*saúde
infantil*

1997; 19/3: 29-39

A criança deve ter o seu esquema vacinal completo, se necessário podendo efectuar-se algumas alterações. Em lactentes com menos de 6 semanas, pode administrar-se uma dose de vacina anti-poliomielite que não é contabilizada para o esquema normal de vacinação³ (se o risco for considerado elevado pode dar-se no período neonatal) e repetir às 6, 10 e 14 semanas; se já o iniciou deve completar-se com intervalos de 4 semanas. A vacina anti-sarampo pode fazer-se isolada aos 6 meses, aos 15 meses a vacina anti-sarampo, rubéola e parotidite e repetir antes de entrar na escola ou na adolescência. Se necessário pode dar-se a 4ª dose da vacina anti-tosse convulsa, tétano e difteria 6 meses após a 3ª. Deve ainda fazer o teste de Mantoux e administrar o BCG se for negativo.

Deverá fazer ainda a vacina contra o *Haemophilus influenzae* (três doses com intervalos de 2 meses e reforço aos 15) e contra a hepatite B (o esquema habitual de três doses aos 0, 1 e 6 meses). Desta última pode administrar-se a primeira dose, que confere alguma protecção, e completar a vacinação no país de destino ou quando regressar.

A vacina da febre amarela é recomendada a todos os viajantes para África, e pode ser exigida pelas autoridades locais desde que se tenha feito escala prévia num país considerado endémico para a febre amarela. É uma vacina de vírus vivos atenuados³, administra-se por via subcutânea e pode ser dada a todos os lactentes com mais de 9 meses. Confere protecção ao fim de 10 dias e provavelmente para toda a vida. No entanto em termos internacionais é exigido um reforço de 10 em 10 anos. Pode ser dada em simultâneo com outras vacinas com excepção da cólera que deve ser dada com três semanas de intervalo. Está contra-indicada nas crianças alérgicas ao ovo, imunocomprometidos e em lactentes com menos de quatro meses. Entre os quatro e os 6 meses deve ser administrada só em situações de epidemia e entre os 6 e 9 meses se o risco for considerado alto (habitualmente zonas rurais de países endémicos).

A vacina da cólera tem uma eficácia muito baixa e não é recomendada pela OMS desde 1973. Em situações de epidemia poderá ser exigida por alguns países. Nesse caso uma única dose serve para passar a fronteira... Pode reduzir a incidência de doença clínica mas a sua protecção é de curta duração e a eficácia baixa em crianças com menos de cinco anos. O esquema é de duas doses com intervalos de uma semana a um mês e reforços de 6 em 6 meses. Não deve ser administrada em crianças com menos de 6 meses, nem em simultâneo com a vacina da febre amarela. Uma vacina oral que confere protecção durante alguns meses contra a cólera pelo *Vibrio cholerae* O1, já se encontra disponível em alguns países.

Existem três vacinas contra a febre tifóide. Em Portugal está disponível a vacina oral (Vivotif®, Berna) no Centro de Saúde da Lapa em Lisboa. A vacina é recomendada se a estadia for sobretudo em zonas rurais. Trata-se de uma vacina viva, atenuada, de uma estirpe mutante da *Salmonella typhi* (Ty21a)⁴. Pode ser administrada a crianças com mais de 6 anos, em quatro doses nos dias 1, 3, 5 e 7. Confere protecção ao fim de duas semanas e necessita de reforço ao fim de cinco anos. Em crianças com menos de 6 anos é pouco eficaz. Nestes casos poderia dar-se a vacina inactivada, mas não existe em Portugal. O fabricante não recomenda o seu uso em crianças com menos de 6 anos de idade ou em crianças com défice grave da imunidade. Não deve ser dada em situações de infecção intestinal e deve ser separada 3 dias de qualquer toma de antibióticos ou antimaláricos.

saúde
infantil

1997; 19/3: 29-39

A vacina da raiva é recomendada em situações em que se prevejam contactos frequentes com animais potencialmente infectados. A vacina é administrada em Portugal no Instituto Câmara Pestana em Lisboa. O esquema é o de 1 ml via subcutânea ou intramuscular nos dias 0, 7 e 28 com reforço cada dois anos em crianças com elevado risco de exposição. A vacinação não evita o tratamento pós-mordedura, ela apenas diminui o número de doses de vacina necessárias após a exposição. Se uma criança for mordida por um animal doente ou suspeito deve procurar o médico imediatamente.

A vacina anti-hepatite A (Havrix®, SmithKlein & Beecham) deverá ser comercializada brevemente em Portugal. É composta de antígenos virais purificados obtidos a partir da cultura de fibroblastos de indivíduos infectados pelo vírus da hepatite A. O esquema vacinal consiste em três doses de 0,5 ml por via intramuscular aos 0, 1 e 6 a 12 meses após a toma inicial. A eficácia é de quase 100% após as três doses⁵ e a protecção poderá durar 20 anos. Pode ser dada em simultâneo com a vacina da febre amarela e está contra-indicada em crianças alérgicas ao hidróxido de alumínio e fenoxietanol.

Outras vacinas como a anti-meningocócica e peste não estão comercializadas em Portugal. Outras encontram-se em fase de ensaio e naturalmente não estão disponíveis.

Protecção contra insectos

Os insectos são vectores de inúmeras doenças. A melhor profilaxia é evitar-se a picada do mosquito. Como isso nem sempre é possível deve ter alguns dos cuidados mencionados em seguida.

Usar sempre que possível camisas com manga e calças em detrimento das camisas com meia manga e calções. As roupas devem ser de cor clara, facilitando a visualização dos mosquitos, as roupas escuras parecem atraí-los. Se for previsível um grande número de picadas podem coser-se as calças às meias. As roupas podem ser impregnadas com permetrina aproximadamente 4µg/cm² (existe em alguns países para esse efeito a apresentação em *spray* a 0,5%), tendo esta um efeito insecticida e repelente, reduzindo as picadas de mosquitos, carraças e outros insectos.

Quando for necessário use repelentes⁶. O mais eficaz e menos tóxico é o DEET (N,N-diethyl-m-toluamida) em concentrações não superiores a 30% (aproximadamente 6 a 10%). O seu uso deve obedecer a algumas normas para minimizar o risco de reacções adversas (Tabela -1). A sua duração de acção é de 4 a 8 horas e depende da formulação, evaporação, taxa de absorção da pele e varia com o acto de nadar, com a chuva, a transpiração e próprio hábito de esfregar a pele. Baixas concentrações de repelente podem atrair mosquitos. Assim, logo que o efeito comece a diminuir, deve ser removido e fazer nova aplicação. Se ingerido pode causar hipotensão, convulsões, encefalopatia, coma, hepatite e morte. Localmente pode provocar irritação, erupções bolhosas com ulceração e cicatriz, urticária de contacto e angioedema. Exposição crónica pode dar distúrbios do sono, irritabilidade, dificuldade de concentração e alterações de memória.

*saúde
infantil*

1997; 19/3: 29-3

As portas e janelas devem manter-se fechadas ou aplicar-se redes mosquiteiras (rede milimétrica com 7 malhas por cada centímetro). Durma sempre que possível num quarto com ar condicionado e/ou mosquiteiro. Este de preferência deve ser impregnado com permetrina de 8 em 8 semanas. Para matar os mosquitos pode usar insecticida em spray, fitas e aparelhos anti-mosquito e se necessário insecticidas residuais à base de permetrina.

- Aplicar apenas na pele ou roupas expostas
- Evite produtos com elevadas concentrações (>30%DEET)
- Não inalar, ingerir ou pôr em contacto com os olhos
- Use calças e mangas compridas e aplique repelentes na roupa
- Não aplique repelentes nas mãos das crianças para evitar contacto com a boca e olhos
- Grávidas e mães que amamentam devem minimizar o uso de repelentes
- Nunca aplicar repelentes em feridas ou pele irritada
- Não use em excesso. Uma aplicação dura 4 a 8 horas, o aumento das aplicações não aumenta a eficácia
- Remova o repelente quando chegar a casa
- Se ocorrer alguma reacção lave a pele, consulte um médico e leve o repelente

Tabela 1 — Precauções no uso de repelentes

*saúde
infantil*

1997; 19/3; 29-39

Alimentos e bebidas

Muitas doenças cosmopolitas e algumas tropicais são transmitidas pelos alimentos e bebidas. Alguns alimentos são considerados de maior risco, obrigando a que algumas medidas sejam tomadas.

A água deve ser sempre tratada com iodo ou cloro (Tabela 2), ser fervida durante cinco minutos ou optar sempre pela engarrafada que é considerada mais segura (embora não totalmente). As bebidas carbonatadas e alcoólicas são de baixo risco, mas não deve adicionar gelo obtido a partir de água não tratada pois alguns microorganismos sobrevivem a temperaturas abaixo dos 0°C por longos períodos⁷.

| | |
|---|--|
| Solução de cloro, 2 a 4% | Adicionar 2 a 4 gotas a 1L de água a 20°C, agite e aguarde 30 minutos |
| Solução de iodo (tintura de iodo a 2%) | Adicionar 5 a 10 gotas de iodo a 1L de água a 20°C, agite e aguarde 30 minutos |

Tabela 2 — Métodos de purificação de água

Os gelados, iogurte e o queijo fresco são habitualmente alimentos de risco. O leite não pasteurizado deve ser fervido. A carne e o peixe e os vegetais devem ser bem cozinhados e ingeridos ainda quentes. Se estiverem frios a possibilidade de já terem sido contaminados é maior.

Os vegetais a comer crus devem ser mergulhados e lavados em soluções de iodo ou cloro. Os frutos a ingerir devem ser os que podem ser descascados pelo próprio pois o manuseamento por outros pode aumentar o risco de contaminação.

Profilaxia da malária

A malária é a doença mais conhecida e mais temida. É uma doença febril transmitida pela picada de um mosquito fêmea do género *Anopheles* e causada por uma de 4 espécies de protozoários do género *Plasmodium*: *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale* e *P. malariae*. O *Plasmodium falciparum* é o responsável pelos quadros clínicos mais graves. Estima-se que cause em África um milhão de mortes anualmente em crianças com menos de cinco anos de idade⁸. A malária tem carácter endémico em toda a África ao sul do Sara com excepção de algumas regiões da África do Sul, Namíbia e Botswana. As regiões rurais são consideradas áreas de maior risco de transmissão da doença.

Os mosquitos que transmitem a malária picam sobretudo entre o anoitecer e o amanhecer, assim estas horas são consideradas de maior risco. As crianças devem evitar actividades fora de casa durante esse período. Além das normas gerais já descritas como protecção contra insectos estão disponíveis alguns medicamentos que se podem usar como quimioprofilaxia contra a malária (Tabela 3). Toda a África é considerada zona de resistência à cloroquina com áreas de resistência à pirimetamina/sulfadoxina. Actualmente o fármaco de primeira escolha é a mefloquina¹, como alternativa pode usar-se a cloroquina e proguanil ou a doxiciclina. A quimioprofilaxia deve iniciar-se duas semanas antes da partida, continuar durante toda a estadia e prolongar-se por mais quatro semanas após o regresso.

saúde
infantil

1997; 19/3: 29-30

| FÁRMACO | APRESENTAÇÃO/LOCAL DE COMPRA |
|--|---|
| Cloroquina (5mg base/Kg/uma vez semana, max. 300 mg) | Resochina®, comprimidos a 250 mg (150 mg base); farmácia |
| Proguanil (3 mg/Kg/uma vez dia, max. 200 mg) | Paludrina®, comprimidos a 100 mg; farmácia hospitalar |
| Mefloquina ^a (5 mg/Kg/uma vez semana, max. 250 mg) | Larian®, Mepha®, comprimidos de 250 mg; farmácia hospitalar |
| Doxiciclina ^b (1,5 mg/Kg/uma vez dia, max. 100 mg) | Vibramicina®, comprimidos a 100 mg e xarope 10 mg/ml; farmácia |

a) contra-indicado em lactentes com menos de 3 meses, doentes psiquiátricos, epilépticos e meditados com β-adrenérgicos;

b) contra-indicado em crianças com menos de 8 anos.

Tabela 3 — Medicamentos usados para a quimioprofilaxia da malária

As excepções são o proguanil que deve usar-se apenas durante a estadia e a doxiciclina que se inicia um ou dois dias antes até quatro semanas depois. As duas semanas antes per-

mitem observar a tolerância ao fármaco e uma possível alteração do esquema profilático. As quatro semanas posteriores destinam-se a cobrir o período de incubação da doença. No regresso poderá efectuar-se um tratamento empírico com primaquina (0,3 mg base /Kg/dia em toma única por 14 dias) para destruição das formas hepáticas do parasita (deve efectuar-se previamente o doseamento de G-6-PD). Não se esqueça de que nenhum tratamento profilático é totalmente seguro e de que o diagnóstico precoce e o tratamento imediato e adequado são fundamentais.

BIBLIOGRAFIA

1. OMS. Voyages internationaux et santé. Vaccinations exigées et conseils d'hygiène. Genève, 1997.
2. OMS. The World Health Report 1997. Conquering suffering, enriching humanity. Genève 1997.
3. Preblud SR, Tsai FT, Brink EW, Nahlen BL, Parsonnet J. International travel and the child younger than two years: I. Recommendations for immunisation. *Pediatr Infect Dis J*, 1989;8:416-25.
4. Wahdan MH, Serie C, Cerisier Y, e col. A controlled field trial of live *Salmonella typhi* strain Ty21a oral vaccine against typhoid: three year results. *J Infect Dis*, 1982; 145:292-6.
5. Innis BL, Snitbhan R, Kunasol P, e col. Protection against hepatitis A by an inactivated vaccine. *JAMA*, 1994;271:1328-34.
6. Anónimo. Insect repellents. *Medical Letter*, 1989;31:45-7.
7. Dickens DL, DuPont HL, Johnson PC. Survival of bacterial enteropathogens in the ice popular drinks. *JAMA*, 1985;253:3141-3.
8. WHO. World malaria situation in 1994. *Wkly Epidemiol Rec*, 1997;72:269-74.

ANEXO:

Repelentes à base de dietiltoluamida comercializados em Portugal e respectivas concentrações

Tabard®, *stick* e aerossol doseado a 35%

Previpiq®, *roll-on* doseado a 20%

Autan®, bálsamo doseado a 10% e vaporizador doseado a 20%

Insecticida residual à base de Permetrina comercializado em Portugal

Biokill®, *spray* doseado a 0,5%

Locais de Vacinação

Sub - Região de Lisboa - Centro Internacional de Vacinação
Av. 24 de Julho, 120 - 4º andar. Tel:(01) 395 21 14

Sub - Região do Porto - Centro Internacional de Vacinação
R. Saraiva de Carvalho, 130. Tel: (02) 200 62 75

Sub - Região de Coimbra - Centro Internacional de Vacinação
R. Antero de Quental, 180. Tel: (039) 2 81 94

*saúde
infantil*

1997; 19(3): 29-39

Sub - Região de Faro - Centro Internacional de Vacinação
R. Brites de Almeida, 6. Tel: (089) 82 36 80

Centro de Saúde da Lapa
R. de S. Ciro, 36. Tel: (01) 395 79 73 / 7

Instituto Bacteriológico Câmara Pestana
R. do Instituto Bacteriológico. Tel: (01) 882 32 90

PORTUGAL DIRECTO VIA MARCONI

| PAÍ\$ | Nº DE ACESSO |
|--------------------|-------------------------------------|
| Angola | 118 (não disponível em todo o país) |
| Cabo Verde | 119 |
| Guiné-Bissau | 113 |
| Moçambique | 816 |
| S. Tomé e Príncipe | 104 |

Moradas das Embaixadas de Portugal nos PALOPs

Angola

R. Karl Marx, 50

C.P. 1346 - Luanda

Angola

Tel: 2442 33 30 27 / 33 34 33 / 33 36 55

Fax: 2442 33 05 29

Moçambique

Av Julius Nyerere, 720

Maputo

Moçambique

Tel: 2581 49 03 16 / 19 / 22 / 24

Fax: 2581 49 11 72

S. Tomé e Príncipe

Av. Marginal 12 de Julho

C.P. 173

S. Tomé e Príncipe

Tel: 23912 21 130 / 21 190

Cabo Verde

Achada de Santo António

Cidade da Praia — C.P. 160 - Praia

Cabo Verde

Tel: 238 61 37 09 / 61 39 33

Fax: 238 61 24 70

Guiné-Bissau

Av. da Cidade de Lisboa

C.P. 276 - Bissau

Guiné - Bissau

Tel: 245 21 30 09 / 21 27 49

Fax: 245 21 27 77

*saúde
infantil*

1997; 19/3: 29-39

Correspondência: Luís Varandas
Instituto de Higiene e Medicina Tropical
Unidade Sistemas de Saúde (USS)
Rua da Junqueira, 96
1 300 Lisboa

O BOLETIM DE SAÚDE DA GRÁVIDA — PARA QUANDO A SUA COMPLETA UTILIZAÇÃO?...

Paula Cristina Almeida Remoaldo¹, António José da Silva Pimenta Marinho²

RESUMO

O presente artigo avalia o grau de utilização e preenchimento do Boletim de Saúde da Grávida em quatro concelhos do distrito de Braga, entre finais de 1994 e meados de 1995, tratando-se de um documento importante na articulação dos cuidados de saúde primários e diferenciados e no âmbito da vigilância da saúde materna e fetal.

Estando a realizar uma investigação sobre a mortalidade infantil (Tese de Doutoramento) a partir de uma amostra de 1398 mulheres, inquiridas em dois momentos distintos, avaliámos o grau de utilização e preenchimento daquele documento, devido à necessidade de conhecermos o grau de risco da gravidez das mulheres inquiridas e ao interesse manifestado pela Subregião de Saúde de Braga em aquilatar do modo da sua utilização por parte do corpo médico.

Concluimos que o grau de preenchimento do referido documento é ainda baixo, mas parece ter melhorado nos últimos anos, traduzindo-se em 36,1% dos 1204 Boletins analisados, em que, pelo menos 75% dos parâmetros escolhidos se encontravam registados. A situação de vigilância pré-natal realizada pelo médico particular foi a que encerrou uma mais elevada percentagem de ausência de fornecimento à grávida daquele documento (4,0% do total da amostra). Tratando-se de um documento de carácter obrigatório, propõe-se uma maior sensibilização do pessoal de saúde e um maior controlo do cumprimento das normas em vigor.

Palavras-chave: Boletim de Saúde da Grávida, vigilância pré-natal, saúde materno-infantil.

SUMMARY

The present paper analyses the degree of utilisation and registration of the Pregnant Health Bulletin in four "concelhos" of the Braga district, between the end of 1994 and middle of 1995. This document is very important for the articulation of the primary and secondary care and for the maternal and foetal surveillance.

1 Assistente no Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho.

2 Director de Serviços de Saúde da Subregião de Saúde de Braga.

As we are investigating infant mortality with a sample of 1398 women interviewed in two different moments, we evaluated the utilisation and registration of that document, because we needed to know the risk degree of gestation of the women inquired and because of the interest of the Health Sub-Region of Braga in knowing its utilisation by the physicians.

We conclude that the degree of registration is still weak, but it's improving in the last years, since 36,1% of the 1204 Bulletins analysed had, at least, 75% of the chosen parameters registered. Prenatal care by the private physician was the most pronounced situation of no utilisation of that document (4% of the sample). Since the document is obligatory, we propose a sensibilization of the health personnel and a closer control of its utilisation.

Keywords: Pregnant Health Bulletin, prenatal care, maternal and infant health.

Introdução

*saúde
infantil*

1997; 19/3: 41-48

O Boletim de Saúde da Grávida (B.S.G.) é um documento fulcral para a *correcta orientação e vigilância da saúde materna e fetal, sendo também um privilegiado meio de troca de informação entre os dois níveis prestadores de cuidados à grávida*. De acordo com normas emanadas da Direcção-Geral da Saúde, a sua utilização é obrigatória desde 1991 (Despacho 1/91 de 1 de Fevereiro), devendo ser preenchido e entregue à grávida na primeira consulta. Além disso, a mulher grávida deve adoptar um comportamento de permanente acompanhamento do mesmo.

Este documento foi criado em 1984 (Instrução de Serviço n.º 2 de 19/9/1984)³, sendo a utilização deste tipo ou de similar actualmente uma prática bastante corrente em grande parte dos países europeus e tendo desde a década de oitenta a Organização Mundial de Saúde vindo a desenvolver esforços no sentido de encorajar a sua utilização. Apesar da sua criação ter já treze anos é ainda relativamente frequente uma grávida dar entrada no hospital sem possuir o B.S.G. ou com um deficiente preenchimento do mesmo.

Vários estudos efectuados em Portugal confirmaram deficiências no registo de dados no B.S.G., qualquer que seja o tipo de vigilância pré-natal. Tratam-se, não obstante, de estudos que se cingiram a amostras substancialmente mais reduzidas do que a da presente investigação. A título de exemplo, refira-se duas investigações encetadas em 1987 e 1991 e divulgadas nesta revista, cobrindo a primeira 125 puérperas e a segunda 162 puérperas⁴.

3 Entre 1982 e 1984, aquele Boletim foi precedido por um impresso.

4 Portela A et al.. Saúde Materna - para quando?. Saúde Infantil 1988; 10: 213-217.

Portela A et al.. Ainda... Saúde Materna - para quando?. Saúde Infantil 1992; 14: 199-203.

Material e métodos

A avaliação do grau de utilização e preenchimento do B.S.G., resultou da consulta daquele documento entre 1 de Outubro de 1994 e 31 de Março de 1995, na Maternidade do Hospital Distrital de Guimarães (Hospital Senhora da Oliveira). As mulheres abrangidas residiam nos concelhos de Guimarães, Fafe, Cabeceiras de Basto e Celorico de Basto (distrito de Braga).

Os parâmetros que considerámos como prementes cifraram-se em onze, de acordo com as recomendações da Sub-Região de Saúde de Braga⁵:

-
- 1) Grupo sanguíneo e RH
 - 2) Data provável do parto
 - 3) Exames laboratoriais
 - 3.1) Glicemias: jejum e após 50 g de glicose
 - 3.2) Urocultura
 - 3.3) Vacina anti-tetânica
 - 4) Tensão arterial
 - 5) Altura uterina
 - 6) Movimentos fetais
 - 7) Proteinúria
 - 8) Glicosúria
 - 9) Bacteriúria
 - 10) Grau de risco
 - 11) Registo dos movimentos fetais sentidos pela grávida
-

*saúde
infantil*

1997; 19/3: 41-48

A presente análise coincidiu com um estudo analítico de uma coorte, *i.e.*, um estudo longitudinal das crianças que nasceram entre Outubro de 1994 e Março de 1995 naqueles concelhos.

A amostra recolhida foi do tipo simples, estratificada e sistemática, tendo-se cifrado o seu volume em 1 398 mulheres inquiridas, traduzindo-se numa coorte de 1412 recém-nascidos e correspondendo a cerca de 88% dos nados-vivos que ocorreram entre Outubro de 1994 e Março de 1995 nos concelhos referenciados. Como a vertente espacial era fulcral na nossa investigação, optámos por estratificar a amostra pelos quatro concelhos de residência da mãe do recém-nascido⁶.

5 Os parâmetros considerados são similares aos das pesquisas mencionadas na nota de rodapé anterior e realizadas no Hospital Distrital de Aveiro, tendo estas últimas contemplado dezasseis itens, sendo cerca de nove não comuns aos da nossa pesquisa e comuns os itens 1, 2, 3.1, 3.3, 4, 5, e 10.

6 Para um melhor conhecimento da amostra, consulte-se Remoaldo P.C.A.. A qualidade dos registos dos nados-vivos e sua implicação no planeamento em saúde no distrito de Braga. Braga, 1996, 30 páginas (policopiado). Remoaldo P.C.A.. A importância do incorrecto registo da variável peso à nascença em quatro concelhos. Saúde Infantil 1996; 18: 15-21.

Resultados

A principal ilação retirada da nossa investigação é que simplesmente quatro médicos (0,3%) procederam ao registo completo dos parâmetros que considerámos como prementes, contrariamente às duas amostras circunscritas ao Hospital Distrital de Aveiro, em que ocorreu um universal incorrecto preenchimento do B.S.G., *i.e.*, nenhum médico assinalou a totalidade dos itens considerados pelas autoras como fulcrais para uma avaliação completa do período gestacional.

A análise que efectuámos do preenchimento dos itens do B.S.G. circunscreveu-se a 1204 consultas de Boletins (85,3% das inquiridas — Quadro 1), pois as restantes, aquando do internamento hospitalar ou haviam olvidado o referido documento (8,6%) ou circunscreveram-se a casos de não-vigilância gestacional (0,9%) ou não o possuíam porque o médico não o havia fornecido (5,2%).

| REGISTOS NO BOLETIM | Nº | % |
|-----------------------|-------------|--------------|
| Completos | 4 | 0,3 |
| Quase completos | 431 | 35,8 |
| Maioria dos registos | 555 | 46,1 |
| Entre 5 e 10 registos | 170 | 14,1 |
| Menos de 5 registos | 44 | 3,7 |
| TOTAL | 1204 | 100,0 |

Fonte: Inquérito por nós realizado entre 1994 e 1995.

Quadro 1 — Avaliação dos registos no Boletim de Saúde da Grávida, — 1994-95

No que concerne ao quantitativo de gestações não vigiadas os scores foram bastante similares ao das outras pesquisas (1,8% na de 1991), enquanto que, no que diz respeito às mulheres vigiadas durante a gestação que recorreram à Maternidade sem qualquer tipo de informação, foram díspares (13,8% na nossa investigação versus 49,6% em 1991)⁷. Este décalage poderá derivar de circunstâncias intrínsecas aos espaços em análise (maior cumprimento das recomendações da Direcção-Geral de Saúde por parte do pessoal médico) ou, parcialmente, da diferença temporal existente entre as pesquisas ou ainda porque foi a partir de 1991 que aquele documento adquiriu carácter obrigatório.

A vigilância pré-natal exercida pelo Médico Particular foi a que envolveu uma mais elevada ponderação de ausência daquele documento (4,0% do total da nossa amostra e 79,2% no âmbito das situações em que a mulher não detinha aquele documento — Qui-quadrado=1690,6 e $p=0,0000$). Pelo contrário, quando a vigilância correspondeu à consulta exter-

7 A investigação empreendida em 1991 não faz qualquer distinção entre as mulheres que não possuíam qualquer tipo de informação por esquecimento do B.S.G. ou por não fornecimento daquele documento pelo médico. Neste sentido, em relação à nossa amostra considerámos a ponderação de 13,8% em vez de 5,2%.

na hospitalar, quer em conjunto com o Médico de Família quer realizada isoladamente, a ponderação foi nula, possuindo todas as mulheres aquele documento. A vigilância exercida unicamente pelo Médico de Família revelou um posicionamento intermédio (6,9% — Qui-quadrado=1690,6 e $p=0,0000$).

A partir do Quadro 1 podemos constatar que o B.S.G. continua a obedecer a um preenchimento incompleto⁸. Apesar de não ser possível empreendermos uma comparação entre os diferentes trabalhos realizados, podemos inferir que a tendência para um mais completo preenchimento daquele documento diagnosticada entre os estudos de 1987 e de 1991 se comprovou na nossa investigação. Neste sentido, enquanto 11,1% (1987) e 26,9% (1991) dos boletins possuíam, pelo menos, 75% dos parâmetros registados, encontramos na nossa amostra um *score* de 36,1%.

A informação sobre a necessidade do registo pela grávida dos primeiros movimentos fetais constitui uma das actividades que o médico deve encetar entre as oito e as doze semanas de gestação, segundo recomendação da Direcção-Geral da Saúde. Além disso, deve proceder a uma avaliação do gráfico de registo dos movimentos fetais por ela efectuado a partir das 35 semanas de gestação. O seu registo é relevante para os médicos que recebem a mulher no estabelecimento hospitalar no momento do parto, pois fornece informações sobre o bem-estar fetal nas últimas semanas de gestação.

A possibilidade de registo dos movimentos fetais no Boletim de Saúde da Grávida existe desde 1991, altura da sua inserção no referido Boletim. Contudo, unicamente quatro mulheres (0,3%) registaram os movimentos fetais a conselho do médico e uma delas era médica. Será que se justifica a sua inclusão no boletim (na última página e sob a forma de folha desdobrável), com os custos que a sua reprodução implica?...

O grau de risco da gravidez constitui outro dos itens frequentemente olvidado, possivelmente, porque a categorização em "baixo risco", "médio risco" e "alto risco" que o médico deve indicar, implica a leitura cuidada das normas de avaliação do risco pré-natal segundo o índice de Goodwinn modificado, que inclui a avaliação da história reprodutiva da mulher (análise de dez itens), a caracterização da gravidez actual (análise de onze itens) e a caracterização de patologia associada (análise de seis itens). Todos os itens são categorizados de 0 a 3 e o risco é determinado em função do somatório das diversas avaliações. Assim, uma gravidez de baixo risco acontece se o somatório varia entre 0 e 2, a de médio risco se varia entre 3 e 6 e a de alto risco se ocorrem avaliações de 7 e mais.

Importa referenciar que dos quatro médicos que procederam a um registo completo do B.S.G., metade dos casos relacionou-se com o Médico de Família e na outra metade com Médico Particular (Obstetra/Ginecologista).

8 A situação de quase completo registo cingiu-se aos casos em que o médico registou todos os itens convencionados como prementes, à excepção do dos movimentos fetais sentidos pela grávida. Considerámos como tendo sido registada a maioria dos itens, quando não houve registo de três, o que na quase totalidade dos casos correspondeu aos itens 3.3, 10 e 11.

saúde
infantil

1997; 19/3: 41-48

A Figura 1 patenteia diferentes registos daquele documento segundo a vigilância pré-natal empreendida (Qui-quadrado=74,4 e $p=0,0008$), tendo-se registado em todas as modalidades de vigilância uma representação de todos os tipos de registos, exceptuando o completo preenchimento. Ao analisarmos os cinco primeiros tipos de vigilância, constatamos que o preenchimento mais incompleto do B.S.G. (menos de cinco itens) foi mais representativo quando a gestação era seguida na consulta externa hospitalar e sempre pelo mesmo médico (ponderação de 12,5%). Paradoxalmente, o mesmo tipo de vigilância, mas sem seguimento pelo mesmo médico, foi a que revelou uma ponderação nula.

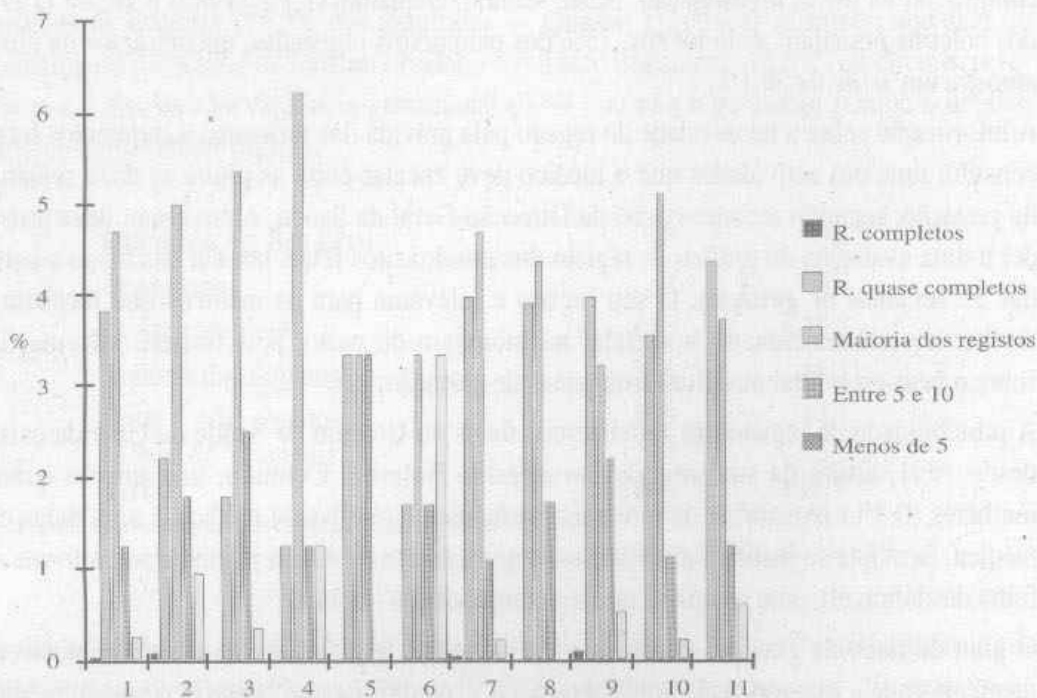


Figura 1

Tipo de vigilância pré-natal:

1. Médico de Família e Pessoal de Enfermagem.
2. Médico Particular (Obstetra/Ginecologista).
3. Médico Particular (Clínico Geral).
4. Consulta Externa hospitalar, tendo a gravidez sido seguida sempre pelo mesmo médico.
5. Consulta Externa hospitalar, em que a gravidez nem sempre foi seguida pelo mesmo médico.
6. Médico de Família, Pessoal de Enfermagem e Médico Particular (Clínico Geral).
7. Médico de Família, Pessoal de Enfermagem e Médico Particular (Obstetra/Ginecologista).
8. Médico de Família, Pessoal de Enfermagem e Consulta Externa hospitalar (sempre pelo mesmo médico).
9. Médico de Família, Pessoal de Enfermagem e Consulta Externa hospitalar (nem sempre pelo mesmo médico).
10. Médico de Família, Pessoal de Enfermagem e Serviço de Urgência hospitalar por iniciativa da grávida.
11. Médico de Família, Pessoal de Enfermagem e Serviço de Urgência hospitalar por indicação médica.

Fonte: Inquérito por nós realizado entre 1994 e 1995.

Paralelamente, foi o médico de família (ponderação de 38,1%) e a situação de consulta externa hospitalar (nem sempre efectuada pelo mesmo médico — 33,3%) que envolveram ponderações mais elevadas de preenchimento quase completo do B.S.G.. Ao alargarmos a análise às onze modalidades de vigilância, detectámos que em quase todas em que o Médico de Família se insere (7, 8, 9, 10 e 11) se observaram mais significativas ponderações do registo quase completo do B.S.G..

Na grande parte dos vários tipos de vigilância, o registo da maioria dos itens revelou-se como a situação mais frequente, à excepção dos tipos 5, 6, 9 e 11.

Discussão e conclusões

Enquanto o grau de utilização do B.S.G. pelo corpo médico já é actualmente elevado, o mesmo não se pode dizer do seu correcto e completo preenchimento. Esta ocorrência deriva da ausência de verificação do seu cumprimento e da pouca sensibilização dos médicos para a necessidade da sua utilização, não tendo ainda interiorizado as suas reais potencialidades.

Pense-se, *exempli gratia*, na situação de uma mulher que não frequentou o sistema de ensino ou mesmo com o primeiro ciclo do ensino básico (antiga quarta classe), que não possui o B.S.G., que foi vigiada num qualquer Centro de Saúde, possuindo uma patologia qualquer que surgiu ou que se agravou durante o período gestacional e que se dirige a um Serviço de Urgência hospitalar!... Que podemos esperar do corpo clínico que a atende e que não tem qualquer tipo de informação do foro clínico e que conta apenas com as narrativas da mulher?...

*saúde
infantil*

1997; 19/3: 41-48

Neste sentido propomos o seguinte:

1. Uma campanha de sensibilização junto das grávidas e dos médicos, particularmente dos que exercem clínica privada.
2. Distribuição activa de exemplares do B.S.G., por parte de cada Sub-Região de Saúde, aos médicos que exercem clínica privada, visto serem os menos cumpridores.

BIBLIOGRAFIA

1. Direcção-Geral da Saúde. *Vigilância pré-natal* e revisão do puerpério. Orientações Técnicas, n.º 2, 2ª ed. revista. Lisboa, 1993.
2. Portela A *et al.*. Saúde Materna — para quando? *Saúde Infantil* 1988; 10: 213-217.
3. Portela A *et al.*. Ainda... Saúde Materna — para quando?. *Saúde Infantil* 1992; 14: 199-203.

Correspondência: Paula Cristina Almeida Remoaldo

Universidade do Minho — Instituto de Ciências Sociais

Gualtar

4700 Braga

*saúde
infantil*

1997; 19/3: 41-48

De pequenino se torce o menino

(ditado popular)

Palavras-chave: Álcool. Etanol. Lucros. Medelin. Escrúpulos. Pilatos. Bazar (leis do).

Desanimada com os resultados dos "alcoopops"(1) — uma incidência de primeiro contacto com o etanol de 25% aos 12 anos (35% no sexo masculino contra apenas 15% no feminino — uma diferença significativa que convém ter em conta na próxima campanha) e tendo encontrado resistência à penetração nas cantinas escolares — ao contrário do que aconteceu nos liceus — e, sobretudo, tendo-se verificado uma taxa surpreendentemente alta de desinteresse após uma primeira prova — amostras gratuitas —, a Empresa decidiu ensaiar uma nova estratégia a começar já no próximo ano, alicerçada em sólidas bases científicas — a possibilidade de programar o comportamento de crianças por experiências precoces(2).

Trata-se de suplementar com etanol (produto natural isento de contaminantes) as banais fórmulas para lactentes.

Inicialmente colocar-se-ão à disposição dos consumidores dois tipos de fórmulas: — "Primeiro golo", com um teor de 5º (vol.), para lactentes dos primeiros meses e "Leite-pé", com um teor superior de 8º (vol.) para consumo dos maiorzitos.

Em breve estará disponível uma nova fórmula ("Vintage"), especialmente concebida para crianças que não aceitem bem estes novos sabores.

De momento não deve ser aconselhado a recém-nascidos excepto os SFA.

Está em estudo a introdução no mercado de papas suplementadas com etanol; não há acordo quanto ao nome — o inicialmente escolhido ("Papas de cavalo cansado") levantou reticências do nosso director de "marketing" dada a conotação negativa da palavra "papa".

Nota — Recordam-se as vantagens da adição do etanol aos alimentos comprovadas por estudos "in vivo"(3) "in vitro"(4) e "in vino veritas".

BIBLIOGRAFIA

1. LJ. Stop the "alcoopops". Saúde Infantil 1997 (álcool disfarçado em sumos de frutos).
2. Lucas A et al. Acta Paediatr 1997.
3. Mata-Bicho S et al. Comportamento de lactentes com chupetas embebidas em aguardente. Piela Experimental 1996.
4. Pinga B et al. Indução alcoólica; estudo no hepatócito do borracho; aceite para consumo na Enologia Empírica 1998.

H. Carmona da Mota

saúde
infantil

1997; 19/3; 48

A Ciência Médica há 100 Anos

(do livro de bolso de um médico recém-licenciado em Coimbra)



asthma

ellenthol — — — — — 10 gr

Azeite — — — — — 50 "

em inhalações no necessário

DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA: SINAIS E SINTOMAS MAIS TÍPICOS

Luísa Morais¹, Luísa Confraria²

RESUMO

As autoras fazem uma revisão teórica relativa à semiologia da depressão na adolescência, nomeadamente referindo-se à frequência com que a depressão, nesta fase do desenvolvimento se manifesta sob a forma de equivalentes depressivos (alterações do comportamento, toxicomantias, hipocondria e outros, inclui a irritabilidade e a tendência à cronicidade, ou se associa a outros quadros nosológicos (ansiedade, alterações do comportamento, défice de atenção e hiperactividade). É feita uma referência a alguns aspectos prognósticos e psicossociais associados à depressão na adolescência.

Palavras-chave: depressão, adolescência.

SUMMARY

The authors make a theoretical review of the depressive symptomatology in adolescence. Reference is made to the frequency with depression manifests itself in this stage of development: as depressive equivalents (conduct disorders, drug abuse, hypochondria et. al.); including irritability and a tendency to persisting symptoms; or in association to other psychiatric disturbances (as anxiety, conduct disorders, attention deficit and hyperactivity). Reference is made to some prognostic and psychosocial issues associated to depression in adolescence.

Keywords: depression, adolescence.

1. Interna Complementar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

2. Assistente Hospitalar Eventual de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital M^a Pia

Introdução

Mais do que qualquer outro tipo de problema psiquiátrico, os distúrbios afectivos têm vindo a tornar-se cada vez mais frequentes, em todas as faixas etárias. O aumento da incidência deste tipo de problemas parece dever-se a factores ambientais (1).

A depressão é um diagnóstico muito frequente na infância e na adolescência: cerca de 40% dos doentes em Psiquiatria da Infância e da Adolescência têm quadro clínico compatível com depressão *major* (2).

Nos últimos vinte anos, vários estudos mostram que os principais sintomas depressivos ocorrem de forma semelhante em todas as idades (3).

É de suma importância conhecer o conjunto de sinais e sintomas que é globalmente aceite pela maioria dos autores como traduzindo um quadro depressivo na adolescência, independentemente da heterogeneidade existente entre os vários clínicos no que respeita à etiologia, mecanismos psicopatológicos e prognóstico da depressão nesta faixa etária.

Para que o diagnóstico de depressão possa ser feito, a maioria dos autores refere ser necessária a existência da síndrome depressiva, cujos pontos fundamentais são: a perturbação do humor, sob a forma de tristeza ou desinteresse; a diminuição da auto-estima e a auto-acusação; as perturbações psicomotoras, sendo mais frequente a lentificação psicomotora mas podendo também existir hiperactividade ou até agitação; as perturbações somáticas, sobretudo alterações do apetite ou do sono.

Parece haver um relativo isomorfismo na sintomatologia das alterações do humor, ao longo das várias idades. Desta forma, como já referido, as classificações utilizadas para os quadros depressivos em adultos mostram-se também aplicáveis à infância e adolescência (embora alguns autores contestem estas afirmações).

Apesar de tudo, parecem haver algumas características do síndrome depressivo que são mais típicas da adolescência.

1. Equivalentes depressivos

Alguns autores consideram que a depressão, na adolescência, se manifesta frequentemente sob a forma de equivalentes depressivos.

Os equivalentes depressivos são definidos como sintomas ou comportamentos que substituem ou se acrescentam aos sintomas depressivos clássicos, podendo assumir a dianteira do quadro clínico.

Os equivalentes depressivos mais comumente referidos são: alterações do comportamento tais como desobediência, heteroagressividade, fugas ou passagens ao acto; auto-destruição, sob a forma de tendências masoquistas ou predisposição a acidentes; delinquência; comportamento sexual anárquico; toxicomania; comportamento histriónico; exacerbação de sintomas fóbicos ou obsessivos pré-existentes; queixas psicossomáticas; hipocondria; anorexia mental ou bulimia (4).

saúde
infantil

1997; 19/3: 53-61

São frequentes os estudos que se referem ao adolescente deprimido como apresentando muitas vezes comportamentos anti-sociais e toxicodependências, bem como problemas escolares, familiares e sentimentos de não ser compreendido pela família e pelos outros em geral (5).

Outros sintomas que parecem ser mais frequentes na adolescência são: a ideação e conduta suicida; as alterações do apetite ou do sono; a irritabilidade; a diminuição da auto-estima (5). A hipocondria é referida por alguns autores como sendo muito frequente nas depressões da adolescência (6).

Assim, enquanto a criança deprimida tende a apresentar sintomas do tipo de: manifestações somáticas, agitação psicomotora, ansiedade de separação ou fobias, o adolescente deprimido tende a apresentar mais anedonia, hipersónia, alterações de peso, abuso de álcool e de drogas e tentativas de suicídio, embora sem aparente aumento da frequência de ideação suicida severa (1, 5). A diminuição da auto-estima e as ideias de culpa são mais frequentes no adolescente do que na criança (1).

Na idade adulta, os sintomas depressivos como a anedonia, o desespero, a lentificação psicomotora, a insónia terminal e a anorexia parecem tornar-se ainda mais frequentes. Comparativamente aos adolescentes deprimidos, os adultos deprimidos parecem fazer menos tentativas de suicídio, têm menos queixas somáticas e têm menos diminuição da auto-estima (5).

Tal como nos adultos, há uma predominância do sexo feminino nas depressões da adolescência. Este facto não se verifica nas depressões da infância. Além disso, as adolescentes deprimidas tendem a ter mais acentuadas baixas da auto-estima e maior sensibilidade aos factores de *stress* do que os adolescentes, tendendo também a ter episódios depressivos iniciais mais longos e mais severos. Os rapazes deprimidos, por sua vez, parecem ter com mais frequência do que as raparigas comportamentos anti-sociais (7).

A irritabilidade é muito frequente em quadros depressivos na adolescência, sendo muitas vezes o principal sintoma (2). Vários autores afirmam que a irritabilidade e humor disfórico, bem como a tendência para a cronicidade, são as características mais típicas da depressão em adolescentes (2, 3, 8).

Em relação à tendência para a cronicidade, parece que 50% dos adolescentes com depressão *major* têm duração do episódio superior a 2 anos e 30% entre 3 meses e 2 anos. Na maioria dos casos, estes quadros iniciam-se de forma insidiosa, consistindo em exacerbações de situações crónicas, só em cerca de 30% correspondendo a situações agudas (3).

O sintoma depressivo mais estável e comum às várias idades parece ser o humor depressivo. Na adolescência, parece haver pouca concordância na frequência de sintomas de um primeiro e de outros episódios depressivos, podendo o mesmo adolescente apresentar-se deprimido de formas diferentes, num curto espaço de tempo (5).

*saúde
infantil*

1997; 19/3: 53-61

2. A co-morbilidade ou quadros depressivos "mistos" como sendo muito frequentes na adolescência

Vários estudos afirmam que a depressão, na adolescência, aparece com mais frequência associada a outras patologias e poucas vezes isolada. Assim, a presença concorrente de outros distúrbios nas perturbações afectivas juvenis parece ser a regra e não a excepção (9). Cerca de 80% das depressões *major* em adolescentes têm pelo menos mais um diagnóstico co-existente. Trinta e três por cento dos jovens deprimidos têm distúrbios ansiosos e 23% têm alterações do comportamento (8).

Assim, os quadros ansiosos e os quadros de alterações do comportamento são os que mais frequentemente se associam ao quadro depressivo. Além disso, é frequente que os adolescentes deprimidos tenham um período prodromico de distímia (3, 8).

A ansiedade, as alterações do comportamento e, muitas vezes, os défices de atenção e hiperactividade, parecem ser os distúrbios que mais frequentemente co-ocorrem com a depressão, devendo ser considerados como necessitando de um tratamento específico, ao invés de se partir do princípio de que fazem parte do quadro depressivo e por isso desaparecerão com o tratamento da depressão (2). No entanto, estas afirmações são contraditórias com resultados de outros estudos.

Em relação às alterações do comportamento, a sintomatologia depressiva do adolescente não parece ser diferente conforme esteja ou não associada a alterações do comportamento (9).

No entanto, nos casos em que a associação se verifica, parece existir um maior risco de recorrência e de criminalidade na idade adulta. Esta evolução para comportamentos anti-sociais parece ser um prognóstico próprio das alterações do comportamento, independentemente de estarem ou não associadas a depressão (9).

Em relação ao prognóstico da depressão quando associada a alterações do comportamento: parece que nestes casos há menos evolução para depressão na idade adulta do que quando o quadro depressivo se apresenta de forma isolada. Parece também que adolescentes com quadros mistos de depressão e alterações do comportamento têm menos história familiar de depressão do que adolescentes com depressão isolada (9).

Estes dados sugerem a existência de um quadro nosológico próprio caracterizado por sintomas depressivos e alterações do comportamento, com menor tendência à evolução para depressão na idade adulta. Eles sugerem também que, nestes casos, a depressão poderá ser vista como uma consequência das alterações do comportamento, assumindo estas um papel preponderante no prognóstico do doente (9).

Em relação aos défices de atenção e hiperactividade, alguns estudos sugerem que estes distúrbios partilham, com a depressão, de alguma vulnerabilidade familiar. Assim, eles poderiam corresponder a diferentes expressões fenotípicas para um mesmo genótipo. A frequência de história familiar de depressão em jovens com défices de atenção e hiperactividade parece comprovar este facto (2).

Em relação à ansiedade, parece que cerca de 40% das crianças e adolescentes com depressão *major* têm também perturbações ansiosas (1, 8).

saúde
infantil

1997; 19/3: 53-61

A ansiedade de separação, sobretudo, e também as fobias, são os distúrbios ansiosos que mais frequentemente se associam a depressão em crianças e adolescentes (8).

Parece comprovado que a associação ansiedade/depressão acompanha-se de sintomas mais graves quer ansiosos quer depressivos (10).

Além disso, os adolescentes em que se verifica esta associação depressão/ansiedade, em relação aos que têm só um dos tipos de distúrbio, parecem ter uma história familiar mais rica em depressão, ansiedade, alcoolismo ou combinações destes problemas (9); parecem provir, com mais frequência, de famílias monoparentais (11); as mães destes adolescentes parecem ter, com mais frequência, doença física e psíquica (8).

Quando a depressão coexiste com ansiedade parece ser mais provável a existência factores etiológicos endógenos e a maior resistência à medicação. Vários autores defendem que, na maioria dos adolescentes com ansiedade e depressão, existiria uma base de sintomatologia ansiosa à qual se sobrepõe a sintomatologia depressiva, esta devendo ser mais valorizada para o diagnóstico (9). No entanto, existe alguma controvérsia em relação a este assunto.

Pelo referido até ao momento, é patente alguma controvérsia em relação à correcta forma de interpretar a co-existência de sintomas depressivos com outro tipo de sintomas.

Alguns autores afirmam que o início simultâneo de depressão e de outros distúrbios sugere um processo patogénico comum, enquanto que inícios diferentes no tempo sugerem doenças diferentes.

Além disso, formas de depressão mais graves, com alterações do humor mais preponderantes, tendem a reflectir processos patológicos primários e não apenas complicações de outros distúrbios (2).

Em vários estudos efectuados, a depressão surge após a maioria dos outros distúrbios aos quais frequentemente se associa. Este facto pode ter várias interpretações.

Assim, pode considerar-se que a depressão e os outros distúrbios têm alguns factores de risco em comum mas, por razões relacionadas com o desenvolvimento psicossocial e biológico do indivíduo, a depressão tende a manifestar-se mais tarde. (Em relação ao desenvolvimento psicossocial, é legítimo considerar que, à medida que o indivíduo cresce, vai havendo um efeito acumulativo de factores de *stress* que torna a depressão mais provável em idades mais avançadas. Em relação ao desenvolvimento biológico, supõe-se que uma maior maturidade intelectual e hormonal pode fornecer as infraestruturas biológicas para a instalação de um verdadeiro processo depressivo). De facto, parece evidente que os sintomas depressivos são mais comuns na adolescência do que na infância e que a preponderância de indivíduos do sexo feminino, tão típica dos quadros depressivos do adulto, só começa a surgir na adolescência (12).

Outra interpretação possível para o facto da depressão parecer ocorrer com mais frequência após o aparecimento dos distúrbios com os quais é habitual co-existir, é o facto de a depressão poder ser consequência indirecta desses distúrbios. (Por exemplo: o défice de atenção e hiperactividade podem levar a fracasso escolar, este conduzindo a desmoralização e baixa de

*saúde
infantil*

1997; 19/3: 53-61

auto-estima; os distúrbios ansiosos, por exemplo as fobias sociais, podem levar a uma socialização deficiente, o que pode facilitar o aparecimento de sintomas depressivos).

Convém salientar que, muitas vezes, a depressão já co-existe com outro distúrbio, mas torna-se difícil diagnosticá-la, pois o adolescente pode tender a esconder os sintomas depressivos. Assim, o adolescente pode inicialmente apresentar um quadro clínico onde predominam alterações do comportamento como fugas, roubos e atitudes desafiadoras, só mais tarde deixando transparecer os típicos sintomas depressivos (13).

3. Alguns aspectos relativos ao prognóstico e às consequências psicossociais da depressão na adolescência

Já foi referida anteriormente a tendência que as depressões da adolescência parecem ter à cronicidade e à recorrência. A ansiedade e abuso de drogas concomitantes, bem como a falta de suporte familiar, são factores de risco para a persistência do quadro depressivo após um ano do seu início (17).

Por outro lado, adolescentes com depressão *major* têm maior tendência do que adolescentes saudáveis para, após quatro anos, apresentarem quadros depressivos, ansiosos ou de abuso de substâncias. Assim, a ansiedade e o abuso de substâncias podem ser vistos quer como causas quer como consequências da depressão (17).

Adolescentes com mais idade tendem a apresentar quadros depressivos mais graves e com maior tendência à cronicidade (17). Esta parece estar associada a humor depressivo e irritabilidade mais acentuados, bem como a maior gravidade de comportamentos suicidários (1).

O aparecimento de um episódio de depressão *major*, na adolescência, é um factor de risco de recorrência e persistência de sintomatologia depressiva na idade adulta, bem como de morbilidade psicossocial a longo prazo (15). Um episódio depressivo deste tipo é também um factor de risco de posterior aparecimento de doença bipolar (8).

Estudos realizados em adultos mostram que as tentativas de suicídio e os problemas psiquiátricos em geral parecem ser mais frequentes em adultos que têm na sua história pessoal episódios de depressão na adolescência (15). No entanto, outros estudos mostram que a depressão na adolescência é um factor de risco de depressão na idade adulta mas não de outro tipo de patologias psiquiátricas.

Adolescentes deprimidos provenientes de estratos sócio-económicos mais baixos parecem ter maior tendência à recorrência do episódio depressivo (15).

Ainda relativamente à recorrência da depressão, vários autores dedicaram-se a estudar os principais factores que a determinam. Assim, eles parecem ser (8, 15):

- menor idade de aparecimento do primeiro episódio depressivo (há estudos contraditórios em relação a este facto)
- co-morbilidade com distímia
- história prévia de doença psiquiátrica não-afectiva

saúde
infantil

1997; 19/3: 53-61

- história prévia de recorrência
- maior comprometimento psicossocial do adolescente, mesmo quando o quadro depressivo se encontra em remissão.

Há vários estudos evidenciando que as depressões, na adolescência, persistem por mais tempo do que na idade adulta, têm alto risco de recorrência e estão associadas a uma maior duração de dificuldades interpessoais. Vários estudos mostram que relações interpessoais disfuncionais têm muita influência no aparecimento e manutenção da depressão (8, 10).

O relacionamento do adolescente com a família é muito importante no aparecimento, curso e prognóstico da depressão. Por exemplo, os pais podem actuar como protectores contra um *stress* agudo ou crónico que poderia provocar uma depressão. Por outro lado, a depressão pode provocar algum afastamento do adolescente em relação à sua família, o que pode contribuir para os seus sentimentos de isolamento e desespero (17).

Alguns autores defendem que nas famílias com adolescentes deprimidos existe um padrão de interacção familiar típico, mais empobrecido, o qual pode ser reproduzido transgeracionalmente, contribuindo assim para a reprodução, ao longo das gerações, dos sintomas depressivos. Esta transmissão geracional parece existir para as doenças psiquiátricas em geral, mas mais particularmente para a depressão (18).

Vários autores referem que as famílias com adolescentes deprimidos têm mais vezes mães dominadoras e aparentemente menos amadas, sendo mais frequente o conflito do adolescente com a mãe do que com o pai. Está provado que um ambiente familiar mais conflituoso se associa a episódios depressivos mais longos e a menor competência psicossocial nos três anos seguintes (18).

No entanto, não está provado que a disfuncionalidade familiar, por si só, possa causar o episódio depressivo, embora constitua um factor de risco para uma série de distúrbios psiquiátricos. Apesar de tudo, a disfunção familiar é considerado um fraco indicador da severidade do quadro depressivo (19).

As interacções com o grupo de pares têm também muita importância para o prognóstico da depressão. Interacções mais ricas parecem ser preditivas da remissão da depressão *major*.

Na adolescência, há uma relação directa entre depressão e diminuição da competência social. Assim, estudos mostram que adolescentes deprimidos passam menos tempo com amigos, têm menos "melhores amigos" e que o humor depressivo dificulta o companheirismo e o estabelecimento de relações íntimas. Além disso, os adolescentes deprimidos são mais frequentemente tidos como incompetentes pelos outros (4, 10).

Na verdade, estudos mostram que o adolescente deprimido não perdeu competência no que respeita à capacidade cognitiva de identificar e arranjar soluções para variados problemas sociais. Assim, a depressão parece ter um efeito pouco significativo no funcionamento intelectual global do indivíduo, não havendo no adolescente deprimido qualquer défice intelectual "à partida". Parece então que a depressão parece afectar mais os comportamentos observáveis do que as habilidades e potenciais internos (1).

*saúde
infantil*

1997; 19/3: 53-6

Mas é um facto que o adolescente deprimido acaba por funcionar pior socialmente pois faz uma auto-avaliação negativa, achando-se incapaz e por isso tornando-se mais hesitante e passivo, o que pode transmitir uma primeira impressão de incompetência. Desta forma, a depressão parece afectar socialmente o adolescente sobretudo no que respeita à sua motivação e interpretação do *feed-back* recebido nas relações interpessoais (10).

Se, por um lado, a anedonia do adolescente deprimido o leva a não tomar a iniciativa de estabelecer relações interpessoais, os outros também se podem afastar dele devido à irritabilidade e manifestações não-verbais de depressão (como, por exemplo, o desvio do olhar) que podem ser mal interpretadas (1).

O jovem deprimido tem habitualmente uma diminuição da *performance* escolar (18). As dificuldades de concentração, a anedonia e a lentificação psicomotora podem comprometer o seu funcionamento académico, bem como a falta de motivação. A lentificação psicomotora dificulta a aquisição e consolidação da informação para a memória a longo prazo, o que faz com que o adolescente tenha mais dificuldade, por exemplo, em conseguir realizar um teste em tempo limitado. As falhas académicas podem contribuir para a sua baixa da auto-estima, potenciando assim os sintomas depressivos (1). Mesmo após remissão da depressão, pode persistir uma diminuição do rendimento escolar (8).

Se o período depressivo é longo (mais de um ano), as dificuldades psicossociais, numa fase tão importante do desenvolvimento, podem deixar algumas marcas que persistem mesmo após a remissão da depressão e colocam o jovem em desvantagem; isto parece ser tanto mais verdadeiro quanto mais cedo ocorre a depressão (1).

Desta forma, o jovem que esteve deprimido por um período prolongado pode, mesmo após a remissão da depressão, permanecer com dificuldades no estabelecimento de relações interpessoais (3).

4. Considerações finais

A apresentação destes resultados de estudos recentes relativos ao diagnóstico de depressão na adolescência pretende, mais do que apontar conclusões indubitáveis, chamar a atenção para a importância do tema.

Só a continuação da realização destes estudos poderá permitir uma melhor compreensão das queixas apresentadas pelos jovens, enquadrando-as num correcto quadro nosológico que permitirá uma mais eficiente abordagem terapêutica.

De qualquer forma, ainda que sempre se mantenha alguma controvérsia em relação ao que é ou não é depressão, na adolescência, uma coisa parece fundamental: a necessidade de minorar o sofrimento do jovem que se nos apresenta, ajudando-o a perceber-se melhor, esteja ele deprimido ou, "simplesmente"...a crescer.

saúde
infantil

1997; 19(3): 53-61

BIBLIOGRAFIA

1. Ryan ND, Williamson DE et col. "A secular increase in child and adolescent onset affective disorder". *J Am Acad Child Psychiatry*, 1992, 31: 600-605.
2. Biederman J, Faraone S e col. "Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression: fact or artifact?". *J Am Acad Child Psychiatry*, 1995, 34:5, 579-590.
3. Puig-Antich: "The use of RDC criteria for major depressive disorder in children and adolescents". *J Am Acad Child Psychiatry*, 1982, 21:12, 291-293.
4. Amaral Dias, C. Vicenté, TN: *A Depressão no adolescente*, 1984, Porto, Edições Afrontamento.
5. Roberts ER, Lewinsohn P e col. "Symptoms of DSM-III-R major depression in adolescence: evidence from an epidemiological survey". *J Am Acad Child Psychiatry*, 1995, December, 34:12, 1608-1617.
6. Matot, JP. "Syndrome dépressif, problématique dépressive et abord de la position dépressive a l'adolescence". *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1990, 38 (8-9), 479-484.
7. Garrison CZ, Jackson KL et col. "A longitudinal study of depressive symptomatology in young adolescents". *J Am Acad Child Psychiatry*, 1990, 29, 4: 581-585.
8. Kovacs M, Goldston D. "Cognitive and social cognitive development of depressed children and adolescents". *J Am Acad Child Psychiatry*, 1991, 30: 388-391.
9. Harrington R, Fudge H et col. "Adult outcomes of childhood and adolescent depression: II. Links with anti-social disorders". *J Am Acad Child Psychiatry*, 1991, 30: 434-439.
10. McCauley E., Myers K. et col. "Depression in young people: initial presentation and clinical course". *J Am Acad Child Psychiatry*, 1993, 32: 714-722.
11. Gail A, Bernstein MD. "Comorbidity and severity of anxiety and depressive disorders in a clinical sample". *J Am Acad Child Psychiatry*, 1991, 30, 1: 43-50.
12. Angold A, Weissman MM e col. "The effects of age and sex on depression ratings in children and adolescents". *J Am Acad Child Psychiatry*, 1991, 30, 1: 67-74.
13. Aronen ET, Noam GG. et col. "Structured diagnostic interviews and clinicians's discharge diagnoses in hospitalized adolescents". *J Am Acad Child Psychiatry*, 1993, 32: 674-681.
14. Brent DA, Kolko DJ et col. "Suicidality in affectively disordered adolescents inpatients". *J Am Acad Child Psychiatry*, 1990, 29, 4: 586-593.
15. Rao U, Ryan ND et col. "Unipolar depression in adolescents: clinical outcome in adulthood". *J Am Acad Child Psychiatry*, 1995, 34: 566-578.
16. Myers K, McCauley E "Risks for suicidality in major depressive disorder". *J Am Acad Child Psychiatry*, 1991, 30, 1: 86-94.
17. Sanford M, Szatman P. "Predicting the one-year course of adolescent major depression". *J Am Acad Child Psychiatry*, 1995, 34, 12: 1618-1628.
18. Pierrehumbert B, Bettschart W "La reponsivité sociale dans les familles avec un adolescent dépressif". *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1990, 38 (8-9), 455-462.
19. Puig-Antich J, Kaufman J et col. "The psychosocial functioning and family environment of depressed adolescents". *J Am Acad Child Psychiatry*, 1993, 32: 244-2530.

*saúde
infantil*

1997; 19/3: 53-61

A MÃE, O PAI, OS AVÓS, OS PADRINHOS E O BEBÊ DELES — À VOLTA DA PRIMEIRA CONSULTA DO RECÉM-NASCIDO

Luis Januário¹

RESUMO

A primeira consulta do recém-nascido exige um super médico que não existe. Baseado na sua experiência e em referências clássicas o autor escreve sobre o que vai sucedendo ao mesmo tempo da consulta. A consulta invisível.

Palavras-chave: apelação, chupeta, aleitamento, treino pediátrico.

SUMMARY

The first medical consultation to the newborn baby and his family deserves a doctor that doesn't exist.

The author writes about delivery and the father's vision of labour room, breast feeding, pacifiers, the renewal of women after puerpery, grandmothers and correlated subjects.

Keywords: given name, pacifier, sucking, breast feeding, medical training.

1 Pediatra, Coimbra.

Introdução

A primeira consulta a um recém-nascido é uma violência. Ninguém devia ser submetido a uma tal provação. Conhecer de uma assentada três, quatro ou mais pessoas, olhá-las nos olhos, adivinhar os parentescos, não cometer o erro de perguntar à madrinha se é a avó. Perceber o que fazem atrás da profissão que a secretária escreveu na ficha. De onde vêm? Escolheram-nos? O que sabem já de nós? O que querem dizer quando dizem as palavras a que há tanto nos habituámos? A palavra bolça, vomita, mama, chora, dorme...

Abrimos o Boletim de Saúde Infantil. Vemos letras, conhecidas ou não. Ilegíveis algumas. As semanas e agora as semanas e dias de gestação. O sítio onde o bebé nasceu. O peso que lhe deram.

Teve alta ao terceiro dia...

Agora, em algumas maternidades do mundo, os bebés têm alta poucas horas após o parto. Um pediatra inglês ironizava numa reunião: "as mães nem chegam a aquecer a cama!" Primeira reacção: é o começo da *des-hospitalização* do parto. O movimento contrário ao do que, neste século, tornou gravidez e parto uma coisa a ser vigiada por médicos e enfermeiras, em hospitais, e segundo o modelo médico hospitalar. Crua verdade: é apenas o triunfo das companhias de seguros e das gestões hospitalares. Menos tempo, menos dinheiro. Atrasado nesta modernidade, o nosso serviço de saúde, em breve o mais protector do mundo, continua a deixar as crianças e as mães nas enfermarias até ao terceiro dia. O pior é que um atraso nunca vem só. Em consequência da pouca investigação sobre o RN saudável, do enconchamento dos profissionais, da falta de programas de formação e de diálogo, as rotinas instaladas tendem a perpetuar-se. O colírio na sala de partos para prevenir não se sabe o quê. O biberão oferecido quase sistematicamente. Os horários de mamada. A chupeta. Os bebés de lado no berço (meia revolução) "com o rolinho a segurar".

Tentemos praticar uma medicina baseada na evidencia. Sejamos humildes e quando aconselharmos perguntemo-nos: é este conselho baseado em estudos randomizados correctamente desenhados, no "bom senso", nos interesses dos laboratórios, ou nas nossas convicções?

As notas que seguem incidem sobre estes temas. Não são um guião da consulta nem a exposição dos pré-requisitos e competências necessárias para a realizar com êxito. São uma meditação desordenada sobre o que está em volta da consulta. A consulta invisível.

O nome

Tem já um nome. Como chegaram a este nome? Uma antiga namorada do pai — secreta? A maior amiga da mãe? O nome da avó, do bisavô? O glamoroso nome de uma actriz, do actor principal da telenovela das nove? Do grande jogador de futebol? Do herói bíblico? O nome da princesa morta?

Comecemos pois a consulta considerando atentamente o nome.

saúde
infantil

1997; 19/3: 63-73

No início o nome não dá com a criança. É o último Saramago que diz que o verdadeiro nome nos falta, que temos apenas o nome que nos deram. Mas o nome que nos deram diz muito. Sobre os pais da criança e a família.

Nomes que nos encham de expectativa. Solenes. Que remetem para a mitologia. Nomes mais antigos que a casa real. Afonso, Sebastião, Martim, Duarte, Constança.

A professora de literatura portuguesa que chamou ao filho Carlos Eduardo. Lourenço é nome de jogral, a importância de se chamar Ernesto, Elisa ou a verdadeira vida, Beatriz de Dante, Laura de Petrarca.

Sofia sem que o saiba, Gina que desconhece a Sanseverina, Tomás sem dúvidas, Lia em lugar de Raquel, Sabina ignorando o seu destino. Como Heloísa.

Nomes que são um programa de vida: Felicidade, Conceição, Celeste, Cândida, Solange. Cassandra cujas profecias eram vãs.

O nome e o nome das crianças adoptadas.

Quem escolheu o nome e depois de que acordos? Quando o fez? Que outros foram considerados e preteridos? Eis perguntas mais relevantes do que saber se o tio tem hipertensão ou o primo do pai é alérgico à penicilina.

O nome que nos deram é o que quiseram que viéssemos a ser. O primeiro acto de liberdade dos nossos pais para nos traçar um destino. Depois do cego determinismo do sexo, da meiose, das forças obscuras da morfogénese e do crescimento fetal, que nos deram este peso e este comprimento, esta pele e esta cor dos olhos, as orelhas assim desenroladas, as unhas displásicas dos pés, a mancha azulada no dorso, um angioma triangular na nuca, foi o nome a primeira escolha que nos coube, o nosso primeiro atributo humano.

*saúde
infantil*

1997; 19/3: 63-73

As listas

O BSI tem espaço para os pais expressarem as suas preocupações e dúvidas relativamente ao filho. Poucos o utilizam. O médico que vê crianças não se lembra de nenhum registo feito pelo pai. Algumas mães fazem listas para a consulta: na véspera, na manhã da consulta, na sala de espera. Na folha arrancada à agenda de bolso, no verso de um envelope. O médico suspeita que têm a ver com a lista de compras no hipermercado e imagina o bebé como uma grande superfície à visão perplexa do camponês. Catorze marcas de azeite de diferentes embalagens, preços e qualidades, um café em promoção de proveniência duvidosa, prateleiras de produtos de primeira necessidade escondidas atrás de bens supérfluos. Como perceber tudo sem recurso a especialistas? Como encontrar o fio de Ariadne? Como não esquecer o champô, as massas, os toalhetes?

As listas... Se são aquelas as preocupações das mães, então está ali o núcleo da puericultura. O médico olha-as fascinado, agora como no primeiro dia em que viu crianças. Uma coluna de palavras ordenada com letra miudinha. A ocupação caótica do espaço. Percorridas minuciosamente durante o tempo de consulta. Por motivos que mais tarde compreenderá as mães param no fim de uma questão e demoram eternidades para recomençar. Às vezes não parecem ouvir toda a resposta. É como se a simples enunciação as tives-

se já satisfeito, ou se concentrassem já na questão seguinte, ou o facto de haver réplica para a sua inquietação lhes desse logo uma dupla segurança: a de que não se trata de nada raro, estranho e de que existe alguém que sabe e pode ajudar se for preciso.

A pergunta mais importante é a que não está na lista

Mas existe uma outra explicação para o facto de algumas mães não ouvirem senão superficialmente as explicações do médico às suas questões. Muitas mães precisam apenas de ver confirmada a normalidade do seu filho. Elas acreditam que tudo está bem. O seu fundo é optimista embora ameaçado por uma sombra (há 100 anos apenas, um em cada dois recém-nascidos morria no primeiros meses de vida e este facto deve estar ainda inscrito no inconsciente da espécie. Agora, o voyeurismo na intimidade fetal que a obstetrícia vulgarizou é tão gerador de confiança como de angústia). Outras, no entanto, comportam-se face ao seu bebé como aprendizes de uma ciência hermética. Tudo são sinais cuja interpretação está reservada a iniciados. Uma espada de Damocles está suspensa sobre elas e uma mancha na pele, um piscar de olhos, uma borbulha, um suspiro, um movimento dos pés pode fazê-la cair.

Para estas mães a lista não tem fim e o fim da consulta é visto como um abandono. Ficam sentadas ou hesitam em sair do gabinete, perdidas. Sentem que, sozinhas, com este ser que não conhecem nem dominam, vão ficar de novo entregues à desordem. A pergunta mais importante é sempre a que não fizeram, a que não estava na lista, a que nem sequer ainda formularam.

saúde
infantil

1997; 19(3): 63-73

Uma lista de mãe

(Mãe de J, engenheira, 34 anos, 2º filho)

1ª consulta

- tratar do aleit até quando?
- olhos amarelos - mandíbula pequena
- Tosse / espirros
- beise ao leite (já me aconteceu) - 2 horas, 2430m ...
- selengos (Depois de amamentar (no peito) - é amarelo - é feição? poderá voltar?) - sei, não, um pouco de leite)
- cólicas (já fez cólica 2 vezes/dia e as vezes não para (à noite - 3,4 horas a chorar) - já se deu conta - tem alguma coisa?

- brucelas no leite
- caliche (figo)
- apanha a dentado (e) murchas e trancas de bexas (tem
fome sempre as murchas e trancas)
- Cópia colada para cima: só a cabeça está de lado
e os murchas e trancas também para cima.
- Vacinas? (quando?)
B.C.G. (material de)
- teste rápido
- diagnóstico tipo - doença p/ transmissões (bactérias/vírus)
- Medicação - só se os murchas e trancas pedem de
de saúde (ou não!)
- febre no peito. Faj mal?
- Cadeira - doença em todo o corpo

saúde
infantil

1997; [9/3: 63-73

O êxito do aleitamento materno

As virtudes do leite materno são conhecidas. É bom que periodicamente sejam recordadas mas as populações estão ganhas para a bondade dos argumentos em defesa da alimentação natural. Aliás os grandes movimentos de abandono não tiveram grande expressão em Portugal. As mulheres modernas do fim dos anos cinquenta amamentaram; a geração que queimou os "soutiens" não considerou nunca a lactação uma servidão biológica. Os inquéritos de prevalência do aleitamento materno feitos em Portugal no fim dos anos 70, quando em Espanha se previa a extinção dessa prática antes do ano 2000, mostravam índices de adesão muito elevados. O problema, se existe, prende-se com as mães que querendo, e podendo, amamentar alguns meses, não o conseguem por problemas que um apoio mais adequado teria evitado.

As práticas que vigoram em algumas maternidades são objectivamente contrárias ao êxito do aleitamento materno, não têm em linha de conta a fisiologia da lactação e os estádios comportamentais por que passa o RN nos primeiros dias de vida.

Enumeremos alguns factores identificados como intervenientes no estabelecimento e duração da amamentação: a existência de uma mamada precoce, a oferta de biberão e chupeta, a obrigação de um horário rígido de mamadas e sua duração, o apoio e aconselhamento nos dias imediatamente após a alta da maternidade.

A mamada precoce nem sempre é facilitada, por ignorância ou a pretexto de dificuldades logísticas. Depois da poderosa tempestade de estímulos que acompanhou o período expulsivo e os cuidados imediatos pós-natais o bebé está pronto para explorar o ambiente. Ver o que o cerca, se o colírio o não turva na visão. Sentir a pele exterior da mãe, se não o vestiram já. Cheirá-la, procurar-lhe aquele enorme mamilo negro, se lhe permitiram o encontro. Mas este primeiro período de reactividade do RN é curto e segue-se um tempo de sonolência, de hipotonia que pode ser demorado. Colocá-lo ao peito nessa ocasião é um absurdo. Já com dores no períneo sacrificado e ela também com vontade de descansar, a mãe vê um bebé desinteressado adormecer-lhe na mama silenciosa. Pode ser o princípio de uma coisa má.

A chupeta ou uma sociedade pacificada. Valium nos lares de idosos, chupetas nos infantes.

saúde
infantil

1997, 19/3: 63-73

Os americanos chamam-lhe *pacifier*, o que acalma. Os ingleses *dummy*, que também quer dizer estúpido. Quando os epidemiologistas ingleses procuraram confirmar a hipótese do leite materno produzir crianças, e posteriormente adultos, mais inteligentes, encontraram que, mesmo ajustado a outras variáveis, era o uso de chupeta e não a forma de alimentação que condicionava o QI. Os bebés que tinham usado chupeta eram os adultos mais estúpidos.

Estes adultos tinham nascido no Hertfordshire, UK, nos anos 30. Nessa altura, cerca de 30% dos bebés usavam chupeta, contra o ensino das visitantes sanitárias. Hoje as mamãs compram chupeta quando fazem enxoval do bebé. Os excelentes cueiros, alguns fofos chambrinhos que o médico vivamente recomenda. E a chupeta. Ridículas peças de roupa cheias de botões e molas metálicos, "bodes" que são o desespero dos pediatras, babygros que não crescerão dois centímetros, botas absurdas, alcofas fundas como o poço da morte e lá vem a estúpida chupeta. Lençóis, cobertores, perigosíssimos edredões de vagas alterosas... e a chupeta. Há-as de todos os feitios: redondas, absurdamente esféricas e grandes, pequeninas, daquelas que fendem qualquer palato. Há ainda daquelas a que chamaram assassinas depois da parte propriamente destinada à sucção se destacar da argola e asfixiar o possuidor. Há as do irritante fabricante italiano pomposamente chamadas de "anatômicas". Há as de borracha, rapidamente cheias de gretas e de *Candida albicans* e depois roxas da genciana. Há as de silicone, modernas, indestrutíveis, a que as revistas de defesa dos consumidores atribuem perigos terríveis.

A chupeta ou o dedo

Muito cedo no útero os fetos são vistos a chupar o polegar. Interessantemente mostram já preferência de mão. Esta actividade tem um pico aos 18-21 meses de vida pós-natal para

depois se ir extinguindo, como outras. Trata-se de um impulso biológico, uma pulsão, como dizia a psicanálise, ligado à sobrevivência da espécie e à forma natural de alimentação. Que parece propiciar prazer é difícil de refutar. Que, como dizem os defensores da chupeta, se pode constituir em hábito e alterar o dedo, as estruturas dentofaciais ou ambos e ser mesmo um factor negativo de aceitação social, também. Mas nesse caso pouco frequente, tomemo-lo como a expressão de um sintoma do funcionamento psico-social da criança e da família, como tantos outros e, se ele é visto como inadequado, tentemos resolvê-lo como tal. Encaremos a chupeta como uma arma terapêutica. Um canhão que potencializa a sucção, com os seus efeitos soporíferos, a ser utilizado quando a dor ou o incômodo parecem ser mais perturbadores ou desorganizadores da aprendizagem do bebé do que a motivação para a aprendizagem e a exploração. Nunca por sistema. O bebé que faz sucção no dedo fá-lo quando necessita. O bebé com chupeta fica voltado para dentro, sem interacção, alheio ao meio. Dorme mais (demais?). Se a chupeta cai há sempre alguém que a repõe. O choro que noutro desencadearia uma série produtiva de interacções (quer colo?, conversa?, carinho?, está sujo?, com frio?) neste é cerceado rapidamente, parece que com a libertação de endorfinas e a devolução a uma zona de penumbra, uma *trip* pouco estimulante.

Proposta de trabalho: calemos os bebés com conversa e, neste tempo de chupeta compulsória identifiquemos os RN que a recusaram. Ver o QI destas.

*saúde
infantil*

1997; 19/3: 63-73

O biberão na Maternidade

Algumas noções básicas do aleitamento materno, a brevíata do AM.

Durante a gravidez as grandes concentrações plasmáticas de estrogéneo e de progesterona, de prolactina e de hormona lactógena placentar levaram as estruturas alveolares e ductulares ao seu máximo desenvolvimento. Estes níveis de estrogéneos e de progesterona frenavam no entanto a acção da prolactina e impediam a secreção de leite. Após o parto os níveis de estrogéneos caem e o mesmo sucede ao nível basal de prolactina. Mas, sobreposto ao nível basal ocorrem agora picos de prolactina durante cada mamada. Os reflexos de mediação dos picos de prolactina são iniciados por aferentes hipotalâmicos a partir de receptores existentes no mamilo e estimulados pela sucção. O outro reflexo importante conhecido é o reflexo de ejeção do leite: as células mioepiteliais que rodeiam os alvéolos contraem-se. Esta contracção é determinada pela secreção pela hipófise posterior de oxitocina, mais uma vez em resposta à sucção. A intervenção de centros nervosos superiores é demonstrada pela observação de libertação de leite antes da sucção. Quando a super-mãe lactante vê, ouve ou mesmo pensa no bebé fica molhada.

O primeiro leite que surge na mamada é um leite de fluxo fácil, alto débito e pouco espesso — o leite de superfície. O RN aproximou-se do mamilo (reflexo de orientação), apANHOU-o, fez com que o mamilo entrasse profundamente na boca e a ponta ficasse perto da sua úvula, criou dentro da boca uma pequena teta composta pelo mamilo, parte da aréola e o tecido mamário subjacente, e vai fechar os lábios e os maxilares, poderosamente, sobre o rebordo da aréola, criar o vácuo e iniciar a sucção nutritiva. A pequena teta dentro da boca

do bebé tem por cima a superfície dura do palato e por todos os outros lados a língua do bebé. A mamada processa-se através de movimentos sucessivos de peristalse da língua, que actuam como um rolo compressor na teta, iniciando-se no bordo livre da língua e movendo-se para trás, ejectando leite na orofaringe. Este leite escorre lateralmente na faringe permitindo que o RN mame e respire ao mesmo tempo, habilidade única.

Se o posicionamento é correcto, a teta criada pelo vácuo na boca do lactente não se move, é espremida pelos movimentos descritos pela língua, não há dor e não há pressão ou movimentos de vaivém sobre o mamilo. O tempo de mamada e a frequência destas podem ser determinados pelo recém-nascido, de modo natural, sem risco de gretas e com menos probabilidade de ingurgitação, inflamação e mastite.

A uma primeira fase de sucção de alto ritmo, ininterrupta, sucede-se outra mais longa, de menos voracidade e com pausas. Nessa altura as células mioepiteliais lançam na teta um leite mais espesso, que flui mais dificilmente, o leite profundo, mais rico em lipídios. Nos primeiros dias o leite humano é escasso, de características especiais, o colostro. Mas este leite, "que parece água" a algumas mães, é tudo aquilo que o filho precisa.

Nenhuma técnica especializada é requerida para que a mãe e o bebé se encontrem na amamentação. O bebé não abafa contra o seio materno. O seu magnífico nariz de boxeur, encostado à mama, achata-se e abre-lhe dois respiráculos que aspiram o ar necessário. E se não for o caso, ele saberá parar a mamada e afastar-se. Não é preciso nenhum relógio, a não ser o relógio biológico do bebé despertando-o para nova refeição.

Saber estas coisas elementares. Acreditar no RN e na sua mãe. Tentar que o hospital, a enfermaria, as batas, o espesso e pesado saber científico e para científico, as toneladas de literatura que se abateram sobre as raparigas que engravidam e ainda têm filhos neste final do século, e de que este texto é fatalmente parte, não perturbem essa aquisição animal, inscrita no código genético da espécie, que faz o bebé reconhecer a mãe nutritiva, adivinhar-lhe a fonte de água e de energia, experimentar a sucção que vinha treinando há largo tempo sem saber o fim exacto desse treino, mamar, mamar e respirar e sentir a pele de veludo, o calor, outra vez ouvir o som familiar daquela máquina que bate e bombeia um sangue agora afastado, mamar até querer, adormecer, procurar de novo e mais uma vez dormir. Não retirar o poder à mãe. Dizer-lhe que aquele é o *seu* filho. Um ser único, um prodígio de perfeição, muito mais competente do que imagina, igualmente poderoso, sábio. Que nenhum livro foi ainda escrito sobre ele. Que só ela será capaz de o fazer se se mantiver atenta, aprender com ele. Em breve ela saberá daquela criança, a sua cria, mais do que todos os médicos e enfermeiras, do que o melhor pediatra, do que o Dr. Spock, do que a colecção encadernada dos "Pais e Filhos".

O triunfo das vacas

Em lugar de fornecer as condições que possibilitem a primeira mamada, isto é, o reencontro do RN com a mãe depois da tempestade, muitas maternidades continuam a ter, demasiado à mão, um biberão. Sabem-se as desvantagens: a habituação ao plástico ("the nipple

saúde
infantil

1997, 19/3: 63-73

confusion"), a um tempo de sucção diferente, a um fluxo diferente de leite. Um risco cinco vezes maior de abandonar precocemente a lactação. O contacto com leite de vaca, com proteínas de vaca.

Uma mãe alemã: a sra. Gertrud B., leitora da Universidade

O bebé tem uma exuberante dermite seborreica. Face vermelha com crostas nas sobrancelhas e na fronte e uma pesada carapaça recobrimdo o couro cabeludo. O médico prepara-se para lhe prescrever o champô, o creme facial, o queratolítico preparado com unguento do laboratório francês, o *pain gordo* para o banho. Ela pergunta. " — É uma doença? O Yann tem algum sofrimento com isto? Vai passar sem esses cremes? Quanto tempo vai durar?". O Yann veste um cueiro estranho, de cânhamo, com um toque macio, que nunca é lavado mas apenas pendurado ao ar. Tem fraldas de pano. O médico suspende a prescrição. Responde a algumas questões sobre as vacinas e as doenças que pretendem evitar, suas complicações. Depois a Sra. B. fala sobre as mulheres da sua cidade e de como vestem e tratam dos meninos.

A mãe

Engordou e envelheceu. Não cabe na sua roupa de menina. Parece mãe do marido. As mãos incharam. A maquilhagem é pudica e o cabelo em desalinho. Tem um vago ar desolado de quem teve, ao mesmo tempo, uma prenda e uma pena. Se pouso o bebé, e tem que pousá-lo, fica desarmada, de mãos vazias. A pele escureceu sob o *pannus*.

O filho é sempre o primeiro. Está lenta, sem jeito.

Mas há um fénix pronto a renascer, que já está a renascer por detrás desta mulher.

saúde
infantil

1997; 19/3: 63-73

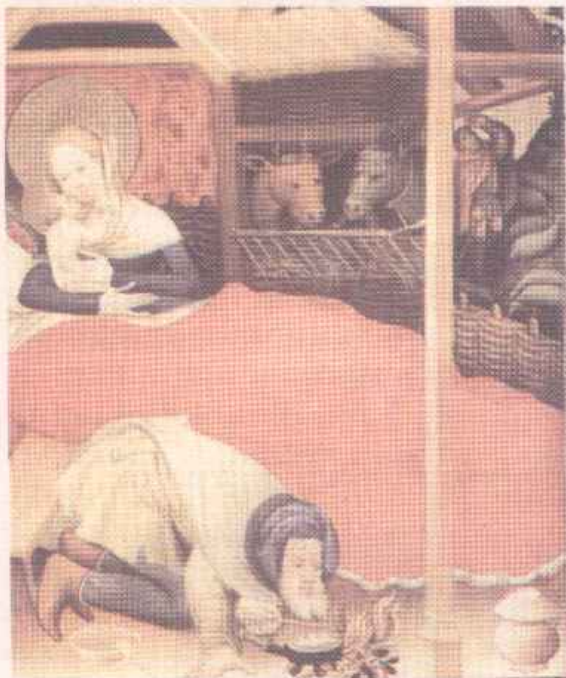


A Mãe, Joaquim Sorolla, 1895. Madrid, Museu Sorolla.

O pai

De início ele fora S. José acendendo o fogo. Esteve fora do intenso contacto proprioceptivo que aqueles dois mantiveram durante os últimos meses. Foi a uma consulta pré-natal. Viu o bebé, um senhor das sombras, mexendo-se como num filme passado em câmara lenta. Disseram-lhe: " — É a boca, está a levar a mão à boca, vê!?" Ele disse que sim, maravilhado, com a cara que viu os pais fazerem nas fotografias dos álbuns lá de casa. Foi assistir ao parto. Não sabia bem o que estava a fazer. A mulher não lhe ligava. Disse uma graça pensando que ajudava e ela fuzilou-o com o olhar. Não distinguia médicos de enfermeiras, de auxiliares. Pareceu-lhe que ocupava demasiado espaço na salinha. Deu a mão à mulher mas não a sentia quando ela largava ou apertava. Num momento as vozes elevaram-se. Palavras incompreensíveis. "Não ouço o foco!", alguém gritou, " — Não

puxe agora!" pessoas correram, abriram-se portas de um armário, estava imenso calor e a bata apertava-o como uma camisa de forças. Só então percebeu, pelo contraste com o médico sentado ao seu lado, que vestira a bata ao contrário. Mas pareceu-lhe absurdo mudá-la. Pensou no bebé sem respirar, apertadíssimo num túnel escuro, com os braços para trás, sem apoios para a tracção. Parou de respirar também, por estupidez ou porque uma parte ignorada de si lhe dizia que isso daria sorte ao nasciturno. Estava agora mais calor, o suor cobria-o, deviam ter acendido uma luz fortíssima sobre as pernas abertas da sua mulher, uma luz que incidia em cheio numa zona de sangue, um lago verde que uma mancha



Konrad von Soest, Igreja de Bad Wildungen, pormenor de um retábulo.

de sangue percorria, numa abertura tão pequenina que achou absurdo como podiam crer que a enorme cabeça do bebé que imaginava pudesse alguma vez ali passar. Quis gritar-lhes para que eles também percebessem o logro, avisá-los de que não podia mais sustentar a respiração e então viu, naquela zona proibida, uma pequena cabeça que surgia, que deflectia, agora a testa e a face levantam-se, primeiro para a frente e depois rodam ligeiramente para o sítio em que se encontra e respiram os dois até doer o peito, ou choram, choram para respirar mais fundo, para que o ar entre até ao mais recôndito capilar pulmonar e incendeie de novo o sangue parado.

*saide
infantil*

1997; 19/3: 63-73

A avó

Vinha para casa da filha deixando sem amparo o avô. Ajudava no banho, na cozinha, na mudança das fraldas. Dava conselhos sobre o choro do bebé, as mamadas.

Agora a avó trabalha ainda, mora longe, já não se lembra. — *"Está tudo tão diferente!..."*

É o pai quem se afadiga nessa ajuda que a avó garantia.

Num recente questionário os pais espanhóis, interrogados sobre com que figura se identificavam na sua relação com os filhos, respondiam maioritariamente que era a sua mãe que tomavam por modelo de função parental. O pai do fim de século começa por ser, nas mãos e na cabeça, a avó.

O médico que vê bebés

Deve ter conhecimentos sobre os processos normais de desenvolvimento e as suas variações possíveis, os princípios de aconselhamento genético, os cuidados ao RN normal e doente, a nutrição normal e a amamentação, a pediatria social e preventiva. Deve ter conhecimentos e prática das técnicas gerais de exame do RN.

Deve ser capaz de estabelecer uma atitude de empatia com o bebé, os pais e a família, baseada na honestidade e na ideia de que a criança e os pais são parceiros. Deve saber comunicar, falar de uma maneira acessível demonstrando interesse e disponibilidade, envolver os pais nas decisões. Deve desenvolver uma atitude não discriminatória para com os pais de diferentes culturas, crenças e origem social. Deve conhecer os direitos da criança (ONU) e os princípios éticos pediátricos. Deve ter uma atitude leal para com os colegas e a capacidade de envolver outros especialistas sempre que os interesses da criança o exijam. Deve ser didático e escrever resumos da situação sempre que necessários. Deve ser politicamente corajoso, compreender que tem responsabilidades na defesa dos interesses da criança, intervir junto dos media proclamando as necessidades da criança.

Deve actualizar-se continuamente.

BIBLIOGRAFIA:

1. História das Mulheres, ed. Afrontamento, Porto, 1991
2. José Saramago, Todos os nomes, ed. Caminho, 1997
3. Herberto Helder, Ofício Cantante, Portugal Editora, 1971.
4. Training for specialists in Paediatrics (basis for a discussion by the European Paediatric Board), 1997
5. Georges Duby, Michelle Perrot, Imagens da Mulher, ed. Afrontamento.
6. Murray Enkin, Marc J.N.C. Keirse, Iain Chalmers, A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth, Oxford Medical Publications, 1992.

Correspondência: Luís Januário
Hospital Pediátrico
3000 Coimbra

*saúde
infantil*

1997; 19/3: 63-73



Um caso inesquecível

Os conhecimentos médicos baseiam-se na experiência do dia-a-dia, em geral sedimentados com subsequente estudo para a solução dos casos-problema. Cada um de nós contactou com inúmeras situações que nos enriqueceram cientificamente, e que são a base das nossas atitudes diárias. A larga maioria desses casos-problema apenas foram contados (ou são por vezes recordados) em restritas reuniões de serviço, nos corredores do hospital, à mesa do café, em reuniões de amigos, como um desabafo em casa ou mesmo nunca comentados.

Se essas experiências foram fonte individual de enriquecimento científico, em regra só o próprio ou um reduzido grupo de profissionais beneficia ou beneficiará das mesmas.

Ao não serem publicitadas - por indisponibilidade, "pouco jeito" para escrever, dificuldade em as relatar com base científica, tratem-se de situações caricaturais ou mesmo anedóticas, ou até por se tratarem de insucessos clínicos, etc. — experiências interessantíssimas ficarão por divulgar e partilhar.

A revista Saúde Infantil inicia neste número uma secção destinada ao relato destes casos "ocultos". Descritos da mesma forma com que os contamos à mesa do café, no bar ou nos corredores do hospital: em poucas palavras, com o sentido caricatural ou anedótico, mas formativo, que todos utilizamos no dia-a-dia; enfatizando ou não um pormenor da história clínica; em forma dum resumo ou com a reconstrução dum diálogo; sem referências bibliográficas ou apenas com uma ou duas. Da forma como quisermos.

Assim, de forma espontânea e breve, poderão ser contados alguns dos casos clínicos que nos marcaram. Desde os tão banais e inocentes como a "intoxicação por arroz doce"(1), às situações raras e graves de intoxicação por mercúrio (acrodinia), de metemoglobinemia, de tularémia, de feocromocitoma, etc. (2). Vividos nos consultórios, nos bancos de urgência, nas enfermarias, nas Unidades de Cuidados Intensivos, etc. E até na posição de utentes, escutados nas salas de espera de consultórios ou de Hospitais.

Todos os leitores da Saúde Infantil ficam convidados a participar nesta secção. Partilharemos assim das memoráveis experiências individuais não divulgadas em artigos, livros de texto e reuniões científicas.

Todos ficaremos a ganhar.

BIBLIOGRAFIA

1. Branco, M. A propósito de intoxicações ... Saúde Infantil 1988;10:103-4
2. Smith DS. Unforgettable patients. J Pediatr 1992; 121:986-8

Manuel Salgado

«Obstipação» num pequeno lactente

Queixa frequente no lactente, a obstipação é geralmente motivo de grande preocupação e ansiedade para os pais.

Hipotireoidismo, estenose anal ou doença de Hirschsprung raramente estão implicados. Na quase totalidade dos casos a “prisão de ventre” do bebé tem a ver com a grande variabilidade normal do número de dejeções, entre as 12 por dia e 1 a 2 por semana.

Esclarecer e tranquilizar as mães relativamente à transitoriedade e benignidade da situação é quase sempre a única atitude.

Mas nem sempre isto é facilmente admitido pelas mães e não o foi certamente pela Idalina, funcionária de um bar hospitalar, que não se cansava de pedir conselhos a todos os pediatras que diariamente lá iam tomar “bica”.

Mas como “santos de casa não fazem milagres” ou, como ela gostava de repetir, “em casa de ferreiro espeto de pau”, ninguém lhe resolvia aquele que para ela era o grande problema da sua vida. Ainda por cima, o que mais a danava, era que o sobrinho, o filho do D., quatro ou cinco dias mais novo, tinha uns intestinos que funcionavam como um autêntico relógio. “Oh doutor, aquilo é cada mamada, cada cagada”.

O dela, por sua vez, era um castigo! Nem o termómetro, nem o talo de couve untado em azeite, nem a vaselina (receitas da avó), nada parecia funcionar.

Até que um dia, depois de tudo tentar, a Idalina casualmente descobriu que a chave do relógio do sobrinho, o tal de “a cada mamada, cada cagada”, não estava na “cagada” mas sim na “mamada”. Tal como acontecia com o primo, sempre que o seu filho era posto ao peito da cunhada, rapidamente tinha uma dejeção.

E foi assim, “em família”, que tudo se resolveu, para descanso da Idalina, alívio do bebé e tranquilidade de todos nós.

*saúde
infantil*

1997; 19/3: 75-78

Boavida Fernandes

Um caso de febre prolongada

O síndrome febril de causa indeterminada e prolongado inclui todas as situações em que a febre persiste por mais de, pelo menos, duas semanas sem que o diagnóstico se torne evidente. Muitas das vezes é apenas o resultado de uma doença comum com apresentação atípica, outras é o início de situações mais graves como por exemplo a artrite crónica juvenil sistémica. Numas e noutras exige sempre de nós muita calma, ponderação e uma observação prolongada. Noutras ainda, exigirá a nossa presença e espera junto da criança sempre que o termómetro é colocado...

Cátia é uma menina de treze anos, bonita e tímida. É a quarta filha de pais idosos e o quarto e último elemento de uma fratria adulta e pescadora. Família de poucos recursos e menos estudos, pouca em Cátia todos os sonhos adiados na urgência da vida. A mãe sonha-a engenheira talvez, ou médica, porque não? Neste sonho não está só porque o têm também, mais ou menos floreado, o pai e os irmãos. A escola é o único esforço que lhe pedem, exigindo, e a menina agita-se e, preocupada, esconde a única verdadeira ambição: ser costureira como a vizinha a quem ajuda nos momentos de liberdade. A agulha e a tesoura são a sua teimosia e é com elas que treina no segredo da amizade, gerada pelo gosto comum das coisas, que à mãe, ao pai e aos irmãos esconde porque lhe falta a coragem para contar.

Uma vez, porque acordara com febre, a mãe sentenciara que não iria à escola. Estava doente. Depois aconteceu outra vez e outra, e outra, e a Cátia viu a solução dos seus problemas na subida do mercúrio. Se subisse... faltaria às aulas... e o dia passá-lo-ia na vizinha costureira a remoer os sonhos, esses sim eram o seus. Fácil era o mercúrio subir, bastava esfregar o termómetro e depois era só metê-lo debaixo do braço e chamar a mãe, o pai ou os irmãos, que no amor eram todos iguais.

No primeiro dos muitos dias que se lhe seguiram, Cátia viu como era fácil manobrar a temperatura e com ela a sua vida e apanhou-lhe o jeito. A mãe, por tanta febre angustiada, passou a frequentar o hospital diariamente. A menina vinha calada; não preparada para a eventualidade, entrava contrariada mas, amuada, obedecia e receosa deixava-se examinar. No final lá iam para casa, ela contente, a mãe nem tanto, porque o senhor doutor com tão grande procurar e tão pequeno encontrar, reservava-se aconselhando repouso (o que muito lhe convinha) e vigilância.

*saúde
infantil*

1997; 19/3: 75-78

Um dia, falaram de “internar”, eram precisos mais exames... a Cátia assustou-se mas não falou e a mãe, no meio de um enorme resmungar, lá a deixou ficar na esperança de alcançar a tranquilidade perdida.

No internamento, a Cátia ganhou gosto e amizade pelas coisas e gentes do hospital. Das enfermeiras, meigas e simpáticas, gostava mais; dos médicos gostava menos.

Um dia, terceiro ou quarto, resolveu sussurrar: tenho febre porque a febre ajuda-me a não ir à escola, e posso ir à vizinha, ajudar a costurar, é o que eu gosto!

A mãe não sabia, claro!

Desde aí a Cátia não voltou a ter febre excepto quando o nariz se lhe desfaz em pingo ou as amígdalas se lhe inflamam...

Fátima Pinto

*saúde
infantil*

1997; 19(3): 75-78



QUEIMADURA MODERADA OU GRAVE — CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA E SUA FAMÍLIA (PRIMEIRAS 48 h DE INTERNAMENTO NO SERVIÇO DE QUEIMADOS)

Introdução

As queimaduras moderadas ou graves têm como consequência um conjunto de alterações hemodinâmicas que podem conduzir à falência das funções vitais.

Este protocolo proporciona aos enfermeiros um suporte informativo sobre os problemas potenciais e as intervenções cuidativas a prestar à criança queimada.

Pretendemos que seja efectuada uma vigilância cuidada à criança com queimadura moderada ou grave, através:

- da avaliação contínua dos parâmetros vitais;
- diagnóstico precoce de sinais e sintomas de risco,
- prevenção de complicações.

| PROBLEMAS POTENCIAIS | CUIDADOS DE ENFERMAGEM | JUSTIFICAÇÃO |
|----------------------------------|--|--|
| Alteração da função respiratória | AVALIAÇÃO: <ul style="list-style-type: none">— Coloração da pele/mucosas e leitos ungueais,— Expansão torácica;— Sinais de SDR (polipneia, tiragem, adejo nasal, gemido e cianose) MONITORIZAÇÃO: <ul style="list-style-type: none">— Respiratória e saturação de O₂ ;— Estabelecer limites superiores e inferiores em relação a cada parâmetro no monitor cardio-respiratório. | <p>Detecta precocemente sinais de insuficiência respiratória</p> <p>Permite uma avaliação/vigilância contínua dos sinais vitais e detectar alterações atempadamente</p> |

*saúde
infantil*

1997; 19/3: 79-82

| | | |
|---------------------------------|--|--|
| | <p>ESTABELECEER PERMEABILIDADE DAS VIAS AÉREAS</p> <ul style="list-style-type: none"> — Posicionar a cabeça em hiperextensão com rolo nas omoplatas; — Aspirar secreções da naso/orofaringe em SOS; — Elevar a cabeça e o tronco a 30° (caso não haja situação de choque ou TA II). • Vigiar queimaduras circulares da região torácica. • Administração de O₂ aquecido e humidificado (se saturação II). • Colaborar na realização de gasometrias e de outros exames complementares • Ter material de reanimação, entubação endotraqueal e traqueostomia previamente preparado e funcional. • Registar todos os parâmetros efectuados e de toda a avaliação realizada. | <p>Aumenta a permeabilidade das vias aéreas</p> <p>Detecta precocemente défice de expansão do tórax e consequente agravamento do esforço respiratório.</p> <p>Melhora oxigenação tecidual</p> <p>Permite actuação rápida e eficaz</p> <p>Permite uma avaliação contínua e uma continuidade dos cuidados.</p> |
| Alteração da função cardíaca | <ul style="list-style-type: none"> • Monitorização contínua da FC, TA e registar de h/h nas primeiras 8 h, nas seguintes de 2/2h, se a situação estiver estabilizada. • Estabelecer limites de alarme inferior e superior da FC do monitor • Monitorizar o traçado electrocardiográfico • Avaliação dos pulsos periféricos (cheio, débil, rítmico/arritmico). • Registo de todos os procedimentos realizados e de toda a avaliação. | <p>Permite uma avaliação contínua e detecta precocemente alterações, nomeadamente sinais de choque tais como: taquicardia (1º sinal), pulsos filiformes, hipotensão.</p> |
| Alteração do equilíbrio hídrico | <ul style="list-style-type: none"> • Manter em curso perfusão de soro prescrito e controlar o ritmo e total de volume de líquidos infundidos com bomba infusora. • Vigiar permeabilidade e funcionalidade da perfusão endovenosa | <p>Reposição de líquidos extravasados do espaço vascular para o intersticial</p> <p>Detecta precocemente sinais de infiltração, inflamatórios no local da punção, obstrução da via ou desconecção do sistema de soro.</p> |

| | | |
|------------------------------------|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Colocar sonda vesical (se queimadura > 30% ou da região perineal) e vigiar a sua permeabilidade • Fazer balanço hídrico de 4/4 h nas primeiras 16 h e depois de 8/8 horas se situação clínica estabilizada • Avaliar características da urina (cor, odor) • Registo de todos os procedimentos e avaliação efectuada | <p>Permite uma avaliação contínua do débito urinário</p> <p>Despistar precocemente alterações do equilíbrio hidro-electrolítico e renais (presença de sangue na urina)</p> |
| Alteração da temperatura corporal | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da temperatura de h/h até retomar valores normais • Proporcionar um ambiente aquecido • Aquecer a roupa da cama e/ou colocar sacos de água quente (na situação de hipotermia) • Avaliar a necessidade de realizar o penso nas 1^{as} 24 h. No caso do penso ter sido efectuado na véspera (após as 18h) e se apresentar seco, não se faz nas 1^{as} 24 h. • Reduzir o tempo de exposição da queimadura durante a realização do penso • Manipular o mínimo | <p>Detecta alterações da temperatura corporal: hipo ou hipertermia (levam ao aumento do consumo de calorias)</p> <p>Previne a hipotermia</p> |
| Alteração do estado de consciência | <p>VIGILÂNCIA E AVALIAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Lactentes (vitalidade, olhar vivo, choro forte) — Crianças (consciente /orientado no tempo e no espaço) — Aplicação da escala de Glasgow em SOS | <p>Detecta precocemente alterações do estado de consciência tais como: agitação (1^o sinal de hipoxia), prostração, confusão, sonolência, coma.</p> |
| Alteração da função digestiva | <ul style="list-style-type: none"> • Introduzir SNG se a queimadura for > a 30% ou se ocorrerem vômitos <p>EM CASO DE GAVAGEM GÁSTRICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Vigiar a sua permeabilidade — Avaliar as características do drenado | <p>Previne a aspiração traqueo-brônquica do conteúdo gástrico</p> <p>Detecta obstrução da SNG e alterações do conteúdo</p> |
| Dor e desconforto | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar sinais sugestivos de dor • Proporcionar um ambiente calmo • Posicionar a criança nos decúbitos em que se sinta mais confortável | <p>Promove a utilização de medidas eficazes para alívio da dor.</p> <p>Aumentar o conforto e o bem-estar</p> |

Nota: não administrar analgésicos via IM/SC, o nível de absorção está alterado e posteriormente há sobrecarga por acumulação. Não aplicar analgésicos/anestésicos locais.

saúde infantil

1997; 19/3: 79-82

Risco de infecção

- Manipulação da criança com técnica asséptica cirúrgica, desde a sua entrada na unidade em todos os procedimentos invasivos
- Informar os pais das normas sobre prevenção da infecção na unidade
- Fazer tricotomia nas zonas pilosas 2 cm além das zonas queimadas

Prevenção da infecção

- Fazer zaragatoas do local da queimadura de acordo com a prescrição médica
- Vigiar/avaliar sinais de infecção locais e gerais

Despiste da presença de germens patogénicos

Detecta precocemente sinais de infecção

Ansiedade/medo

- De acordo com a idade da criança explicar todos os procedimentos a efectuar
- Responder e esclarecer as dúvidas e receios
- Permitir a expressão de sentimentos (choro)
- Incentivar a presença da mãe/pai durante o internamento e facultar a sua presença durante a realização do penso
- Proporcionar actividades lúdicas de acordo com a idade e situação da criança

Acalma a criança

Diminui o trauma do internamento, proporcionando à criança afectividade e segurança

Ansiedade dos pais

- Explicar aos pais todos os procedimentos que se efectuam
- Esclarecer dúvidas e receios
- Desculpabilizá-los
- Mostrar-se disponível para ouvir
- Envolvê-los gradualmente nos cuidados do seu filho

Tranquiliza os pais e ajuda-os a ultrapassar sentimentos de culpa

*saúde
infantil*

1997; 19/3: 79-82

Enfª Luísa Paula Santos Costa
Enfª Elvira Margarida F.Galvão
Serviço de Cirurgia/Queimados
Hospital Pediátrico

TEXTOS DE APOIO DA CONSULTA DE PEDIATRIA GERAL



Bacteriúria assintomática

Em qualquer grupo etário, mas especialmente em meninas de idade escolar, existem crianças que têm uroculturas persistentemente positivas sem que manifestem incômodo: são as **bacteriúrias assintomáticas (BA)**.

Um a 2% das meninas de idade escolar têm BA. Estas meninas, muitas com obstipação crônica, têm condições anátomo-fisiológicas para manterem uma colonização bacteriana da bexiga.

Algumas destas crianças manifestam um discreto desconforto, evidenciado por polaquiúria ligeira e incontinência ocasional.

Na realidade estas crianças não estão infectadas, mas sim colonizadas por bactérias pouco virulentas. Está estabelecido um equilíbrio entre o hospedeiro e o agente infeccioso, em geral uma *Escherichia coli* de baixa virulência, bem tolerada, e em regra sensível aos antibióticos vulgarmente utilizados em infecções urinárias. Ocasionalmente poderão isolar-se outras bactérias, como a *Klebsiela pneumoniae*, o *Estafilococo epidermidis*, etc.

Embora as BA respondam facilmente aos tratamentos antibióticos, regra geral ocorre de imediato uma recolonização da bexiga. É esta recidiva precoce e sistemática da positividade da urocultura que em regra sugere o diagnóstico.

Por outro lado, uma antibioterapia que elimine um germen bem tolerado, poderá levar à sua substituição por germens de maior virulência, que eventualmente poderão provocar depois pielonefrites, estas sim a evitar. Assim um tratamento intempestivo poderá ser contra-producente.

Para se poder afirmar um diagnóstico de BA e consequentemente não medicar, é necessário assegurar que não existe uropatia subjacente. Estas crianças terão de realizar **ecografia renal, cisto-uretografia per-miccional e cintigrafia por DMSA**.

Evolução espontânea das BA: cerca de um terço das BA resolvem-se dentro de um ano; outro terço, resolver-se-á progressivamente num período até 5 anos; um quarto dos casos mantêm-se ainda dez anos depois. Não medicadas, é excepcional que estas crianças desenvolvam pielonefrites.

Uma das maiores dificuldades com estas crianças previamente reconhecidas (ou não) como tendo BA, prende-se com o aparecimento dum síndrome febril sem foco (SFSF). Haverá sempre tendência a atribuir a febre a uma hipotética pielonefrite.

Em regra haverá uma reacção de nitritos positiva. Contudo, a ausência de leucocitúria na sumária de urina deverá sugerir BA associada a um SFSF e não uma pielonefrite. Poderá estar indicada uma avaliação com reagentes de fase aguda, tais como o leucograma, a proteína C reactiva e a velocidade de sedimentação.

Pela dificuldade em afirmar este diagnóstico e assumir não tratar, pela menor frequência no sexo masculino e noutros grupos etários, só é habitual diagnosticar-se BA em meninas de idade escolar.

Consulta Externa de Medicina do HP

*saúde
infantil*

1997; 19/3: 83-84

Revisões Bibliográficas



Insuficiência respiratória aguda na criança – Índices de prognóstico

Trata-se de um trabalho original sobre a Insuficiência Respiratória Aguda na criança que serviu de base a uma dissertação de doutoramento.

O autor debruça-se sobre o lavado bronco-alveolar não-broncoscópico como técnica segura e eficaz de infecção pulmonar e define índices prognósticos de como o Índice de Risco de Oxigenação, Índice de Risco de Ventilação e o Índice Clínico de Prognóstico Vital que permite predizer com boa sensibilidade e especificidade o risco de necessidade de ventilação mecânica e/ou de $FiO_2 > 0.5$, evolução complicada e letalidade.

Com interesse para o pediatra geral e o intensivista.

Luís Almeida Santos, Insuficiência respiratória aguda na criança – Índices de prognóstico, ed. do autor, porto 1997.

Valeria a pena (se ainda houvesse tempo e paciência...) tentar educar os familiares de crianças que acorrem aos nossos Serviços de urgência, para uma melhor utilização dos mesmos?

Um pouco por todo o lado, mesmo em países mais desenvolvidos, assiste-se à inadequada utilização dos Serviços de Urgência onde, na realidade, são observadas muitas situações benignas, típicas de cuidados de saúde primários.

Neste estudo foram escolhidos aleatoriamente 130 pais de crianças inscritas em serviços de urgência de hospitais americanos e divididos num grupo controlo (61) e noutro em que foi realizada uma intervenção educativa sobre a utilização mais correcta dos Serviços (69).

Os autores verificaram que 97% dos casos do grupo de intervenção e 92% do grupo controlo tinham um médico/estrutura de saúde que lhe poderia providenciar cuidados assistenciais básicos.

Seis meses após a intervenção 21 crianças (30%) do grupo com intervenção educativa e 16 (26%) do grupo controlo, tinham voltado ao S. de Urgência. Os diagnósticos de saída cor-

respondiam a situações benignas em 81% dos casos do primeiro grupo e em 69% do grupo controlo.

As razões serão certamente muito variáveis de país para país mas este artigo parece trazer argumentos aos que dizem que... não vale a pena "perder tempo" com actividades educativas no S. de Urgência para modificar atitudes inadequadas de utilização dos Serviços.

Chande VT, Wyss N, Exum V. Educational interventions to alter pediatric emergency department utilization patterns. Arch Pediatr Adolesc Med 1996; 150:525-528.

Afinal qual é a relação entre a temperatura axilar e a rectal?

Parece ser muito boa!

Os autores analisaram a medição térmica (rectal 1 min., axilar 2 min.) em 6 grupos de 20 crianças dos diferentes escalões etários: menos de 1 mês, 1-5 meses, 6-11 meses, 12-23 meses e 2-14 anos. Em cada grupo comparou-se a temperatura colhida simultaneamente na axila e no recto.

A partir da idade de 1 mês a diferença média, em cada caso, entre a temperatura recta e axilar foi de 1,04 °.

Os autores afirmam também que todos os estudos que se basearam em métodos de análise correctos (diferenças simultâneas a nível axilar e rectal e respectivas médias) chegaram à mesma conclusão: a temperatura axilar permite uma boa indicação da temperatura central.

É muito mais prático colher a temperatura axilar! Adicionemos mentalmente mais um grau!

Shau F, Mackenzie A. Comparison of rectal, axillary and forehead temperatures. Arch Pediatr Adolesc Med 1996;150:74-8.

*saúde
infantil*

1997; 19/3: 85-86

Índice anual

| ARTIGOS | ANO | VOL. | Nº PAG. |
|---|------|------|---------|
| A pediatria, a rede hospitalar, os cuidados de saúde primários — editorial | 1997 | 19 | 1 3 |
| Doença tuberculosa | 1997 | 19 | 1 5 |
| Cobertura vacinal na idade pré-escolar | 1997 | 19 | 1 15 |
| Odontalgia — a ciência médica há 100 anos | 1997 | 19 | 1 30 |
| Ingestão de cáusticos — velho problema, novos agentes | 1997 | 19 | 1 33 |
| Óbitos no serviço de Pediatria do HD Faro — 1980 a 1995 | 1997 | 19 | 1 41 |
| Os adolescentes perante o sistema de saúde: integração ou marginalização? — opinião | 1997 | 19 | 1 51 |
| O lactente vítima de maus tratos — da suspeição ao diagnóstico | 1997 | 19 | 1 65 |
| Hipotonia provocada pelo frio | 1997 | 19 | 1 75 |
| Picada por agulha de seringa encontrada na rua — protocolo | 1997 | 19 | 1 81 |
| Vagas nacionais do internato de Pediatria - editorial | 1997 | 19 | 2 3 |
| Tosse crónica na criança — casuística e revisão bibliográfica | 1997 | 19 | 2 5 |
| O adolescente e o tabaco | 1997 | 19 | 2 17 |
| Tabaco: a primeira vez | 1997 | 19 | 2 23 |
| Erisipela — a ciência médica há 100 anos | 1997 | 19 | 2 33 |
| Sobre as crianças obrigadas a fumar | 1997 | 19 | 2 35 |
| O síndrome de nistagmo, balanceio da cabeça e torcicolo — <i>spasmus nutans</i> | 1997 | 19 | 2 55 |
| Distopia testicular versus criptorquidia | 1997 | 19 | 2 61 |
| Síndrome de hiper mobilidade articular — caso clínico | 1997 | 19 | 2 65 |
| Infecção a <i>M pneumoniae</i> — caso clínico | 1997 | 19 | 2 73 |
| Stop the alcoopops | 1997 | 19 | 2 81 |
| Urticária aguda | 1997 | 19 | 2 83 |
| A interpretação do leucograma na criança — textos de apoio | 1997 | 19 | 2 85 |
| António Torrado da Silva | 1997 | 19 | 3 3 |
| Quero lembrar o teu indestrutível optimismo | 1997 | 19 | 3 5 |
| Torrado na despedida de Coimbra | 1997 | 19 | 3 6 |
| Atraso da linguagem nos primeiros anos de vida | 1997 | 19 | 3 9 |
| Microcefalia | 1997 | 19 | 3 19 |
| Viajar com crianças em África | 1997 | 19 | 3 29 |
| Boletim de saúde da grávida | 1997 | 19 | 3 41 |
| Asma — a ciência médica há cem anos | 1997 | 19 | 3 51 |
| Depressão na adolescência — sinais e sintomas mais típicos | 1997 | 19 | 3 53 |
| A mãe, o pai, os avós, os padrinhos e o bebé deles | 1997 | 19 | 3 63 |
| Obstipação num pequeno lactente — um caso inesquecível | 1997 | 19 | 3 76 |
| Febre prolongada — um caso inesquecível | 1997 | 19 | 3 78 |
| Queimadura moderada ou grave — protocolo de enfermagem | 1997 | 19 | 3 79 |
| Bacteriúria assintomática — textos de apoio | 1997 | 19 | 3 83 |

| AUTORES | ANO | VOL. | Nº | PAG. |
|--|------|------|----|------|
| • Maria de Lourdes Chieira | 1997 | 19 | 1 | 3 |
| • Agostinho Fernandes, Luísa Macieira, Artur Coelho, Ângelo Barroso | 1997 | 19 | 1 | 5 |
| • Ana Luísa Teixeira, Fernanda Marcelo, Ana Gabriela Almeida, Paula Silvestre, Conceição Pereira, Cristina Figueiredo | 1997 | 19 | 1 | 15 |
| • Cristina Gouveia, Paula Garcia, A. Nogueira Brandão, A. Mendes António | 1997 | 19 | 1 | 33 |
| • Cristina Gouveia, João Rosa, José Maio | 1997 | 19 | 1 | 41 |
| • Maria José Hespanha | 1997 | 19 | 1 | 51 |
| • Virgínia Sampaio, Venília Benta, Arminda Martinez, Fernando Graça, Artur Alegria, Rei Amorim | 1997 | 19 | 1 | 65 |
| • Dolores Faria, Margarida Agostinho, Carlos Lemos, Conceição Ramos, Fátima Negrão, Rui Teixeira | 1997 | 19 | 1 | 75 |
| • Manuel João Brito, Susana Nogueira, Isabel Gonçalves, Graça Rocha | 1997 | 19 | 1 | 81 |
| • Luís Lemos | 1997 | 19 | 2 | 3 |
| • Maria Conceição Nunes, Manuel Salgado, Nicolau da Fonseca | 1997 | 19 | 2 | 5 |
| • Daniel Marques Silva, Ernestina Mª V. Batoca Silva | 1997 | 19 | 2 | 17 |
| • Daniel Marques Silva, Ernestina Mª V. Batoca Silva | 1997 | 19 | 2 | 23 |
| • J.M.C. Tojal Monteiro | 1997 | 19 | 2 | 35 |
| • Lina Ramos, Carlos Rodrigues, Manuel Salgado, Nicolau da Fonseca | 1997 | 19 | 2 | 55 |
| • Carlos Pereira da Silva | 1997 | 19 | 2 | 61 |
| • Dolores Faria, Manuel Salgado, Nicolau da Fonseca | 1997 | 19 | 2 | 65 |
| • Teresa Gil Martins, Julieta Morais, E. Júlia Gonçalves, A. Teixeira de Sousa | 1997 | 19 | 2 | 73 |
| • Luís Januário | 1997 | 19 | 2 | 81 |
| • José António Pinheiro | 1997 | 19 | 2 | 83 |
| • Luís Lemos | 1997 | 19 | 3 | 3 |
| • Luís Januário | 1997 | 19 | 3 | 5 |
| • H.Carmona da Mota | 1997 | 19 | 3 | 6 |
| • Agostinho Fernandes, Conceição Nunes, Eugénia Capela, Boavida Fernandes, Guiomar Oliveira | 1997 | 19 | 3 | 9 |
| • Helena Ferreira, Célia Barbosa | 1997 | 19 | 3 | 19 |
| • Luís Varandas | 1997 | 19 | 3 | 29 |
| • Paula Cristina A. Remoaldo, António José S. P. Marinho | 1997 | 19 | 3 | 41 |
| • Luísa Morais, Luísa Confraria | 1997 | 19 | 3 | 53 |
| • Luís Januário | 1997 | 19 | 3 | 63 |
| • Boavida Fernandes | 1997 | 19 | 3 | 76 |
| • Fátima Pinto | 1997 | 19 | 3 | 78 |
| • Luísa Paula S. Costa, Elvira Margarida F. Galvão | 1997 | 19 | 3 | 79 |

*saúde
infantil*

1997; 19/3: 87-88